

**CATARINA RAQUEL BAPTISTA CABRITA DE
CARVALHO**

**CORRELAÇÃO ENTRE O CONSUMO DE
ÁLCOOL E VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS
ÍNTIMOS NUMA AMOSTRA DE ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS**

Orientador: João Pedro Oliveira

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

**CATARINA RAQUEL BAPTISTA CABRITA DE
CARVALHO**

**CORRELAÇÃO ENTRE O CONSUMO DE
ÁLCOOL E VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS
ÍNTIMOS NUMA AMOSTRA DE ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS**

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Forense e da Exclusão Social conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 15 de Novembro de 2016 perante o JÚRI nomeado pelo seguinte Despacho de Nomeação de Júri nº337/2016 com a seguinte composição:

Presidente:

Professor Doutor Carlos Alberto Poiares-ULHT

Arguente:

Professor Doutor Paulo Lopes-ULHT

Orientador:

Professor Doutor João Pedro Oliveira-ULHT

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

Epígrafe

“A violência é o último refúgio do incompetente”

- Isaac Asimov

“Nem todo o uso de álcool leva ao abuso, porém, todo o abuso encontra o uso moderado na
sua origem”

- Klaus Rehfeld

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor João Pedro Oliveira, por toda a orientação neste processo alucinante de elaboração de uma dissertação. A todos os professores e colegas que fizeram parte do meu percurso académico.

Aos meus pais, por todo o amor e carinho que me deram durante toda a minha vida, pelos valores que me passaram e que me ajudam a estar onde estou e, esperemos, a chegar onde quero.

Aos meus tios, João e Cila, por estarem presentes em todas as etapas da minha vida, esta não sendo excepção.

E a todos os que participaram no estudo, tendo respondido ao questionário, essencial para a elaboração desta dissertação.

Resumo

O álcool faz parte da realidade de muitos estudantes universitários, e a acompanhá-lo encontramos, muitas vezes, a prática de violência no seio de relações de intimidade. Neste estudo pretende-se perceber qual a correlação entre o consumo de álcool e a violência entre parceiros íntimos, tendo se analisado uma amostra de 141 estudantes universitários, na qual 70 são do sexo feminino e 71 do sexo masculino, com uma média de idades de 23,81 anos (DP=6.735). Para este estudo foi elaborado um protocolo de avaliação, constituído por 1) questionário sociodemográfico, 2) Revised Conflict Tactics Scales, validadas para a população portuguesa (Figueiredo & Paiva, 2006) e 3) Alcohol Use Disorder Identification Test (Barbor *et al.*, 2001). Concluiu-se que neste estudo, a amostra não demonstrou qualquer correlação entre o consumo de álcool e a perpetração ou vitimização em relacionamentos íntimos.

Palavras-chave: álcool, conflito, consumo de risco, dependência, uso nocivo, violência entre parceiros íntimos.

Abstract

Alcohol is part of the reality of a lot of university students, and “walks” side by side, a big number of times, with perpetration of violence within intimate relations. This study aims to understand the correlation between alcohol consumption and intimate partner violence, for this purpose a sample of 141 university students was analysed, consisting of 70 women and 71 men, with an average age of 23,81 years (ST=6,735). For this study an evaluation protocol was designed, and consists in 1) sociodemographic survey, 2) Revised Conflict Tactics Scales, validated for portuguese population (Figueiredo & Paiva, 2006) and 3) Alcohol Use Disorder Identification Test (Barbor *et al.*, 2001). It was concluded that in this study, the sample didn't show any correlation between the use of alcohol and perpetration nor victimization on intimate relationships.

Key-words: alcohol, conflict, risk consumption, hazardous, intimate partner violence.

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AUDIT – Alcohol Use Disorder Identification Test

CTS – Conflict Tactics Scales

CTS-2 – Revised Conflict Tactics Scales

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNC – Sistema Nervoso Central

VPI – Violência entre Parceiros Íntimos

EduFísDesp – Educação Física e Desporto

EcoGesEmp – Economia e Gestão de Empresas

GRH – Gestão de Recursos Humanos

CiêNut – Ciências da Nutrição

Tur – Turismo

GestAero – Gestão Aeronáutica

NegEmo – Negociação Emocional

NegCog – Negociação Cognitiva

AgPsiLig – Agressão Psicológica Ligeira

AgPsiSev – Agressão Psicológica Severa

AbFísSeqLig – Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro

AbFísSeqSev – Abuso Físico Sem Sequelas Severo

CoerSexLig – Coerção Sexual Ligeira

CoerSexSev – Coerção Sexual Severa

AbFísCSeqLig – Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro

AbFísCSeqSev – Abuso Físico Com Sequelas Severo

Índice Geral

Introdução	9
Capítulo 1 – Fundamentação Teórica	11
1.1. – Álcool	12
1.1.1. – Uma droga lícita	12
1.1.2. – Consumo entre estudantes universitários	15
1.1.3. – A realidade em Portugal	18
1.2. – Violência entre Parceiros Íntimos	20
1.2.1. – A violência	20
1.2.2. – Violência interpessoal	22
1.2.3. – No seio de relacionamentos íntimos	24
Capítulo 2 – Álcool e Violência entre Parceiros Íntimos	26
2.1. – Violência alcoolizada	27
2.2. – Objetivos e Hipóteses	29
Capítulo 3 – Metodologia	31
3.1. – Amostra	32
3.2. – Instrumentos	33
3.3. – Procedimento	36
Capítulo 4 – Resultados	37
Discussão	60
Conclusão	63
Bibliografia	65
Anexos	i

Índice de Quadros

Quadro 1 Descrição da Amostra	33
Quadro 2 Descrição dos resultados das escalas das CTS-2	38
Quadro 3 Correlação de Pearson nas escalas das CTS-2	38
Quadro 4 Descrição dos resultados das subescalas das CTS-2	39
Quadro 5 Correlação de Pearson das subescalas das CTS-2	41
Quadro 6 Descrição dos resultados das subescalas de perpetração das CTS-2	42
Quadro 7 Descrição das correlações de Pearson para as subescalas de perpetração das CTS-2	43
Quadro 8 Diferenças de médias para as subescalas de perpetração das CTS-2, em função do género	45
Quadro 9 Diferenças de médias para as subescalas de perpetração das CTS-2, em função da área de estudo	46
Quadro 10 Diferenças de médias para as subescalas de perpetração das CTS-2, em função do estado civil	47
Quadro 11 Diferenças de médias para as subescalas de perpetração das CTS-2, em função do ano de frequência	48
Quadro 12 Descrição dos resultados das subescalas de vitimização das CTS-2	49
Quadro 13 Descrição das correlações de Pearson para as subescalas de vitimização das CTS-2	51
Quadro 14 Diferenças de médias para as subescalas da vitimização das CTS-2, em função do género	52
Quadro 15 Diferenças de médias para as subescalas da vitimização das CTS-2, em função da área de estudo	54
Quadro 16 Diferenças de médias para as subescalas da vitimização das CTS-2, em função do estado civil	55
Quadro 17 Diferenças de médias para as subescalas da vitimização das CTS-2, em função do ano de frequência	56
Quadro 18 Descrição das correlações de Pearson Item-Item, do AUDIT, com população com consumo de álcool	57
Quadro 19 Descrição dos resultados relativos às categorias do AUDIT	58

Introdução

O ser humano é um organismo em constante mudança, quer esta seja a nível psicológico, biológico ou social. A entrada no ensino superior é uma dessas mudanças: se, por um lado, existe alteração no convívio familiar, nos grupos sociais e nas atividades diárias, por outro, é dada uma grande liberdade e controlo da vida aos estudantes, o que os pode conduzir a comportamentos menos saudáveis, de entre os quais o consumo de álcool e drogas, denotando alguma vulnerabilidade para a saúde dos jovens (Lorant *et al.*, 2013). Segundo Martins (2009), e para corroborar a ideia anterior, 58% dos jovens, com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos, consomem álcool, tornando o final da adolescência e os primeiros anos no ensino superior, uma fase extremamente sensível. Segundo Agante (2009), o consumo abusivo de álcool faz parte das tradições académicas, que oferecem maior estímulo ao consumo, bem como a outros problemas relacionados com o consumo abusivo. A iniciação do consumo e a sua manutenção podem ter na pressão dos pares e desejo de pertença ao grupo, no evitamento de situações difíceis na escola, trabalho, família ou grupo de amigos, e no evitamento de sentimentos desconfortáveis, como ansiedade ou tristeza as suas causas (Martins, 2009).

Um facto confirmado é que, segundo Pedrosa *et al* (2011), o consumo de álcool, quando em elevadas quantidades, está associado a situações de risco para a saúde, de entre as quais, situações de violência. Por violência entende-se o “fenómeno de grande abrangência e complexidade em que o conceito de condutas aceitáveis e não aceitáveis é influenciado pela cultura e sujeito a uma constante transformação, podendo manifestar-se de forma subtil, como a violência emocional ou o insulto verbal, ou com forte evidência, como na agressão física” (Ventura *et al.*, 2013). Conforme Mendes e Cláudio (2010) afirmam, os nossos comportamentos são o resultado de diversas crenças interiorizadas através do processo de socialização, desde a nossa infância, e a violência está ligada a estas crenças, na sua maioria erradas, que assim a legitimam e desculpam.

Atualmente, vários são os conceitos existentes que caracterizam o tipo de violência existente no seio de relações interpessoais íntimas, como por exemplo, violência doméstica, violência conjugal e violência entre parceiros íntimos, que poderá ser física, psicológica e sexual, cometida contra as pessoas com quem a vítima mantenha ou tenha mantido uma relação, com ou sem coabitação (Ventura *et al.*, 2013).

O tipo específico de violência que será abordado neste estudo é a violência entre parceiros íntimos, que se refere a “qualquer comportamento numa relação íntima que cause danos físicos, psicológicos ou sexuais, para aqueles na relação”. Estes comportamentos poderão ser: atos de agressão física (esbofetear, bater, pontapear), abuso psicológico (intimidar, menosprezar constantemente e humilhar), relacionamentos sexuais forçados entre outras formas de coerção sexual, e vários comportamentos controladores (isolar o outro da família e amigos, monitorizar os seus movimentos e restringir o seu acesso a informação ou assistência) (Krug *et al.*, 2002).

Data de 1989 o reconhecimento de que existe uma forte relação entre hábitos de consumo, incluindo o de álcool, e a frequência de agressão física (Dermen & George, 1989). E segundo a OMS, existem fortes ligações entre o consumo de álcool e a ocorrência de VPI. Se, por um lado, o consumo do álcool, não só afeta, diretamente, funções cognitivas e físicas, levando a uma redução do autocontrolo e deixando os sujeitos menos capazes de negociar uma resolução de conflitos, numa relação, de forma não violenta (Room *et al.* 2005), como está, igualmente, ligado a crenças individuais e sociais, que encorajam comportamentos violentos após beber e desculpabilizam o comportamento violento (Field *et al.*, 2004), por outro lado, encontramos o consumo de bebidas alcoólicas como um método de *coping*, ou de auto-medicação, aquando da vivência de um relacionamento violento (Wingood *et al.*, 2000).

Em 2013, Ávila, numa amostra de estudantes universitários, concluiu que, quando existem consumos, a probabilidade de experienciar VPI aumenta, e o consumo de álcool está associado à vitimização de formas de violência mais severas no sexo masculino, sendo que a perpetração apenas se associa no sexo feminino no que respeita à agressão psicológica.

Com base nestas evidências, considera-se não só pertinente como necessário o estudo do fenómeno da violência entre parceiros íntimos correlacionada com o consumo de álcool, numa população universitária, na área da Psicologia Forense e da Exclusão Social, tendo em conta que, os agressores entrarão no ciclo Forense-Exclusão Social, e por seu lado, as vítimas que cairão na exclusão social, e como se verifica, em muitos casos, voltam a ir ao encontro de uma relação abusiva.

Capítulo 1

Fundamentação Teórica

1.1 Álcool

O álcool, ou etanol, é uma substância à qual é difícil datar a sua origem, mas acredita-se que seja tão antigo quanto a humanidade, isto porque há evidências de que até os primatas, em tentativas muitas vezes bem-sucedidas, fermentaram fruta, produzindo leves intoxicações. Existindo algumas exceções, tais como religiões que restringiram ou mesmo proibiram a produção e o consumo de álcool, podemos associar a emergência do álcool à revolução neolítica da produção massiva de matérias-primas e do avanço das novas tecnologias de fermentação

(<http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=1>).

Aquilo que sabemos sobre a conceção e os efeitos de bebidas alcoólicas devemos, em parte, ao que povos como os gregos, romanos e egípcios descobriram e desenvolveram no seu tempo. Por que escolheu e escolhe o ser humano consumir esta substância? Pelos seus efeitos, claro, uma vez que, quando consumidas, dão uma sensação de energia e euforia, muitas vezes como meio de “afastar” sentimentos de maior angústia ou tensão. Estes efeitos, crê-se, foram descobertos no período paleolítico através da fermentação do mel, numa ação furtiva (Cabral, s/d).

Desde a Antiguidade que são conhecidas algumas consequências negativas do excessivo consumo de álcool, mas à época, apenas a embriaguez, e não o alcoolismo crónico, era considerada uma perturbação, tendo sido, por isto, longo o processo de reconhecimento do possível desenvolvimento de uma dependência (Cabral, s/d).

À data, é possível verificar um aumento, em todo o mundo, do consumo de álcool, levando a um leque extensivo de consequências, tais como o alcoolismo, conceito este desenvolvido como doença em França, na segunda metade do século XIX. Foi em França, inclusive, que se iniciou a preocupação com o consumo médio de álcool, por ano (Cabral, s/d).

1.1.1 Droga lícita

O facto do álcool, tal como o tabaco, o chá ou o cacau, não só serem legais, como fazerem parte do nosso quotidiano, pode levar a uma conclusão errónea de que não constituem um risco para a nossa saúde, mas vários são os efeitos, quer a curto, quer a longo

prazo, destas substâncias (<http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=17>).

Desde a Antiguidade que são conhecidos os efeitos do álcool, mas apenas a embriaguez era tida em conta como uma perturbação ligada ao uso de bebidas alcoólicas. Foi já na segunda metade do século XIX, que o alcoolismo foi aceite como doença. A abordagem científica aos problemas com origem no consumo de álcool tem na sua origem a consciencialização do perigo que tais fatos representam para a saúde pública, os progressos no conhecimento da fisiologia da célula nervosa e dos efeitos do álcool sobre o sistema nervoso (Mello *et al.*, 2001).

Desde 1981, quando a Organização Mundial da Saúde definiu vários conceitos, que são vistas como drogas “qualquer entidade química ou mistura de entidade (mas outras que não aquelas necessárias para a manutenção da saúde como, por exemplo, água e oxigénio) que alteram a função biológica e possivelmente a sua estrutura” (OMS, 1981).

O nosso SNC recebe, através dos órgãos dos sentidos, uma “mensagem” de cada vez que um indivíduo recebe um estímulo, o que proporciona o processamento, em milésimos de segundo, milhares de vezes no decorrer do dia, da informação, interpretação, elaboração, memorização, associações, etc. Sendo formado por biliões de células, os neurónios, cria uma rede de comunicação complexa para a função do processamento das informações. Nesta rede, os neurónios não estão ligados diretamente, mas separados por uma fenda sináptica, na qual ocorre a troca de informações entre os neurónios. Para que as informações sejam transmitidas, o neurónio pré-sináptico, aquele que envia a mensagem, liberta neurotransmissores, que “levam” a mensagem até aos recetores no neurónio pós-sináptico (Carlini *et al.*, 2001).

Uma das substâncias que interfere com este funcionamento são as drogas, mais especificamente, as drogas psicotrópicas, que atuam ao nível destas comunicações, e levar a consequências que diferem consoante o neurotransmissor envolvido e a forma de atuação dessas substâncias (Carlini *et al.* 2001). Segundo a OMS (1981), drogas são “qualquer entidade química ou mistura de entidades (mas outras que não aquelas necessárias para a manutenção da saúde como, por exemplo, água e oxigénio) que alteram a função biológica e possivelmente a sua estrutura”. O álcool, apesar da sua aceitação cultural e social, enquadra-se no quadro das drogas psicotrópicas, que “agem no SNC produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora sendo,

portanto, passíveis de autoadministração” (OMS, 1981). Ainda nas drogas psicotrópicas, existem 3 grupos: depressoras, estimulantes e perturbadoras. O álcool pertence ao grupo das drogas psicotrópicas depressoras, que afetam o SNC levando-o a funcionar de forma mais lenta, o que conduz a lentificação psicomotora, a sonolência, etc. (Carlini, 1994 *cit in* Carlini *et al.* 2001). Sendo uma molécula mínima, o etanol, ao ser ingerido, entra logo na nossa corrente sanguínea, podendo assim chegar a todo o nosso organismo (Martins, 2009).

O consumo de álcool pode ter efeitos nos organismos, através de duas fases: primeiramente, a estimulante (euforia, desinibição e loquacidade), seguindo-se a depressora (falta de coordenação motora, descontrole e sono), este último, quando o consumo de álcool é muito elevado, fica exacerbado, e poderá provocar o estado de coma, mas, claro está, estes efeitos variam tendo em conta características pessoais. Os hábitos de consumo, uma estrutura física de grande porte, são exemplos das características referidas anteriormente. Este consumo pode ainda provocar o enrubescimento da face, dor de cabeça ou mal-estar generalizado, efeitos estes, mais intensos quando os consumidores (Carlini *et al.*, 2001). Este consumo pode ainda levar a comportamentos de risco e violentes, ou a que os indivíduos digam ou façam coisas das quais, futuramente, se poderão arrepender, como, por exemplo, ter relações sexuais indesejadas (Martins, 2009).

Quando existem estes efeitos no organismo, é possível definir três tipos de consumo/consumidor: consumidor de risco, ou seja, um “indivíduo com padrão de consumo de bebidas alcoólicas que aumenta o risco de consequências prejudiciais para o consumidor ou outros”; uso nocivo, referindo-se ao “consumo de álcool que tem consequências para a saúde física e mental”; dependência de álcool aquando de “um conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos, que se podem desenvolver após consumo repetitivo de álcool” (Babor *et al.*, 2001). Ainda no que respeita à dependência de álcool, é importante salientar que, o álcool passa a ter um lugar prioritário e central no dia-a-dia do indivíduo, em detrimento de outros comportamentos que antes, eram de elevado grau de importância (Ministério da Saúde, 2011).

Segundo a OMS, e no que ao consumo de álcool diz respeito, não só relativamente ao indivíduo, como à possibilidade de tratamento, foi importante estabelecer duas definições: a de alcoolismo (como doença) e a de alcoólico (como doente), sendo que:

“Alcoolismo não constitui uma entidade nosológica definida, mas a totalidade dos problemas motivados pelo álcool, no indivíduo, estendendo-se em vários planos e causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social, com as suas repercussões económicas, legais e morais.”

“Alcoólicos são bebedores excessivos, cuja dependência em relação ao álcool se acompanha de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do seu comportamento social e económico. Devem submeter-se a tratamento.” (OMS, 1980 *cit in* Mello *et al*, 2001).

Segundo Silva (2007), o consumo de álcool pressupõe a busca por um escape, o sujeito vê no álcool a possibilidade de transformação intrapsíquica, revelando algum incómodo com o dia-a-dia. Quando nos deparamos com um consumo exagerado de bebidas alcoólicas podem haver consequências sociais negativas, danos relacionados com o trabalho, danos conjugais, entre outros. No que às consequências sociais negativas diz respeito, referimo-nos, por exemplo, ao facto de sentir medo quando há, numa área pública, a presença de pessoas alcoolizadas, ou ainda, ao facto de não conseguir dormir durante a noite, por possíveis desastros que pessoas embriagadas possam provocar. Nas relações conjugais, vemos que, existe uma forte associação entre o consumo excessivo e os danos maritais, como ainda, tal como evidenciando por variados estudos, ao existirem, no casal, consumos excessivos, há um aumento significativo do risco de separação ou divórcio. Encontramos ainda uma relação entre o consumo de álcool e o risco de envolvimento em violência, entre o elevado uso de álcool e a violência sexual e doméstica. Conclui-se que, quanto mais elevado é o nível de consumo de álcool, mais grave é a violência (Ministério da Saúde, 2011).

1.1.2 Consumo entre estudantes universitários

A transição que ocorre na vida dos jovens adultos, aquando da sua entrada no ensino superior, leva a que estes estejam expostos a alterações substanciais nas suas vidas, desde os grupos sociais a atividades sociais, o que pode estar associado a comportamentos de risco, de entre os quais o consumo excessivo de álcool (Lorant *et al*, 2013).

O fato dos estudantes sentirem a pressão dos pares e terem o desejo de pertença ao grupo, buscarem o evitamento de situações difíceis nos vários contextos em que estão inseridos (escola, família, etc.), e quererem evitar sentimentos como a tristeza e ansiedade,

que para eles são desconfortáveis, são algumas das razões apontadas para que haja uma iniciação e manutenção do consumo de álcool (Martins, 2009).

Por esta razão, vários têm sido os estudos realizados, com o objetivo de verificar a realidade do consumo de bebidas alcoólicas entre estudantes do ensino superior.

No ano de 2006, foi realizado um estudo sobre o consumo de álcool e drogas pelos estudantes universitários, onde se encontrou uma forte relação entre o consumo de substâncias e a frequência de assistência às aulas. Os alunos que consomem estas substâncias faltam mais às aulas, do que os alunos que não têm esses consumos. Verificou-se ainda que, pertencer a uma religião, no caso do estudo, como o protestantismo, está relacionado com o baixo consumo de substâncias (Silva *et al.*, 2006).

Um outro estudo realizado sob a premissa de investigar o consumo de bebidas alcoólicas, bem como a depressão, numa amostra de jovens portugueses, na qual a maioria revela um consumo de risco ou um consumo prejudicial, mostra-nos que é o género masculino, com idades compreendidas entre os 20 e 24 anos, e estudantes do ensino superior, onde encontramos um perfil de risco (Santana & Negreiros, 2008).

Foi em 2012 que Ramis *et al.* conduziram um estudo no qual pretendiam investigar fatores associados ao consumo de álcool (e de tabaco), numa amostra de 485 alunos universitários. Concluiu-se que, 75% dessa amostra consomem álcool pelo menos uma vez por mês, sem que haja diferenças relativamente ao género, tendo, ainda, uma prevalência de risco de 6,2%, e ainda que, aqueles que vivem com amigos indicam um maior consumo da substância. Neste estudo foi ainda possível concluir que a maioria da amostra (92,7%), com historial de consumo de álcool, revela que este consumo não teve a sua origem no ingresso na vida académica (Ramis *et al.*, 2012).

Lorant *et al.* (2013) conduziram um estudo onde, entre universitários, o quanto mais estivesse o aluno exposto a fatores do ambiente universitário, maiores seriam os riscos de consumo frequente, abusivo e excessivo. Concluíram que, os alunos que viviam no *campus* universitário, num dormitório com um elevado número de colegas de quarto e que estivessem na universidade à um longo período de tempo, são aqueles que tinham um consumo elevado, frequente, com uma média de 3 episódios de consumo abusivo por mês. Neste estudo verificou-se ainda que, os alunos mais velhos apresentam um consumo menor do que os mais novos. Para os autores, os alunos universitários bebem para conseguirem consequências

positivas, uma vez que sobrestimam os consumos dos seus amigos, ou por outras expetativas normativas.

Em 2014, um estudo realizado sobre o uso de risco de álcool, numa amostra de 787 estudantes universitários concluiu que, se por um lado, 82,9% é abstinente ou fez uso de baixo risco nos últimos 12 meses, por outro lado, é entre as idades dos 18 e os 24 anos que se encontra o grupo de risco, no qual o consumo de álcool é mais excessivo, havendo um consumo prejudicial, com possíveis consequências negativas. Foi no género masculino, em estudantes com prática regular de atividade física e com hábito de fumar, que se encontrou um padrão de consumo de álcool mais significativamente caracterizado por ser de risco. Dos 20,2% dos estudantes inquiridos que revelaram já terem sentido culpa ou remorso após terem consumido bebidas alcoólicas, 6,9% foram feridos ou feriram alguém. Não foi, no entanto, encontrada associação significativa entre o padrão de consumo de álcool, a faixa etária do estudante, o estado civil, a classe económica e o curso de graduação em que estava matriculado. Foi, sim, concluído que os estudantes deste estudo, têm um consumo de álcool de baixo risco, o que segundo os autores, pode demonstrar que existe uma tendência a um decréscimo dos consumos de risco de álcool (Silva & Tucci, 2014). No mesmo ano, Rodrigues *et al.* verificaram que é nas festas académicas, onde se verifica uma forte ligação ao consumo de álcool, que existem elevados consumos desta substância, associados ao género masculino. Contudo, estes estudantes referem que não têm comportamentos de risco, depois dos consumos, o que segundo os autores pode indicar uma maior consciencialização da gravidade destas ações (Rodrigues *et al.*, 2014).

Num estudo onde o objetivo principal era identificar a prevalência do consumo de álcool, novamente numa amostra de estudantes universitários, foi verificado que a maioria dos avaliados se encontra na zona da dependência de álcool. Nesta amostra, um número elevado de indivíduos tem um uso abusivo de bebidas alcoólicas, o que denota uma vulnerabilidade para a sua dependência (Soares *et al.*, 2015).

Um estudo realizado no Brasil, numa amostra de estudantes do curso de Administração, mostra-nos que a maior ingestão de bebidas alcoólicas é feita pelo género masculino, com a “desculpa” de conseguirem um maior sentimento de alegria/euforia, graças ao aumento da sua autoconfiança (Silva *et al.*, 2015).

1.1.3 A realidade em Portugal

É longa a história do álcool no nosso país, não só o seu consumo (o vinho era usado nas sopas de cavalo cansado, como fonte de energia e calor), como a sua produção e exportação (Portugal tem dos vinhos mais apreciados a nível mundial), o que lhe confere um papel importante no desenvolvimento da nossa cultura e tradição. Esta realidade é comum aos países europeus do mediterrâneo, com o vinho a fazer parte integrante da tão afamada “dieta mediterrânea”, influenciando o turismo, a restauração, o divertimento, a indústria produtora, entre outros (Cabral, s/d).

Em Portugal, 2,8 milhões de litros de bebidas alcoólicas são consumidos pelos portugueses num dia (Martins, 2009).

Em 2011, o Ministério da Saúde publicou um relatório, no qual revela que Portugal é um dos países onde há níveis mais elevados de consumos de bebidas alcoólicas. Os estudos nos quais é possível verificar a existência de relação dose-resposta entre o consumo de álcool e a frequência e gravidade de várias doenças são variados. Neste relatório foi possível verificar que, 2,8% dos jovens com idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos, e 1,2% dos jovens dos 15 aos 19 anos, se embriagou dez ou mais vezes no último ano, e no último mês, 0,3% fê-lo dez ou mais vezes. Na população jovem dos 20 aos 24 anos, e durante o último mês, 15,4% embriagou-se uma vez, e 0,2% dez ou mais vezes. No que à faixa etária dos 15 aos 19 anos diz respeito, 11,2% embriagou-se uma vez no último mês, e 0,5% dez ou mais vezes (Ministério da Saúde, 2011).

Apesar do histórico de produção e consumo de vinho no nosso país, a população jovem mostra um interesse maior no consumo de cerveja, com fins mais recreativos, como nos fins de semana. É este consumo por parte dos jovens, e o fato de, no nosso país, o alcoolismo ter adquirido um estatuto de problema de saúde pública (Cabral, s/d).

É este consumo por parte dos jovens, e o fato de, no nosso país, o alcoolismo ter adquirido um estatuto de problema de saúde pública, uma vez que, o consumo de álcool conduz a acidentes de viação e laborais, a violência familiar e social, e ainda, múltiplas patologias (Cabral, s/d), que levou, em 2016, a que fosse dado um importante passo na legislação do nosso país: foi proibida a venda de bebidas alcoólicas a menores de idade. Foi publicado em Diário da República, a 16 de junho de 2015:

“A evidência científica veio demonstrar a existência de padrões de consumo de alto risco de bebidas alcoólicas, como a embriaguez e o consumo ocasional excessivo, também designado binge drinking, especialmente em adolescentes e jovens adultos, revelando igualmente que a experimentação do álcool é cada vez mais precoce em crianças. Está demonstrado que a precocidade do início de consumo é responsável por uma maior probabilidade de ocorrência de dependência alcoólica, assim como de consequências diretas a nível do sistema nervoso central, com défices cognitivos e de memória, limitações a nível da aprendizagem e, bem assim, ao nível do desempenho escolar e profissional. A exposição prolongada e continuada ao álcool está também associada a uma probabilidade de desenvolvimento de cancro.” (DL 106/2015).

Esta medida foi tomada uma vez que, atualmente, no nosso país, os jovens fazem um uso excessivo de bebidas alcoólicas, quando ainda se encontram em processo de maturação biológica, psicológica, social e cognitiva. Este consumo pode levar ao comprometimento do desenvolvimento, visto que, em idades precoces, os organismos não conseguem identificar e compensar os efeitos tóxicos que acarreta o consumo de álcool (Cabral, s/d).

Vários foram os estudos que se vieram a realizar, com o intuito de entender a prevalência e os fatores associados ao consumo de álcool, de determinar padrões de consumo nas populações académicas.

Santana e Negreiros (2008) realizaram uma investigação, com estudantes universitários, na qual verificaram que 92% apresentavam abstinência ou consumo normal, enquanto que os restantes 8% tinham um consumo de risco. Neste consumo de risco, 82,5% encontram-se na zona de risco, 10% na zona prejudicial e 7,5% na zona de dependência, com os indivíduos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos. Foi ainda encontrada uma correlação significativa entre o consumo de álcool e as variáveis género ($r = -.190, p < .01$) e faixa etária ($r = .147, p < .01$).

Em 2014, um estudo da Universidade de Aveiro veio corroborar estudos anteriores, verificando que os consumos, por parte dos estudantes universitários do género masculino, são elevados, em quantidade e frequência, principalmente aquando das festas académicas. É novamente apontada a saída de casa dos pais, e as saudades de casa, como uma das razões para o excessivo consumo de álcool pelos jovens universitários, a par com as idas em grupo aos bares e com os processos de modelagem, imitação e reforços subjacentes, ou ainda, a ansiedade e stress subjacente às responsabilidades académicas (Rodrigues *et al.*, 2014).

1.2 Violência entre Parceiros Íntimos

1.2.1 A Violência

Apesar de ser um fenómeno que ultrapassa culturas, religiões e sociedades, não existe um conceito único para definir a violência (Lisboa *et al.*, 2006), mas a OMS deu um passo importante, criando um conceito referência, onde se define a violência como o “uso intencional de força ou de poder físico, de fato ou como ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade, que cause ou tenha muita probabilidade de causar lesões”. Os atos de violência podem ser privados ou públicos, reativos, quando ocorrem em resposta a um acontecimento prévio, como, por exemplo, provocações, ou pró-ativos, ações instrumentais, com vista a um determinado fim, ou antecipando ganhos pessoais, criminalizados ou não (Krug *et al.*, 2002).

Segundo Alarcão (2000), a violência “constitui sempre uma forma de exercício de poder, mediante o uso da força (física, psicológica, económica, política), pelo que define, inevitavelmente, papéis complementares”. Assim surge o vitimador e a vítima. O recurso à força constitui-se como um método possível de resolução de conflitos interpessoais, procurando o vitimador que a vítima faça o que ele pretende, que concorde com ele ou, pura e simplesmente, que se anule e lhe reforce a sua posição/identidade. Para Poiares (2012), “a violência tem como objetivo submeter ou eliminar o *Outro*, sempre que entre ele e o *Eu* ou o *Nós* existem diferenças entendidas inegociáveis ou quando o *Outro* ousa afirmar-se perante o *Nós*”.

Para Costa e Pombo (2011), no fenómeno da violência encontramos um comportamento complexo, que na sua base tem diversos fatores, de entre os quais, “a personalidade, o temperamento, o carácter e o respetivo processo de socialização”, “atitudes, normas e valores característicos de uma cultura e respetivos matizes microculturais (p.e. tolerância à diferença, atitude para com ilicitudes como o consumo de drogas ilegais)”, “a exposição a um meio onde ocorrem comportamentos violentos e as características da respetiva resposta, quer ao nível familiar, quer político-social” e, por fim, “presença ou ausência de mecanismos contentores da violência sendo a rapidez e a eficácia das intervenções essencial na determinação da contenção.

Segundo a OMS (2014), em 2012 houve, aproximadamente, 475 mil vítimas de homicídio, das quais 60% eram do género masculino, com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos, o que torna a violência a terceira causa principal de morte para homens nesta

faixa etária. Já no que toca a consequências não fatais, são as mulheres, as crianças e os idosos que sentem maior impacto, aquando vítimas de abusos físicos, sexuais e psicológicos. Neste mesmo estudo da OMS, concluiu-se que 25% dos adultos sofreram abusos físicos enquanto crianças. No que se refere às mulheres, uma em cada cinco foi vítima de abusos sexuais durante a infância, e uma em cada três foi vítima de violência física ou sexual praticada por parceiros íntimos, em algum momento da vida. Concluiu-se que, para crianças e mulheres, principalmente, a violência contribui para problemas de saúde ao longo das suas vidas. Já com os idosos, verificou-se que, um em cada dezassete sofreu abusos no mês que antecedeu este estudo.

O fenómeno da violência não influencia apenas as vidas das vítimas, e mesmo dos agressores. A violência afeta sistemas de saúde e de justiça criminal, serviços sociais e de bem-estar, e ainda a estrutura económica das comunidades. Se, por um lado, a promulgação e execução de leis sobre crimes e violência, são essenciais para estabelecer normas de comportamentos aceitáveis e não aceitáveis, bem como, para criar sociedades seguras e pacíficas, por outro lado, vários são os países que mesmo dispendo de legislação não as aplicam na sua plenitude (OMS, 2014).

É variada a tipologia da violência, isto porque, pode ser autodirigida, coletiva ou interpessoal. Quando falamos da violência autodirigida referimo-nos àquela que compreende comportamentos suicidas (pensamentos suicidas, tentativas de suicídio, e os suicídios), que, por sua vez, podem ser de natureza física, psicológica ou de privação ou abandono. Por violência coletiva entendemos: a violência social, ou seja, crimes de ódio, levados a cabo por grupos organizados, atos terroristas, e ainda, violência de grupos indisciplinados; violência política, como a guerra e os conflitos violentos relacionados, violência do estado, ou mesmo, atos em tudo semelhantes aos referidos, mas praticados por grandes grupos; e violência económica, que sendo praticados por grandes grupos podem apresentar várias razões de ser, mas na sua maioria são perpetrados para lucro económico, que pode apresentar-se sob a forma de violência física, sexual, psicológica ou ainda de privação ou abandono (Dahlberg & Krug, 2007). Por fim, encontramos a violência interpessoal, que será tratada seguidamente.

Designa-se por violência interpessoal todos os atos de violência que sejam praticados entre membros da família, parceiros íntimos, amigos, conhecidos e desconhecidos, e que inclui maus-tratos contra a criança, violência juvenil (incluindo violência associada a

gangues), violência contra a mulher (p.e. VPI e violência sexual) e abusos praticados contra idosos (Dahlberg & Krug, 2007).

Da violência interpessoal podem resultar vítimas mortais, ou vítimas de violência não fatal, que é mais comum, quando comparada, por exemplo, ao homicídio, trazendo consequências sociais e de saúde graves e permanentes. As vítimas de violência não fatal podem ter sofrido agressões de que resultaram ferimentos físicos, tendo necessitado de tratamentos em centros de atendimento de emergência, e são ainda incluídas aquelas que, sem denunciarem às autoridades ou às equipas de saúde, sofreram de abusos físicos, sexuais e psicológicos (Krug *et al.*, 2002). Vários são os efeitos que a violência tem na saúde das vítimas, como, por exemplo, ferimentos físicos, incapacitação, depressão, problemas de saúde física e reprodutiva, tabagismo, comportamentos sexuais de alto risco, consumo abusivo de álcool e drogas, etc.

De todos os tipos de violência, a mais estudada é a que ocorre no seio de relacionamentos íntimos.

1.2.2 No seio dos relacionamentos íntimos

Com o aumento de organizações de mulheres, por todo o mundo, a violência contra as mulheres tem estado no centro das atenções, em particular a VPI, e, graças aos esforços por estas organizações realizados, a violência contra mulheres é reconhecida como um problema de interesse internacional. Este reconhecimento levou a que a VPI passasse de uma questão de direitos humanos, a uma questão de saúde pública de relevância (WHO, 2002).

Se olharmos os registos dos serviços de saúde, são as mulheres a procurar mais a ajuda destes serviços, uma evidência que deixa implícita a ideia de que a VPI é uma questão de violência de género. Mas, convém salvaguardar que neste fenómeno de violência, podemos encontrar os atores comuns em diferentes papéis, ou seja, podemos deparar-nos com uma mulher agressora, e um homem vítima, por exemplo (Heise, 1998; Reichenheim *et al.*, 2006 *cit. In* Anacleto *et al.*, 2007). Assim, e tal como verificaram Esquivel-Santoveña e Dixon (2012), é necessário que os inquéritos de investigação adotem uma posição inclusiva, a nível de género, e metodologia adicional, para que seja possível, a ambos os géneros, reportar as suas experiências. Corroborando esta ideia, Anacleto *et al.* mostram-nos uma prevalência igual de violência em ambos os géneros, mas, por outro lado, é encontrada uma maior prevalência de violência física entre indivíduos com baixa escolaridade e que vivam em locais com uma maior mancha populacional (Anacleto *et al.*, 2009). Resultados semelhantes foram

também registados no que diz respeito à violência física moderada, onde não sendo encontradas diferenças significativas a nível de género há evidências que, mulheres com menor escolaridade, se encontram mais suscetíveis a sofrerem de violência (Lindner *et al.*, 2015). Foi em 2011 que uma equipa de investigadores dos serviços médico-legais do Porto realizou um estudo onde o foco eram as vítimas de VPI do género masculino, e onde evidenciam que 11,5% do total dos casos de VPI reportados o são por homens. Nota para o facto de estes números puderem não corresponder ao número real total, uma vez que, muitas vezes, os homens não apresentam queixa, e escondem a violência de que são vítimas. Neste estudo foi ainda possível concluir que, as lesões sofridas pelos homens, são, normalmente, moderadas, uma vez que, quando são as mulheres as agressoras, perpetuam abusos psicológicos e atos de violência física menores (Carmo *et al.*, 2011). A VPI ocorre ainda no seio de casais do mesmo sexo, e isso concluíram Finneran e Stephenson (2013) quando, investigando 28 estudos sobre a matéria, concluíram que são alarmantes os resultados obtidos. Quando comparados os resultados da VPI entre casais de homens, e casais heterossexuais, encontraram-se graus de gravidade iguais, ou mesmo superiores.

Em 2005, a OMS coordenou um estudo em vários países no qual se concluiu que a prevalência de mulheres vítimas, de violência física perpetrada pelos seus parceiros, variou entre 23 e 49%, de violência sexual entre 10 e 50% e abuso emocional entre 20 e 75% (WHO, 2005). É importante salientar, que estes tipos de violência podem ocorrer de forma conjugada.

Garcia-Moreno *et al.* (2006) levaram a cabo um estudo em 10 países, do qual verificaram a prevalência da VPI ao longo da vida, de 13-61%, e no último ano, de 3,1-29%, e ainda a existência de uma grande associação entre comportamentos controladores dos parceiros com um maior risco da mulher sofrer violência.

Num estudo australiano, foi possível concluir que, quase 4 em 5 homicídios são cometidos por um homem, contra uma mulher, e ainda que, pouco mais de 1 em cada 5 homicídios são cometidos por mulheres, contra homens. Neste mesmo estudo foi ainda evidenciado que, um número reduzido correspondeu a homicídios no seio de relacionamentos homossexuais, e ainda, 1/3 dos homicídios entre parceiros íntimos resulta de conflitos associados ao ciúme ou ao término de uma relação (Carcach & James, 1998).

Na realidade nacional foi realizado um estudo sobre homicídios derivados de VPI, onde as mulheres são as vítimas. Identificaram-se dois padrões neste estudo, não só a vítima portuguesa, como o agressor: no que à vítima diz respeito, encontramos jovens adultas, empregadas, mortas por companheiros de longa data, habitualmente com filhos em comum, e

historial de VPI; já o agressor português é por norma mais velho que a vítima, empregado, sem registo criminal, mas possuidor de uma arma de fogo, que, em quase metade dos casos, acabaram por cometer o suicídio. O fato do agressor possuir uma arma de fogo coincide com os 45,2% das vítimas de homicídio que perderam a sua vida graças a ferimentos de bala. Estes homicídios ocorreram quer no seio de relacionamentos presentes, quer de relacionamentos passados, aqui, ocorrendo no intervalo de tempo de 1 ano após o final da relação (Pereira *et al.*, 2013).

Pesquisas relativamente recentes mostram-nos que, apesar de tudo o que já é conhecido na atualidade sobre a VPI, estes atos continuam a ser justificados quer por determinadas crenças, quer por causas externas aos indivíduos. Segundo Fleming *et al.* (2015), existe uma relação recíproca entre a perpetração de violência por parte do género masculino, contra as mulheres, e quer as normas de género, quer as desigualdades existentes entre homens e mulheres. Na mesma linha de pensamento, num estudo realizado com jovens, 11,8% da amostra concordam com crenças legitimadoras de violência, desculpabilizando assim os agressores, e justificam estes atos com causas externas, como o álcool ou o desemprego, ou a vontade de manter a sua vida familiar privada. Apesar da violência não ser praticada exclusivamente por homens contra mulheres, encontramos no género masculino uma maior concordância com as conceções tradicionais, segundo as quais os homens não demonstram emoções e afetos, e são imagem de força física (Ventura *et al.*, 2013).

Sabemos que a VPI possui vários fatores de risco, mas podemos olhar a VPI como um fator de risco por si só, tal como nos apresentou Pallitto *et al.*. A VPI aparece neste estudo como um fator de risco para a gravidez indesejada ou mesmo para o aborto (Pallitto *et al.*, 2013).

1.2.3 Entre os estudantes universitários

Alguns estudos realizados no âmbito da violência entre parceiros íntimos, têm estudantes universitários como amostra, utilizando assim amostras de conveniência, pela sua facilidade de acesso, mas tal como dito anteriormente, aproveitando que o percurso académico dos jovens inclui alterações significativas, e que poderão conduzir a relações desequilibradas para as estudar.

Um estudo realizado em 31 universidades, de 16 países, verificou que 29% dos estudantes agrediram fisicamente o parceiro, nos 12 meses que precederam a investigação.

Registaram-se agressões menores como estalos ou empurrões, mas também agressões mais graves, como esmurrar, asfixiar e com recurso a armas. Não foram encontradas diferenças significativas no que concerne ao género, contudo, verificou-se que no caso dos homens causaram mais danos nas suas companheiras.

No que à violência entre parceiros íntimos, na realidade dos estudantes universitários diz respeito, em 2013 foi realizado um estudo onde se verificou que é necessário desenvolver trabalho no sentido de desconstruir certos estereótipos culturais/sociais, segundo os quais, as mulheres têm um papel de menor importância, contrariamente aos homens. Nesta investigação, desenvolvida numa amostra de 311 estudantes do ensino superior, concluiu-se que existe uma maior legitimação da violência por parte do sexo masculino, acompanhada pelo predomínio da VPI. Ainda na violência no namoro, deparamo-nos com números alarmantes, onde são evidenciados índices de violência elevados, em atos descritos pela autora de “pequena” violência (Vieira, 2013).

Entre estudantes universitários, verifica-se uma baixa legitimação no que diz respeito à VPI. Se olharmos a fração da amostra que legitima estes comportamentos, fá-lo em função de certos e determinados contextos. Verifica-se que predominam os atos de pequena violência, existindo maiores diferenças entre as áreas de formação, e no género, mas aqui, não tão evidentes (Baptista, 2013).

Capítulo 2

Álcool e Violência entre Parceiros Íntimos

2.1. Violência alcoolizada

Está provado que, quer um passado de violência entre parceiros íntimos no seio da família de origem da mulher, quer o consumo de substâncias são fatores de risco para que as mulheres sofram, elas mesmas de violência. No que respeita ao consumo de álcool, e independentemente do tipo de violência que é praticado, este está fortemente relacionado com a violência (Coker *et al.*, 2000). O mesmo afirma Lindner *et al.* (2015) para quem o consumo de álcool é um fator importante na violência física grave contra as mulheres.

Foi realizado um estudo, em 2001, onde se verificou que, após o consumo de álcool, 30-40% dos homens e 27-34% das mulheres desta amostra, cometeram violência contra os seus parceiros. Várias são as explicações que podemos atribuir ao papel importante que o álcool representa na VPI, de entre as quais encontramos o facto de muitas pessoas terem a expectativa de que o álcool vá funcionar como um desinibidor no comportamento, ou pelo efeito fisiológico direto do álcool. Por outro lado, os autores referiram que a associação do álcool com a VPI pode ser feita como uma forma de “desculpar” os comportamentos agressivos, ou ainda graças ao fato de contarem com os mesmos preditores (p.e. uma personalidade impulsiva). Os autores referem, igualmente, como possível a não associação da VPI com o consumo de álcool, mas, em sentido inverso, que o papel do álcool na VPI pode ser explicado pelo efeito desinibidor que o álcool provoca no comportamento. Contudo, indivíduos com um consumo elevado representam um risco elevado no que à VPI diz respeito, podendo tornar-se quer vítimas, quer perpetradores, apesar de que, o fato de existir VPI no seio de casais com consumos elevados de álcool não significar que essa violência seja causada pelos consumos (Caetano *et al.*, 2001).

Com o objetivo de estimar a violência física entre parceiros íntimos e examinar a associação entre a violência e variáveis sociodemográficas, uso de álcool e outros fatores associados, foi realizado um estudo, no qual a percentagem de vítimas e agressores de VPI foi de 5,4%, nos 2 anos anteriores à investigação. No que diz respeito ao consumo de álcool, aquando das agressões, os homens relatam que nenhum dos membros do casal consumiu álcool, já as mulheres indicaram que, a ter existido consumos, fora sempre por parte dos agressores. Neste estudo, verificou-se que existindo consumos elevados de álcool, seria o agressor, jovem, a ter esses consumos. Outra conclusão foi que é no género feminino que se encontram as vítimas de agressões mais graves, tendo sofrido de espancamentos, socos e pontapés, necessitando assim de maiores cuidados médicos (Oliveira *et al.*, 2009).

Em 2010, um estudo realizado por Zaleski *et al.*, permitiram-nos identificar que as formas mais registadas de VPI foram empurrar, agarrar ou abanar e bater com alguma coisa. Foi no género feminino que se encontrou uma taxa mais elevada de VPI, independentemente do seu tipo. O tipo de VPI mais comum, perpetrada por ambos os géneros foi o “acertar com alguma coisa” (2% homens e 5% mulheres). Tendo em conta a amostra deste estudo, foram as mulheres que estiveram mais envolvidas em episódios de perpetração leves e graves. No que ao consumo de álcool diz respeito, 4 em cada 10 homens e 1 em cada 10 mulheres revelaram ter consumido durante um episódio de agressão ($\chi^2 = 19,38$, $df = 1$, $p < 0,001$) (Zaleski *et al.*, 2010).

Um estudo realizado com uma amostra de estudantes do género feminino, pretendeu identificar fatores que influenciam a relação temporal entre o consumo de álcool e as experiências agressivas, e concluiu que o facto de ter existido consumo de álcool aumenta a probabilidade de se sofrer agressões físicas (não sexuais), verbais e sexuais. Este consumo, só tem efeitos significativos se for excessivo, ou seja, consumo de 4 ou mais bebidas (Parks *et al.*, 2013).

Segundo Costa e Pombo (2011), o álcool é a substância que mais se associa à criminalidade, isto porque, o seu consumo pode desencadear efeitos desinibidores da impulsividade, e aqui, tanto envolve o ato violento em si, como envolve a vítima, uma vez que, em estado alcoolizado, tanto podem facilitar a situação da violência, como se vêem impedidos de se defenderem de forma mais eficaz. Neste mesmo estudo, verificou-se que é comum, nas vítimas de violência, detetar-se álcool nos seus organismos.

Neste mesmo ano, Moore *et al.* mostraram-nos que o consumo de álcool aumenta as probabilidades de cometer agressões, quer psicológicas, em 2,19, quer físicas, em 3,64 vezes. Tendo em conta os dois géneros, os homens demonstraram uma probabilidade maior (7,03) de partirem para agressões psicológicas quando bebem, enquanto que, por seu lado, as mulheres, apresentam apenas a probabilidade de 1,60 (Moore *et al.*, 2011).

Em 2012, foi realizada uma investigação, sob a premissa de que no seio casais com problemas de alcoolismo há maior probabilidade de sofrerem VPI, com o objetivo de encontrar associações entre os consumos de álcool em diferentes contextos e o consumo de álcool. Na verdade, estes consumos correspondem a um fator de risco independente à ocorrência e frequência da VPI (Cunradi *et al.*, 2012).

Olhando para os riscos para VPI, estes diferem, segundo estudo de Mair *et al.* (2013), em termos do contexto onde se consome álcool e ainda se os consumos são excessivos ou não. Se por um lado, a VPI perpetrada por mulheres ocorre quando o consumo de álcool foi realizado em casa, enquanto que, a VPI com os homens como perpetradores, tem como contexto o consumo fora de suas casas.

Em contexto académico, foram encontradas evidências de que com consumos de álcool de maior risco coexistem crenças onde é legitimada a agressão (Baptista, 2013).

Foram encontradas evidências que não só associam a vitimização na VPI ao consumo de álcool, como justificam este consumo como sendo uma consequência de episódios de VPI (Devries *et al.*, 2013).

O fato dos estudantes universitários serem uma parcela da sociedade que tem acesso mais facilitado a determinado tipo de substâncias, tais como o álcool, aumenta o risco de violência entre parceiros íntimos, uma vez que a VPI se encontra bastante presente e é aceite em alguns ambientes. Algo que também se verifica é a existência de uma relação de reciprocidade na perpetração e vitimização de comportamentos violentos (Ávila, 2013).

Quando nos referimos a perpetradoras, com consumos de risco, verificamos que, em dias em que há consumo de álcool, estas apresentam mais suscetibilidade quer para serem agressoras, quer para serem vítimas. Isto leva-nos a assumir o papel de relevo que o álcool tem como contribuidor para incidentes de VPI (Stuart *et al.*, 2013).

2.2. Objetivos e Hipóteses

Os objetivos deste estudo que se pretendem alcançar são, não só, perceber e analisar a correlação entre o consumo de álcool e a violência entre parceiros íntimos, bem como, perceber quais as estratégias utilizadas para lidar com situações de violência numa relação de intimidade.

As hipóteses de investigação a que se pretende dar resposta são descritas de seguida:

H1: Espera-se que, em função do género, o género masculino seja mais frequentemente agressor, e o género feminino o mais frequentemente agredido.

H2: Espera-se que os jovens apresentem consumos de álcool de gravidade.

H3: Espera-se que estudantes que apliquem táticas de vitimização apresentem um maior consumo de álcool.

H4: Espera-se que estudantes que apliquem táticas de perpetração apresentem um maior consumo de álcool.

Q1: Existirão diferenças significativas entre violência perpetrada e violência vitimada no que concerne à área de estudo?

Capítulo 3

Metodologia

3.1. Amostra

Foi recolhida uma amostra, de 141 sujeitos, de entre os alunos da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, não probabilística do tipo «por conveniência», com 49,6% do sexo feminino (N=70) e 50,4% do sexo masculino (N=71), e com idade média de 23,81 anos (DP=6,735), onde a idade mínima foi 18 anos e a máxima os 60.

Nesta amostra, 77,3% é de nacionalidade portuguesa (N=109), e os restantes 22,7% de outra nacionalidade (N=32).

No que ao estado civil concerne, verificou-se que 81,6% são solteiros (N=115), 9,9% são casados (N=14), 3,5% são divorciados (N=5), e, por último, 5% vivem em união de facto (N=7).

Na categoria da área de estudo, 29,1% pertencem à área de Educação Física e Desporto (N=41), 3,5% são da área de Economia e Gestão de Empresas (N=5), da área de Gestão de Recursos Humanos são 40,4% (N=57), 10,6% são da área de Ciências da Nutrição (N=15), de Turismo são 7,8% (N=11), igual valor, 7,8%, pertencem à área de Gestão Aeronáutica (N=11), e por fim, 0,7% da área de Ciência Política e Relações Internacionais (N=1).

Relativamente às habilitações literárias, a totalidade da amostra foi recolhida no 1º ciclo de escolaridade (N=141), da qual, 69,5% corresponde ao 1º ano da licenciatura (N=98), 27% encontram-se no 2º ano (N=38), e os últimos 3,5% encontram-se no 3ºano (N=5).

Finalmente, no que ao consumo de álcool diz respeito, verificamos que, da totalidade da amostra, 78% admitem o consumo de álcool (N=110), enquanto que os restantes 22% indicam que não fazem esse consumo (N=31).

Quadro 1
Descrição da amostra

	M	DP	Mínimo	Máximo	N	%
Sexo						
Masculino					71	50,4
Feminino					70	49,6
Idade	23,81	6,735	18	60		
Estado Civil						
Solteiro					115	81,6
Casado					14	9,9
União de Facto					5	3,5
Divorciado					7	5
Nacionalidade						
Portuguesa					109	77,3
Outra					32	22,7
Área de Estudo						
Educação Física e Desporto					41	29,1
Economia e Gestão de Empresas					5	3,5
Gestão de Recursos Humanos					57	40,4
Ciências da Nutrição					15	10,6
Turismo					11	7,8
Gestão Aeronáutica					11	7,8
Ciência Polítca e Relações Internacionais					1	0,7
Habilitações Literárias						
1º ano					98	69,5
2º ano					38	27
3º ano					5	3,5
Consumo de álcool						
Sim					110	78
Não					31	22

3.2. Instrumentos

Para que fosse possível a realização deste estudo, foi elaborado um protocolo de avaliação (Anexo 2), constituído por 1) um questionário sociodemográfico, 2) as *Revised Conflict Tactics Scales*, validadas para a população portuguesa e 3) o *Alcohol Use Disorder Identification Test*, descritos de seguida.

O questionário sociodemográfico, construído para este estudo, conta com informações relativas à 1) idade, 2) género, 3) nacionalidade, 4) estado civil, 5) área de estudo, e 6) ano de frequência.

As *Revised Conflict Tactics Scales* são a versão revista das *Conflict Tactics Scales*, que nasceram da necessidade, verificada pelo autor, Murray Straus, de existência de um

instrumento capaz de determinar taxas de prevalência de abuso físico e psicológico no contexto familiar. As CTS possibilitam a medição da violência em ambos os membros do casal, uma vez que podem ser aplicadas a ambos, bem como perceber quais as táticas de resolução de conflitos utilizadas por cada elemento do casal, sem ser necessária a aplicação a ambos os membros do casal (Straus *et al.*, 1996). Várias foram as críticas apontadas às CTS, como, por exemplo, o facto de medirem a violência em ambos os parceiros, ou ainda por terem uma vasta aplicação (Straus, 1997). Contudo, as versões revistas não “corrigem” estas críticas, uma vez que, do ponto de vista do autor, são erróneas (Straus, 2005). As CTS-2 vêm incluir mais facetas a cada dimensão avaliada, e acrescentam mais duas escalas, uma referente ao tipo de abuso (coerção sexual) e outra que remeta para as consequências do abuso (sequelas físicas) (Straus *et al.*, 1996).

As CTS-2 validadas para a população portuguesa, por Alexandra e Figueiredo (2006), têm um total de 78 itens, divididos por 5 escalas: negociação, com subescalas cognitiva e emocional; agressão psicológica, abuso físico sem sequelas, abuso físico com sequelas e coerção social, todas divididas em 2 subescalas: ligeira e severa. As respostas são dadas numa escala de *likert*, com 8 níveis, começando com “(1) uma vez no ano anterior” e terminando com “(8) nunca aconteceu”. Do nível 1 ao 6 é possível determinar a prevalência e cronicidade no último ano, já os níveis 7 e 8 determinam a prevalência global de ocorrências (Alexandra e Figueiredo, 2006). Em questões de consistência interna, a escala total de perpetração tem um alfa de Cronbach de 0,79, a escala total de vitimação de 0,80. Em termos de perpetração, é a escala de abuso físico sem sequelas que apresenta um valor superior de consistência interna, com um alfa=0,78, seguindo-se a escala de negociação com alfa=0,73, agressão psicológica com alfa=0,68, coerção sexual =0,56, abuso físico com sequelas =0,50. No que se refere à vitimização, a escala de abuso físico sem sequelas é a que apresenta valor superior de consistência interna de 0,74, seguida das escalas de negociação com alfa=0,71, agressão psicológica com alfa=0,64, coerção sexual com alfa =0,51 e abuso físico com sequelas com alfa =0,47 (Alexandra e Figueiredo, 2006).

O teste da validade de construto foi realizado através da análise fatorial, tendo sido realizada uma análise de componentes principais, quer para a perpetração, quer para a vitimização das táticas avaliadas neste instrumento, na qual se forçou 5 fatores principais, os quais explicam 48,2% da variância total para a perpetração e a quatro componentes principais, que explicam 44,3% para a vitimização. No que à adequabilidade do instrumento diz respeito,

para a perpetração foi obtido um valor de KMO de 0,768, já para a vitimização foi conseguido um valor de KMO de 0,818. No que à correlação com a população diz respeito, foi obtido para a perpetração, através do teste de esfericidade de Bartlett, $X^2(741) = 10826,411$, $p=0,000$, e para a vitimização $X^2(741) = 16154,227$, $p=0,000$ (Alexandra e Figueiredo, 2006).

Os componentes obtidos para a perpetração foram 5, sendo que o fator 1 é composto pelas questões seguintes: 19, 23, 31, 73, 27, 21, 75, 47, 33, 29 e 41, com um coeficiente de consistência de 0,88. O fator 2 é composto pelas seguintes questões: 3, 39, 1, 77, 5, 13 e 35, com um alfa de Cronbach de 0,84. O fator 3 é composto pelas questões 43, 37, 11, 45, 5, 49 e 67, para o qual se obteve um alfa de 0,64. As questões 9, 73, 37, 53, 17, 55, 7, 25 e 11 fazem parte do fator 4, com uma consistência interna de 0,65. Por último, o fator 5 conta com as questões 51, 63, 6, 15 e 41, e com um valor de consistência interna de 0,51 (Alexandra e Figueiredo, 2006).

Os componentes obtidos para a vitimização foram 4, tendo o fator 1 sido constituído pelas questões 20, 54, 32, 24, 8, 10, 56, 76, 48, 30, 10, 42 e 62, aqui com um alfa de Cronbach de 0,87. Por sua vez, o fator 2 conta com as perguntas 40, 2, 4, 78, 6 e 14, e apresenta um coeficiente de consistência interna de 0,85. O fator 3 é composto pelas questões 64, 52, 50, 34, 72, 68, 16, 64, 12, 18 e 38, com um $\alpha=0,72$. O último fator (4) é formado pelas perguntas 70, 54, 46, 74, 6, 8, 26, 34, 58, apresentando uma consistência interna igual a 0,54 (Alexandra e Figueiredo, 2006).

O *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) é um instrumento de identificação do consumo excessivo de álcool, criado pela Organização Mundial de Saúde, validado em 6 países, o que permitiu uma *standardização* internacional. É aplicado no âmbito dos cuidados de saúde primários, como um teste de despistagem, uma vez que é breve, flexível e rápido. Centra-se no consumo recente de álcool, e permite uma deteção precisa da dependência do álcool, utilizado em alguns estudos com estudantes universitários (Barbor *et al.*, 2001). O AUDIT conta com duas versões, uma aplicada por clínicos, a outra de auto-resposta, ambas constituídas por 10 itens, divididos em 3 dimensões: caracterização do uso (itens 1-3), sintomas de dependência (4-6), e consequências do consumo (7-10). A questão 1 tem como opções de resposta “nunca”, “uma vez por mês”, “duas a quatro vezes por mês”, “duas a três vezes por semana”, “quatro ou mais vezes por semana”. A questão 2 tem como opções de resposta “uma ou duas”, “três ou quatro”, “cinco ou seis”, “de sete a nove”, “dez ou mais”. Da questão 3 à questão 8 as possibilidades de resposta são “nunca”, “menos de uma vez por

mês”, “pelo menos uma vez por mês”, “pelo menos uma vez por semana” e “diariamente ou quase diariamente”. As últimas questões têm “não”, “sim, mas não nos últimos 12 meses” e “sim, aconteceu nos últimos 12 meses” como opções. A cotação das 8 primeiras questões varia de 0 a 4, já nas duas últimas varia de 0 a 2, o que equivale a uma pontuação máxima de 40 pontos. Com o AUDIT podemos identificar quatro padrões de consumo, de acordo com as pontuações obtidas: baixa probabilidade de consumo excessivo de álcool, para cotações iguais ou inferiores a 7 pontos; consumidor de risco para pontuações entre os 8 e 15 pontos; uso nocivo aquando resultados entre os 16 e 19 pontos; e provável dependência em pontuações iguais ou superiores a 20 pontos (Ministério da Saúde, 2011). Este questionário conta com 3 perguntas sobre o consumo (frequência, episódios de ingestão excessiva), 4 sobre sintomas de dependência (incapacidade de parar, ingestão desde o despertar, amnésias transitórias, culpabilidade) e 3 sobre problemas causados pelo consumo de álcool (dificuldade de realizar as atividades normais, auto e hetero-ferimentos, preocupação expressa pelos outros). Em termos de consistência interna, o AUDIT apresenta um alfa de Cronbach de 0,73 (Fonte & Mota-Cardoso, 2013).

3.3 Procedimento

Foram escolhidos os instrumentos a utilizar, tendo posteriormente sido obtidas as autorizações necessárias (Anexo 1) para a aplicação dos mesmos.

A recolha da amostra foi realizada em contexto de aula, pedindo-se aos professores das respetivas turmas autorização para o preenchimento dos questionários pelos seus alunos. Os requisitos para o preenchimento eram apenas dois: ser estudante universitário, e ter estado envolvido numa relação, pelo menos uma vez.

Foi utilizado o programa IBM SPSS *Statistics* 23 para a análise e interpretação dos dados.

Capítulo 4

Resultados

Para calcular as pontuações das escalas avaliadas, bem como, para averiguar as características demográficas da amostra, descritas acima, foram realizadas as operações necessárias.

De seguida, foram calculadas as médias e desvios-padrão para cada uma das escalas das CTS-2, com o total da amostra (ver Quadro 2), onde indicou:

Quadro 2

Descrição dos resultados das escalas das CTS-2

	Média	Desvio-padrão
Negociação	63,43	16,31
Abuso Físico Sem Sequelas	184,1	17,11
Abuso Físico Com Sequelas	93,82	8,9
Agressão Psicológica	109,35	17,81
Coerção Sexual	75,68	7,83

Procedeu-se ao cálculo da correlação de Pearson entre as escalas das CTS-2, para o total da amostra (ver Quadro 3). Foram encontradas correlações entre a escala Negociação e a escala Agressão Psicológica ($r=0,407$; $p=0,000$); entre a escala Abuso Físico Sem Sequelas e a escala Abuso Físico Com Sequelas ($r=0,863$; $p=0,000$), a escala Agressão Psicológica ($r=0,515$; $p=0,000$), e a escala Coerção Sexual ($r=0,521$; $p=0,000$); entre a escala Abuso Físico Com Sequelas e a escala Agressão Psicológica ($r=0,336$; $p=0,000$), e a escala Coerção Sexual ($r=0,422$; $p=0,000$); e ainda, entre a escala Agressão Psicológica e a escala Coerção Sexual ($r=0,342$; $p=0,000$). Entre as restantes não foram encontradas diferenças significativas.

Quadro 3

Correlação de Pearson nas escalas das CTS-2

	Negociação	Abuso Físico Sem Sequelas	Abuso Físico Com Sequelas	Agressão Psicológica	Coerção Sexual
Negociação		0,047	-0,024	0,407**	0,039
Abuso Físico Sem Sequelas			0,863**	0,515**	0,521**
Abuso Físico Com Sequelas				0,336**	0,422**
Agressão Psicológica					0,342**

**. $p<.01$

Ainda no que às CTS-2 diz respeito, efetuou-se o cálculo das médias e desvios-padrão das suas subescalas (Quadro 4).

Quadro 4

Descrição dos resultados das subescalas das CTS-2

	Média	Desvio-padrão
Negociação Emocional	31,74	8,428
Negociação Cognitiva	31,69	9,747
Agressão Psicológica Ligeira	49,97	12,708
Agressão Psicológica Severa	59,38	7,711
Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro	74,23	10,492
Abuso Físico Sem Sequelas Severo	109,87	9,017
Coerção Sexual Ligeira	44,10	7,027
Coerção Sexual Severa	63,16	5,052
Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro	30,57	4,432
Abuso Físico Com Sequelas Severo	63,25	5,546

Foi, de seguida, calculada a correlação de Pearson (ver Quadro 5) nas subescalas das CTS-2, com o total da amostra, verificando-se correlações entre a subescala Negociação Emocional e Negociação Cognitiva ($r=0,608$; $p=0,000$), Agressão Psicológica Ligeira ($r=0,313$; $p=0,000$) e ainda Agressão Psicológica Severa ($r=0,204$; $p=0,015$); entre a subescala Negociação Cognitiva e Agressão Psicológica Ligeira ($r=0,431$; $p=0,000$) e Agressão Psicológica Severa ($r=0,241$; $p=0,004$); entre a subescala Agressão Psicológica Ligeira e Agressão Psicológica Severa ($r=0,491$; $p=0,000$), Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro ($r=0,381$; $p=0,000$), Coerção Sexual Ligeira ($r=0,189$; $p=0,025$) e Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro ($r=0,216$; $p=0,010$); entre a subescala Agressão Psicológica Severa e Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro ($r=0,651$; $p=0,000$), Abuso Físico Sem Sequelas Severo ($r=0,554$; $p=0,000$), Coerção Sexual Ligeira ($r=0,312$; $p=0,000$), Coerção Sexual Severa ($r=0,495$; $p=0,000$), Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro ($r=0,444$; $p=0,000$) e Abuso Físico Com Sequelas Severo ($r=0,477$; $p=0,000$); entre a subescala Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro e Abuso Físico Sem Sequelas Severo ($r=0,536$; $p=0,000$), Coerção Sexual Ligeira ($r=0,348$; $p=0,000$), Coerção Sexual Severa ($r=0,498$; $p=0,000$), Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro ($r=0,697$; $p=0,000$) e Abuso Físico Com Sequelas Severo ($r=0,428$; $p=0,000$); entre a subescala Coerção Sexual Severa e Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro ($r=0,576$; $p=0,000$) e Abuso Físico Com Sequelas Severo ($r=0,856$; $p=0,000$); entre a Coerção Sexual Ligeira e o Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro ($r=0,200$; $p=0,018$); entre o Abuso Físico Sem Sequelas Severo e Coerção Sexual Severa ($r=0,861$; $p=0,000$), Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro ($r=0,703$; $p=0,000$) e Abuso Físico Com Sequelas Severo ($r=0,919$; $p=0,000$); e por fim, entre

a subescala Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro e Abuso Físico Com Sequelas Severo
($r=0,585$; $p=0,000$).

Quadro 5

Correlação de Pearson das subescalas das CTS-2

	Neg Emo	Neg Cog	AgrPsiL ig	AgrPsi Sev	AbFísSSe qLig	AbFísSSe qSev	CoerSex Lig	CoerSex Sev	AbFísCSe qLig	AbFísCSe qSev
Negociação Emocional		,608**	,313**	,204*	,094	-,030	,119	-,061	,036	-,046
Negociação Cognitiva			,431**	,241**	,096	-,031	,024	-,062	,037	-,080
Agressão Psicológica Ligeira				,491**	,381**	,130	,189*	,115	,216*	,079
Agressão Psicológica Severa					,651**	,554**	,312**	,495**	,444**	,477**
Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro						,536**	,348**	,498**	,697**	,428**
Abuso Físico Sem Sequelas Severo							,144	,861**	,703**	,919**
Coerção Sexual Ligeira								,125	,200*	,098
Coerção Sexual Severa									,576**	,856**
Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro										,585**

*. $p < .05$ **. $p < .01$

Procedeu-se ao cálculo das médias e desvios-padrão, entre as subescalas de perpetração (Quadro 6) das CTS-2.

Quadro 6

Descrição dos resultados das subescalas de perpetração das CTS-2

	Média	Desvio-padrão
Negociação Emocional	16,00	4,40
Negociação Cognitiva	15,96	4,97
Agressão Psicológica Ligeira	24,68	6,77
Agressão Psicológica Severa	29,55	4,36
Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro	36,89	5,99
Abuso Físico Sem Sequelas Severo	54,99	4,72
Coerção Sexual Ligeira	22,11	3,76
Coerção Sexual Severa	31,58	2,63
Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro	15,31	2,50
Abuso Físico Com Sequelas Severo	31,58	2,81

De seguida, foram calculadas as correlações de Pearson (ver Quadro 7) nas subescalas das CTS-2 da perpetração, com o total da amostra, verificando-se correlações entre a subescala Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro e Abuso Físico Sem Sequelas Severo ($r=0,523$; $p=0,000$), Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro ($r=0,460$; $p=0,000$), Abuso Físico Com Sequelas Severo ($r=0,408$; $p=0,000$), Agressão Psicológica Ligeira ($r=0,370$; $p=0,000$), Agressão Psicológica Severa ($r=0,704$; $p=0,000$), Coerção Sexual Ligeira ($r=0,443$; $p=0,000$), Coerção Sexual Severa ($r=0,489$; $p=0,000$); entre a subescala Abuso Físico Sem Sequelas Severo e Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro ($r=0,562$; $p=0,000$), Abuso Físico Com Sequelas Severo ($r=0,898$; $p=0,000$), Agressão Psicológica Severa ($r=0,488$; $p=0,000$), Coerção Sexual Severa ($r=0,849$; $p=0,000$); entre a subescala Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro e Abuso Físico Com Sequelas Severo ($r=0,593$; $p=0,000$), Agressão Psicológica Ligeira ($r=0,222$; $p=0,008$), Agressão Psicológica Severa ($r=0,422$; $p=0,000$) e Coerção Sexual Severa ($r=0,559$; $p=0,000$); entre a subescala Abuso Físico Com Sequelas Severo e Agressão Psicológica Severa ($r=0,415$; $p=0,000$), e Coerção Sexual Severa ($r=0,814$; $p=0,000$); entre a subescala Agressão Psicológica Ligeira e Agressão Psicológica Severa ($r=0,462$; $p=0,000$), Negociação Emocional ($r=0,331$; $p=0,000$), e Negociação Cognitiva ($r=0,418$; $p=0,000$); entre a subescala Agressão Psicológica Severa e Coerção Sexual Ligeira ($r=0,402$; $p=0,000$), Coerção Sexual Severa ($r=0,482$; $p=0,000$), Negociação Emocional ($r=0,179$; $p=0,034$) e Negociação Cognitiva ($r=0,222$; $p=0,008$); entre a subescala Coerção Sexual Ligeira e Coerção Sexual Severa ($r=0,198$; $p=0,019$); e ainda, entre a subescala Negociação Emocional e Negociação Cognitiva ($r=0,577$; $p=0,000$).

Quadro 7

Descrição das correlações de Pearson para as subescalas de perpetração das CTS-2

	AbFísS SeqLig	AbFísS SeqSev	AbFísCSe qLig	AbFís CSeqS ev	AgrPsiLi g	AgrPsiS ev	CoerSexLig	CoerSexSe v	NegEmo	NegCo g
Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro		,523**	,460**	,408**	,370**	,704**	,443**	,489**	,049	,117
Abuso Físico Sem Sequelas Severo			,562**	,898**	,141	,488**	,162	,849**	-,107	-,002
Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro				,593**	,222**	,422**	,164	,559**	,011	,031
Abuso Físico Com Sequelas Severo					,082	,415**	,109	,814**	-,099	-,057
Agressão Psicológica Ligeira						,462**	,155	,099	,331**	,418**
Agressão Psicológica Severa							,402**	,482**	,179*	,222**
Coerção Sexual Ligeira								,198*	,093	,017
Coerção Sexual Severa									-,130	-,074
Negociação Emocional										,577**

*.p<.05 **.p<.01

Foram calculadas as correlações entre as subescalas de perpetração CTS-2 e as características demográficas, de seguida descritas.

No que à perpetração diz respeito, não foram encontradas diferenças significativas entre géneros (ver Quadro 8), apesar de se verificar que, ao que parece, o género feminino ($M=16,24$; $DP=3,969$) utiliza mais a Negociação Emocional do que o género masculino ($M=15,76$; $DP=4,797$), a Negociação Cognitiva é mais utilizada pelo género feminino ($M=16,40$; $DP=4,879$), do que pelo género masculino ($M=15,54$; $DP=5,056$), a Agressão Psicológica Ligeira é mais utilizada pelas mulheres ($M=25,13$; $DP=6,806$) do que pelos homens ($M=24,24$; $DP=6,762$), no que à Agressão Psicológica Severa diz respeito, o género feminino ($M=29,79$; $DP=3,941$) utiliza-a mais do que o género masculino ($M=29,31$; $DP=4,762$), o mesmo ocorre com o Abuso Físico Sem Sequelas Severo, onde o género feminino ($M=55,03$; $DP=2,909$) predomina em relação ao género masculino ($M=54,94$; $DP=6,019$), na Coerção Sexual Ligeira há uma maior utilização por parte das mulheres ($M=22,26$; $DP=3,889$) do que por parte dos homens ($M=21,97$; $DP=3,645$), na subescala da Coerção Sexual Severa, é o género feminino ($M=31,81$; $DP=1,026$) que dá um maior uso, do que o género masculino ($M=31,35$; $DP=3,562$). Em sentido contrário, ou seja, com uma maior utilização das subescalas por parte do género masculino, vão as restantes subescalas onde, no Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro, o género masculino ($M=36,96$; $DP=6,479$) tem uma maior utilização do que o género feminino ($M=36,83$; $DP=5,498$), o mesmo ocorre com a subescala Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro, onde os homens ($M=15,39$; $DP=2,363$) superam as mulheres ($M=15,23$; $DP=2,644$), bem como no caso do Abuso Físico Com Sequelas Severo, sendo as mulheres ($M=31,56$; $DP=2,191$) ultrapassadas, em termos de utilização da subescala, pelos homens ($M=31,61$; $DP=3,323$).

Quadro 8

Diferenças de médias para as subescalas de perpetração, em função do género

	Feminino		Masculino		t
	M	DP	M	DP	
Negociação Emocional	16,24	3,969	15,76	4,797	0,650
Negociação Cognitiva	16,40	4,879	15,54	5,056	1,033
Agressão Psicológica Ligeira	25,13	6,806	24,24	6,762	0,778
Agressão Psicológica Severa	29,79	3,941	29,31	4,762	0,646
Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro	36,83	5,498	36,96	6,479	-0,128
Abuso Físico Sem Sequelas Severo	55,03	2,909	54,94	6,019	0,106
Coerção Sexual Ligeira	22,26	3,889	21,97	3,645	0,450
Coerção Sexual Severa	31,81	1,026	31,35	3,562	1,050
Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro	15,23	2,644	15,39	2,363	-0,393
Abuso Físico Com Sequelas Severo	31,56	2,191	31,61	3,323	-0,102

*p<.05

Na característica Área de Estudo (Quadro 9) encontramos diferenças significativas com a subescala Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro ($F(134)=2,505$; $p=0,033$), ao que foi possível apurar, através do *post-hoc* LSD, que as diferenças se encontram entre os cursos Ciências da Nutrição e Gestão de Recursos Humanos ($4,453$; $p=0,010$) e entre o curso de Turismo e Gestão de Recursos Humanos ($4,356$; $p=0,025$).

Quadro 9

Diferenças de médias para as subescalas de perpetração das CTS-2, em função da área de estudo

	EduFisDesp		EcoGesEmp		GRH		CiênNut		Tur		GestAero		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
NegEmo	16,20	4,008	15,40	2,793	15,14	4,816	17,80	2,731	16,45	4,886	17,09	5,300	1,130
NegCog	15,71	4,734	15,00	2,739	15,49	5,349	17,33	4,402	17,36	5,427	16,82	5,269	0,618
AgPsiLig	23,05	6,953	28,00	5,244	25,07	6,293	27,67	6,842	25,73	7,254	22,09	7,674	1,744
AgPsiSev	28,98	4,246	32,00	0,000	29,02	5,303	31,33	1,839	30,55	3,078	29,64	3,233	1,247
AbFisSSeqLig	36,49	6,100	39,60	0,894	35,28	7,319	39,73	0,458	39,64	1,206	38,64	2,803	2,505*
AbFisSSeqSev	55,49	2,158	56,00	0,000	53,89	7,085	55,87	0,516	56,00	0,000	56,00	0,000	1,050
CoerSexLig	22,07	3,416	22,00	4,472	21,63	4,156	23,20	2,833	23,82	0,603	21,45	5,241	0,954
CoerSexSev	32,00	0,000	32,00	0,000	30,98	4,082	31,93	0,258	32,00	0,000	32,00	0,000	0,982
AbFisCSeqLig	15,37	2,508	16,00	0,000	14,77	3,235	15,93	0,258	16,00	0,000	16,00	0,000	1,129
AbFisCSeqSev	32,00	0,000	32,00	0,000	31,00	4,367	31,87	0,516	32,00	0,000	32,00	0,000	0,810

*.p<.05

Na característica Estado Civil (ver Quadro 10) não foram encontradas diferenças significativas entre esta característica e as subescalas de perpetração das CTS-2. Contudo, parecem existir táticas mais utilizadas por determinada categoria: a subescala Negociação Emocional seria mais utilizada pelos estudantes casados ($M=16,71$; $DP=4,811$); Negociação Cognitiva estaria mais representada nos alunos em união de fato ($M=17,00$; $DP=4,397$); Agressão Psicológica Ligeira aparece mais em alunos em união de fato ($M=28,29$; $DP=3,251$); a subescala Agressão Psicológica Severa aparece mais representada nos alunos em união de fato ($M=56,00$; $DP=0,000$); no que à Coerção Sexual Ligeira diz respeito, quer os alunos divorciados, quer os alunos em união de fato são os que mais põe em prática esta tática ($M=24,00$; $DP=0,000$); a Coerção Sexual Severa parece ser mais utilizada quer por alunos divorciados, quer por alunos e m união de fato ($M=32,00$; $DP=0,000$); o Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro é mais posto em prática pelos alunos em união de fato ($M=16,00$; $DP=0,000$); por fim, na subescala Abuso Físico Com Sequelas Severo, quer os alunos divorciados, quer em união de fato, são os que mais utilizam esta tática ($M=32,00$; $DP=0,000$).

Quadro 10

Diferenças de médias para as subescalas de perpetração das CTS-2, em função do estado civil

	Solteiro		Casado		Divorciado		União de Fato		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
NegEmo	15,97	4,315	16,71	4,811	15,40	2,408	15,43	6,425	0,192
NegCog	15,77	5,009	16,79	5,366	16,80	4,550	17,00	4,397	0,333
AgPsiLig	24,68	6,731	23,93	7,741	21,80	8,319	28,29	3,251	0,386
AgPsiSev	29,48	4,412	28,50	5,155	30,60	3,130	32,00	0,000	0,345
AbFisSSeq Lig	36,63	6,261	36,93	5,771	40,00	0,000	38,86	2,610	0,767
AbFisSSeq Sev	54,99	4,930	54,07	4,999	56,00	0,000	56,00	0,000	0,355
CoerSexLi g	21,88	3,952	22,43	3,345	24,00	0,000	24,00	0,000	1,197
CoerSexSe v	31,53	2,876	31,64	1,336	32,00	0,000	32,00	0,000	0,116
AbFisCSe qLig	15,33	2,401	15,57	1,604	13,20	6,261	16,00	0,000	1,433
AbFisCSe qSev	31,63	2,742	30,86	4,276	32,00	0,000	32,00	0,000	0,404

Na característica Ano de Frequência (Quadro 11) não foram encontradas diferenças significativas entre esta característica e as subescalas de perpetração das CTS-2. Contudo, podemos identificar os anos que, ao que tudo indica, são aqueles em que há maior utilização de determinada tática. Os alunos do 2º ano são os que mais utilizam a subescala Negociação

Emocional (M=16,71; DP=4,811), mas é no 3º ano que encontramos a predominância do uso da maioria das subescalas: Negociação Cognitiva (M=17,00; DP=6,425); Agressão Psicológica Ligeira (M=28,29; DP=3,251); Agressão Psicológica Severa (M=32,00; DP=0,000); Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro (M=38,86; DP=2,610); Abuso Físico Sem Sequelas Severo (M=56,00; DP=0,000); Coerção Sexual Ligeira (M=24,00; DP=0,000); Coerção Sexual Severa (M=32,00; DP=0,000); Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro (M=16,00; DP=0,000); Abuso Físico Com Sequelas Severo (M=32,00; DP=0,000).

Quadro 11

Diferenças de médias para as subescalas de perpetração das CTS-2, em função do ano de frequência

	1º Ano		2º Ano		3º Ano		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
NegEmo	15,97	4,315	16,71	4,811	15,43	6,425	0,192
NegCog	15,77	5,009	16,79	5,366	17,00	4,397	0,333
AgPsiLig	24,68	6,731	23,93	7,741	28,29	3,251	0,386
AgPsiSev	29,48	4,412	28,50	5,155	32,00	0,000	0,345
AbFisSSeqLig	36,63	6,261	36,93	5,771	38,86	2,610	0,767
AbFisSSeqSev	54,99	4,930	54,07	4,999	56,00	0,000	0,355
CoerSexLig	21,88	3,952	22,43	3,345	24,00	0,000	1,197
CoerSexSev	31,53	2,876	31,64	1,336	32,00	0,000	0,116
AbFisCSeqLig	15,33	2,401	15,57	1,604	16,00	0,000	1,433
AbFisCSeqSev	31,63	2,742	30,86	4,276	32,00	0,000	0,404

De seguida, foram calculadas as médias e desvios-padrão das subescalas de vitimização (Quadro 12) das CTS-2.

Quadro 12

Descrição dos resultados das subescalas de vitimização das CTS-2

	Média	Desvio-padrão
Negociação Emocional	15,74	4,25
Negociação Cognitiva	15,72	5,03
Agressão Psicológica Ligeira	25,29	6,48
Agressão Psicológica Severa	29,84	3,74
Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro	37,33	5,28
Abuso Físico Sem Sequelas Severo	54,89	4,59
Coerção Sexual Ligeira	21,99	3,93
Coerção Sexual Severa	31,57	2,57
Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro	15,26	2,26
Abuso Físico Com Sequelas Severo	31,67	2,79

Procedeu-se então ao cálculo das correlações de Pearson entre as subescalas da vitimização das CTS-2 (ver Quadro 13).

Foram encontradas correlações entre as subescalas Negociação Emocional e Negociação Cognitiva ($r=0,613$; $p=0,000$), Agressão Psicológica Severa ($r=0,216$; $p=0,010$) e Agressão Psicológica Ligeira ($r=0,259$; $p=0,002$); entre a subescala Negociação Cognitiva e Agressão Psicológica Severa ($r=0,226$; $p=0,007$) e Agressão Psicológica Ligeira ($r=0,378$; $p=0,000$); entre a subescala Coerção Sexual Severa e Agressão Psicológica Severa ($r=0,458$; $p=0,000$), Abuso Físico Com Sequelas Severo ($r=0,833$; $p=0,000$), Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro ($r=0,505$; $p=0,000$), Abuso Físico Sem Sequelas Severo ($r=0,757$; $p=0,000$) e Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro ($r=0,391$; $p=0,000$); entre Coerção Sexual Ligeira e Agressão Psicológica Severa ($r=0,226$; $p=0,007$), Agressão Psicológica Ligeira ($r=0,169$; $p=0,045$), Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro ($r=0,169$; $p=0,045$) e Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro ($r=0,179$; $p=0,034$); entre a subescala Agressão Psicológica Severa e Agressão Psicológica Ligeira ($r=0,450$; $p=0,000$), Abuso Físico Com Sequelas Severo ($r=0,488$; $p=0,000$), Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro ($r=0,330$; $p=0,000$), Abuso Físico Sem Sequelas Severo ($r=0,538$; $p=0,000$) e Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro ($r=0,526$; $p=0,000$); entre a subescala Agressão Psicológica Ligeira e Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro ($r=0,353$; $p=0,000$); entre a subescala Abuso Físico Com Sequelas Severo e Abuso Físico Com Sequelas Severo e Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro ($r=0,506$; $p=0,000$), Abuso Físico Com Sequelas Severo ($r=0,859$; $p=0,000$), e Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro ($r=0,382$;

p=0,000); entre as subescalas Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro e Abuso Físico Sem Sequelas Severo ($r=0,603$; $p=0,000$) e Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro ($r=0,665$; $p=0,000$); e entre a subescala Abuso Físico Sem Sequelas Severo e Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro ($r=0,506$; $p=0,000$).

Quadro 13

Descrição das correlações de Pearson para as subescalas de vitimização das CTS-2

	Neg Emo	Neg Cog	CoerSex Sev	CoerSex Lig	AgrPsi Sev	AgrPsiLi g	AbFísCSe qSev	AbFísC SeqLig	AbFísSSe qSev	AbFísSSe qLig
Negociação Emocional		,613**	,013	,127	,216*	,259**	,015	,030	,044	,151
Negociação Cognitiva			-,035	,030	,226**	,378**	-,101	,031	-,045	,069
Coerção Sexual Severa				,072	,458**	,106	,833**	,505**	,757**	,391**
Coerção Sexual Ligeira					,226**	,169*	,070	,169*	,105	,179*
Agressão Psicológica Severa						,450**	,488**	,330**	,538**	,526**
Agressão Psicológica Ligeira							,063	,161	,119	,353**
Abuso Físico Com Sequelas Severo								,506**	,859**	,382**
Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro									,603**	,665**
Abuso Físico Sem Sequelas Severo										,506**
Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro										

*.p<.05 **.p<.01

Foram calculadas as correlações entre as subescalas de vitimização das CTS-2 e as características demográficas, de seguida descritas.

No que à categoria género diz respeito (ver Quadro 14), não foram encontradas diferenças significativas, mas podemos supor que, o género feminino, no que à vitimização diz respeito põe em prática as seguintes táticas: Negociação Emocional (M=16,00; DP=3,882); Negociação Cognitiva (M=16,10; DP=4,949); Coerção Sexual Severo (M=31,87; DP=0,588); Agressão Psicológica Severa (M=30,20; DP=3,437); Agressão Psicológica Ligeira (M=26,16; DP=6,081); Abuso Físico com Sequelas Severo (M=31,73; DP=2,153); Abuso Físico sem Sequelas Ligeiro (M=37,93; DP=4,164). No caso do género masculino, estes indivíduos aplicam as seguintes táticas: Coerção Sexual Ligeira (M=22,23; DP=3,265); Abuso Físico com Sequelas Ligeiro (M=15,31; DP=2,430) e Abuso Físico sem Sequelas Severo (M=54,96; DP=5,392).

Quadro 14

Diferenças de médias para subescalas de vitimização das CTS-2, em função do género

	Feminino		Masculino		t
	M	DP	M	DP	
Negociação Emocional	16,00	3,882	15,48	4,588	0,728
Negociação Cognitiva	16,10	4,949	15,35	5,124	0,882
Agressão Psicológica Ligeira	26,16	6,081	24,44	6,792	1,584
Agressão Psicológica Severa	30,20	3,437	29,48	3,999	1,148
Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro	37,93	4,164	36,75	6,159	1,337
Abuso Físico Sem Sequelas Severo	54,81	3,633	54,96	5,392	-0,185
Coerção Sexual Ligeira	21,74	4,510	22,23	3,265	-0,728
Coerção Sexual Severa	31,87	0,588	31,28	3,558	1,378
Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro	15,21	2,098	15,31	2,430	-0,250
Abuso Físico Com Sequelas Severo	31,73	2,153	31,61	3,323	0,260

No que à categoria Área de Estudo (ver Quadro 15) diz respeito, com um filtro para retirar Ciência Política, uma vez que conta com apenas um indivíduo, existem diferenças significativas na subescala Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro ($F(134)=2,518$; $p=0,033$), ao que foi possível apurar, através do *post-hoc* LSD, que as diferenças se encontram entre os cursos Educação Física e Desporto e Gestão de Recursos Humanos (1,262; $p=0,006$),

Ciências da Nutrição e Gestão de Recursos Humanos (1,512; $p=0,019$), Turismo e Gestão de Recursos Humanos (1,579; $p=0,031$), e entre Gestão Aeronáutica e Gestão de Recursos Humanos (1,579; $p=0,031$), e na subescala Agressão Psicológica Ligeira ($F(134)=2,518$; $p=0,033$), com diferenças significativas entre os alunos de Economia e Gestão de Empresas e Educação Física e Desporto (6,712; $p=0,026$), Economia e Gestão de Empresas e Gestão Aeronáutica (7,836; $p=0,023$), Ciências da Nutrição e Educação Física e Desporto (4,712; $p=0,015$) e Ciências da Nutrição e Gestão Aeronáutica (5,836; $p=0,021$).

Quadro 15

Diferenças de médias para as subescalas de vitimização das CTS-2, em função da área de estudo

	EduFisDesp		EcoGesEmp		GRH		CiênNut		Tur		GestAero		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
NegEmo	15,32	4,192	15,40	2,793	14,98	4,494	17,47	3,044	17,18	4,070	17,55	4,677	1,623
NegCog	15,12	4,900	15,60	3,050	15,42	5,451	17,00	4,106	16,64	5,573	17,00	5,177	0,552
AgPsiLig	23,49	6,603	30,20	2,490	25,56	5,925	28,20	5,348	26,73	7,129	22,36	8,334	2,518*
AgPsiSev	29,22	3,691	32,00	0,000	29,79	4,300	30,80	2,484	29,91	3,448	29,82	3,311	0,751
AbFisSSeqLig	36,44	5,381	39,40	1,342	36,30	6,514	39,73	0,594	39,55	1,214	39,36	1,804	2,243
AbFisSSeqSev	55,00	2,837	56,00	0,000	54,19	6,610	55,87	0,516	55,00	3,317	56,00	0,000	0,579
CoerSexLig	21,83	3,993	22,20	4,025	21,81	4,024	22,40	3,501	23,82	0,603	20,82	5,582	0,735
CoerSexSev	32,00	0,000	32,00	0,000	31,00	3,978	31,93	0,258	32,00	0,000	31,82	0,603	0,954
AbFisCSeqLig	15,68	1,422	16,00	0,000	14,42	3,179	15,93	0,258	16,00	0,000	16,00	0,000	2,857*
AbFisCSeqSev	32,00	0,000	32,00	0,000	31,19	4,373	31,93	0,258	32,00	0,000	32,00	0,000	0,535

*p<0,05

No que à categoria Estado Civil (ver Quadro 16) diz respeito, não foram encontradas quaisquer diferenças significativas com as subescalas de vitimização das CTS-2.

Sem diferenças significativas podemos apenas supor resultados, como por exemplo, o uso da Negociação Emocional predomina no grupo dos casados ($M=16,14$; $DP=3,718$); já no grupo dos divorciados predomina o uso das táticas Coerção Sexual Severa ($M=32,00$; $DP=0,000$), Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro ($M=16,00$; $DP=0,000$) e Abuso Físico Com Sequelas Severo ($M=32,00$; $DP=0,000$); nos casos de união de fato, as táticas mais utilizadas são Negociação Cognitiva ($M=16,5$; $DP=3,780$), Agressão Psicológica Ligeira ($M=26,43$; $DP=2,507$), Agressão Psicológica Severa ($M=32,00$; $DP=0,000$), Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro ($M=38,86$; $DP=2,610$), Abuso Físico Sem Sequelas Severo ($M=56,00$; $DP=0,000$), Coerção Sexual Ligeiro ($M=24,00$; $DP=0,000$), Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro ($M=16,00$; $DP=0,000$), Abuso Físico Com Sequelas Severo ($M=32,00$; $DP=0,000$).

Quadro 16

Diferenças de médias para as subescalas de vitimização das CTS-2, em função do estado civil

	Solteiro		Casado		Divorciado		União de Fato		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
NegEmo	15,78	4,219	16,14	3,718	14,40	4,159	15,14	6,203	0,254
NegCog	15,61	5,036	16,21	5,899	15,80	5,215	16,57	3,780	0,128
AgPsiLig	25,31	6,634	25,14	7,188	23,60	5,814	26,43	2,507	0,185
AgPsiSev	29,77	3,851	29,57	3,589	29,20	3,834	32,00	0,000	0,866
AbFisSSeqLig	37,21	5,309	37,93	5,269	36,40	8,050	38,86	2,610	0,322
AbFisSSeqSe	55,04	4,487	53,64	5,865	53,20	6,261	56,00	0,000	0,747
v									
CoerSexLig	21,72	4,229	22,71	2,054	23,20	1,789	24,00	0,000	1,110
CoerSexSev	31,58	2,750	31,21	2,082	32,00	0,000	31,86	0,378	0,163
AbFisCSeqLi	15,19	2,402	15,21	2,007	16,00	0,000	16,00	0,000	0,459
g									
AbFisCSeqSe	31,75	2,612	30,71	4,811	32,00	0,000	32,00	0,000	0,626
v									

No que à categoria Ano de Frequência (ver Quadro 17) diz respeito, não foram encontradas quaisquer diferenças significativas com as subescalas de vitimização das CTS-2.

Sem diferenças significativas podemos apenas supor resultados, como por exemplo, o uso da Negociação Emocional predomina no grupo dos alunos do 2ºano ($M=16,79$; $DP=3,779$), tal como no Abuso Físico Sem Sequelas Ligeiro ($M=38,63$; $DP=3,356$), Abuso Físico Sem Sequelas Severo ($M=55,66$; $DP=1,805$), Coerção Sexual Ligeiro ($M=22,39$; $DP=3,413$) e ainda Abuso Físico Com Sequelas Severo ($M=32,00$; $DP=0,000$). No grupo dos alunos do 3º ano verificamos que impera a utilização de Negociação Cognitiva ($M=16,40$; $DP=4,159$),

Agressão Psicológica Ligeira (M=30,40; DP=2,608), Agressão Psicológica Severa (M=32,00; DP=0,000), Coerção Sexual Severa (M=32,00; DP=0,000) e Abuso Físico Com Sequelas Severo (M=32,00; DP=0,000).

Quadro 17

Diferenças de médias para as subescalas de vitimização das CTS-2, em função do ano de frequência

	1º Ano		2º Ano		3º Ano		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
NegEmo	15,33	4,425	16,79	3,779	15,80	3,033	1,641
NegCog	15,73	4,965	15,61	5,415	16,40	4,159	0,055
AgPsiLig	25,04	6,194	25,26	7,351	30,40	2,608	1,641
AgPsiSev	29,51	4,049	30,39	2,927	32,00	0,000	1,652
AbFisSSeqLig	36,80	5,841	38,63	3,356	38,00	0,000	1,714
AbFisSSeqSev	54,59	5,340	55,66	1,805	54,80	2,683	0,738
CoerSexLig	21,82	4,163	22,39	3,413	22,20	3,033	0,302
CoerSexSev	31,41	3,062	31,95	0,324	32,00	0,000	0,672
AbFisCSeqLig	15,30	2,271	15,26	2,177	14,60	3,130	0,222
AbFisCSeqSev	31,52	3,347	32,00	0,000	32,00	0,000	0,437

De seguida, efetuaram-se os cálculos das correlações de Pearson, entre os itens do AUDIT (ver Quadro 18).

Encontraram-se correlações entre os itens Frequência e Bebida alcoólica/dia ($r=0,288$; $p=0,002$), Consumo de + 6 bebidas ($r=0,535$; $p=0,000$), Não cumprir expectativas ($r=0,210$, $p=0,028$), Culpas ou remorso ($r=0,290$; $p=0,002$), Blackout ($r=0,276$; $p=0,004$) e Ferimentos ou danos ($r=0,268$; $p=0,005$); entre Bebida alcoólica/dia e Consumo de + 6 bebidas ($r=0,407$; $p=0,000$), Beber pela manhã ($r=0,274$; $p=0,004$), Culpas ou remorso ($r=0,348$; $p=0,000$), Blackout ($r=0,358$; $p=0,000$), Ferimentos ou danos ($r=0,224$; $p=0,019$), e Preocupação dos outros ($r=0,315$; $p=0,001$); entre Consumo de + 6 bebidas e Não cumprir expectativas ($r=0,279$; $p=0,003$), Blackout ($r=0,252$; $p=0,008$), e Ferimentos ou danos ($r=0,330$; $p=0,000$); entre Incapacidade de parar e Beber pela manhã ($r=0,269$; $p=0,004$); entre Não cumprir as expectativas e Culpas ou remorso ($r=0,209$; $p=0,029$); entre Beber pela manhã e Culpas ou remorso ($r=0,349$; $p=0,000$), Blackout ($r=0,300$; $p=0,001$), Preocupação dos outros ($r=0,447$; $p=0,000$); entre Culpas ou remorso e Blackout ($r=0,376$; $p=0,000$), Ferimentos ou danos ($r=0,312$; $p=0,001$), Preocupação dos outros ($r=0,239$; $p=0,012$); entre Blackout e Ferimentos ou danos ($r=0,198$; $p=0,038$) e Preocupação dos outros ($r=0,408$; $p=0,000$).

Quadro 18

Descrição das correlações de Pearson Item-Item, do AUDIT

	Frequência	Bebida alcoólica/dia	Consumo de + 6 bebidas	Incapacidade de parar	Não cumprir expectativas	Beber pela manhã	Culpas ou remorso	Blackout	Ferimentos ou danos	Preocupação dos outros
Frequência		,288**	,535**	-,051	,210*	,077	,290**	,276**	,268**	,134
Bebida alcoólica/dia			,407**	-,050	,089	,274**	,348**	,358**	,224*	,315**
Consumo de + 6 bebidas				-,046	,279**	-,053	,107	,252**	,330**	,026
Incapacidade de parar					,017	,269**	,158	-,059	-,022	-,028
Não cumprir expectativas						-,073	,209*	,047	,063	-,035
Beber pela manhã							,349**	,300**	,138	,447**
Culpas ou remorso								,376**	,312**	,239*
Blackout									,198*	,408**
Ferimentos ou danos										,136
Preocupação dos outros										

*,p<.05 **p<.01

Procedeu-se à categorização dos resultados do AUDIT ($M=1,17$; $DP=0,447$), com o total da amostra (ver Quadro 19). Verifica-se que 85,1% se encontra na categoria da “Baixa probabilidade de consumo excessivo de álcool” ($N=120$), 13,5% são “Consumidores de risco” ($N=19$), e às últimas duas categorias, “Uso nocivo” e “Provável dependência” pertence apenas um indivíduo para cada ($N=1$; 0,7%).

Quadro 19

Descrição dos resultados relativos às categorias do AUDIT

	N	%
Baixa Probabilidade de Consumo Excessivo de Álcool	120	85,1
Consumidor de Risco	19	13,5
Uso Nocivo	1	0,7
Provável dependência	1	0,7

De seguida, relacionamos estas categorias obtidas através do AUDIT, com as várias características demográficas.

Através do *crosstabs* foi possível perceber que, no que ao género diz respeito ($X^2(3)=5,105$; $p=0,164$), existem 64 indivíduos do género feminino e 56 do género masculino, na categoria Baixa Probabilidade de Consumo Excessivo de Álcool, como Consumidor de Risco temos 6 mulheres e 13 homens, já nas duas últimas categorias, Uso Nocivo e Provável dependência, encontramos em ambas, 1 indivíduo do género masculino.

No que à categoria Estado Civil ($X^2(9)=12,531$; $p=0,185$) diz respeito, 96 sujeitos solteiros ($N=115$), 13 casados ($N=14$), 5 divorciados ($N=5$) e 6 que vivem em união de fato ($N=7$), encontram-se na categoria de Baixa Probabilidade de consumo excessivo de álcool. Os 18 Consumidores de Risco são solteiros, existindo ainda 1 indivíduo em união de fato que se encontra nesta categoria. Um indivíduo solteiro demonstra um Uso Nocivo de álcool. Como provável dependência deparamo-nos com um sujeito casado.

Quando nos referimos à Área de Estudo ($X^2(18)=17,679$; $p=0,477$) deparamo-nos com 29 indivíduos, da área de Educação Física e Desporto ($N=41$), com baixa probabilidade de consumo excessivo de álcool, 11 consumidores de risco, e 1 com provável dependência. Em Economia e Gestão de Empresas ($N=5$), os seus 5 estudantes encontram-se na categoria de baixa probabilidade de consumo excessivo de álcool. Gestão de Recursos Humanos, sendo o maior grupo representado na amostra ($N=57$) conta com 52 dos seus alunos na categoria de baixa probabilidade de consumo excessivo de álcool, 4 consumidores de risco e 1 com uso

nocivo de álcool. No curso de Turismo (N=11) encontramos 10 estudantes com uma baixa probabilidade de consumo excessivo de álcool e 1 consumidor de risco. Na área de Gestão Aeronáutica, 8 dos seus 11 alunos apresentam uma baixa probabilidade de consumo excessivo de álcool, e os restantes 3 pertencem ao grupo dos consumidores de risco. O único aluno de Ciência Política e Relações Internacionais, é um indivíduo com baixa probabilidade de consumo excessivo de álcool.

Por fim, quando nos referimos ao ano de frequência dos estudantes ($X^2(6)=1,769$; $p=0,940$), verificamos que a predominância do consumo de álcool se encontra nos estudantes do 1º ano (N=98), onde 82 destes alunos apresentam uma baixa probabilidade de consumo excessivo de álcool, 14 são consumidores de risco, 1 apresenta um uso nocivo, e um último encontra-se numa provável dependência. No 2º ano encontramos 33 estudantes com uma baixa probabilidade de consumo excessivo de álcool, e 5 consumidores de risco. Os 5 alunos do 3º ano apresentam uma baixa probabilidade de consumo excessivo de álcool.

Realizou-se a ANOVA para perceber se existia relação entre as subescalas de perpetração das CTS-2 e as categorias do AUDIT, onde se encontrou apenas um resultado significativo com a subescala Coerção Sexual Ligeira ($F(3)=3,273$; $p=0,023$), onde a categoria Baixa Probabilidade de Consumo Excessivo de Álcool apresentou um $M=22,48$ e um $DP=3,376$, a categoria Consumidor de Risco apresentou um $M=20,32$ e um $DP=5,207$, a categoria Uso Nocivo um $M=15$ e a categoria Provável Dependência um $M=20$.

Já para encontrar uma possível relação entre as subescalas de vitimização das CTS-2 e as categorias do AUDIT, realizou-se uma ANOVA. Concluiu-se que não existe relação entre o consumo de álcool e a vitimização.

Discussão

Apesar das evidências encontradas na literatura, não existem quaisquer diferenças significativas à hipótese 1 (“Espera-se que, em função do género, o género masculino seja mais frequentemente o agressor, e o género feminino o mais frequentemente agredido”) colocada inicialmente, quando nos referimos ao género dos sujeitos que perpetuam violência, ou mesmo entre aqueles que sofrem de atos de violência no seio de relacionamentos íntimos, o que vem infirmar outros estudos, tais como, o de Coker *et al.* (2000), que identificou as mulheres como um grupo com maior vulnerabilidade, perda de controlo e poder, e aprisionamento como uma consequência de comportamentos abusivos por parte dos companheiros, o de Carbone-López *et al.* (2006), no qual se concluiu que, apesar de ambos os géneros denotarem tipos semelhantes de VPI, existem diferenças entre géneros, com os homens a apresentarem uma menor prevalência de diferentes tipos de VPI, o de Zaleski *et al.* (2010) que afirma que, apesar dos homens serem considerados mais violentos, as mulheres apresentam maior envolvimento na perpetração leve e grave, o de Vieira (2013), onde se verificou que há uma maior legitimação da violência por parte do sexo masculino, o mesmo tendo sido verificado por Ventura *et al.* (2013), que acredita serem as conceções tradicionais que legitimam e desculpabilizam as agressões dos homens às mulheres, e ainda por Fleming *et al.* (2015), que considera que a base para a VPI se encontra nas normas e desigualdades de género, ou Lindner *et al.* (2015), que concluiu que quanto mais grave é o ato, maior é a ocorrência deste nas mulheres, se bem que, as mulheres, em termos de violência física moderada, demonstram uma prevalência semelhante aos homens, apesar de, neste mesmo estudo, as mulheres terem declarado cometer tantos atos violentos, quanto referiram para os homens.

No que à hipótese 2 diz respeito (“Espera-se que os jovens apresentem consumos de álcool de grande gravidade”), com a análise de dados que foi realizada, verificamos que a maioria (85,1%) dos estudantes que participaram neste estudo não demonstram consumos de grande gravidade. Se por um lado, a literatura mostra-nos que os estudantes universitários denotam elevados consumos de bebidas alcoólicas no contexto universitário, tal como foi concluído por Silva *et al.* (2006) que nos indicam que o consumo de substância psicoativas, de entre as quais o álcool, é comum entre os estudantes universitários, Lorant *et al.* (2013) mostram-nos que, entre estudantes universitários, há uma média de três episódios de consumo abusivo por mês, Soares *et al.* (2015) revela-nos uso abusivo do álcool em grande parte da amostra, bem como, vulnerabilidade a uma possível dependência de álcool, por outro, este estudo não conta com um número suficiente de estudantes com consumos de gravidade (N=21), mas quando

nos referimos aos estudantes que utilizam táticas de perpetração, encontramos evidências, uma vez mais, de que só os indivíduos com baixa probabilidade de consumo excessivo de álcool, infirmo estudos anteriores, é que demonstram a maior perpetração da tática de coerção sexual ligeira.

Tendo em conta a hipótese 3 (“Espera-se que estudantes que apliquem táticas de vitimização apresentem um maior consumo de álcool”) verificamos que não foi encontrada esta associação, contrariando estudos de Ávila (2013), que nos mostra a associação entre o consumo de álcool e a vitimização das mulheres por abuso físico sem sequelas e agressão psicológica e a vitimização dos homens através de abuso físico com sequelas, agressão psicológica e coerção sexual, e de Devries *et al.* (2013) que concluiu que existe uma associação entre o consumo de álcool e a vitimização de violência física ou sexual entre as mulheres,.

Por último, a hipótese 4 (“Espera-se que estudantes que apliquem táticas de perpetração apresentem um maior consumo de álcool”) infirma, por um lado, estudos anteriores, de Oliveira *et al.* (2009) que indicam que, aquando das agressões, o elemento de sexo masculino consumiu álcool antes de partir para a agressão, como ainda no mesmo estudo se afirma que não houve qualquer consumo prévio às agressões, indo de encontro aos resultados obtidos neste estudo.

Quanto à questão que foi levantada no início da investigação (“Existirão diferenças significativas entre violência perpetrada e violência vitimada no que concerne à área de estudo?”), tendo em conta a área de estudo dos sujeitos, encontraram-se diferenças significativas na perpetração do Abuso Físico sem Sequelas Ligeiro, no qual, os alunos de Ciências da Nutrição, Gestão de Recursos Humanos e Turismo surgem como os cursos onde há mais a prática desta tática. No que concerne à vitimização, os estudantes de Educação Física e Desporto, Gestão de Recursos Humanos, Ciências da Nutrição, Turismo e Gestão Aeronáutica são mais vítimas de Abuso Físico Com Sequelas Ligeiro, e os estudantes de Economia e Gestão de Empresas, Educação Física e Desporto, Gestão Aeronáutica e Ciências da Nutrição sofrem mais agressões psicológicas ligeiras.

Conclusão

Com dois temas que recentemente convergiram numa preocupação real, torna-se necessário, por tudo o que já foi anteriormente referido, estudar na realidade académica a associação entre o consumo de álcool, muito presente nas vivências académicas, e a vitimização ou perpetração de violência entre parceiros íntimos. Este estudo tencionava, não só, encontrar uma correlação entre o consumo de álcool e a violência entre parceiros íntimos, mas igualmente, perceber quais as estratégias mais utilizadas para lidar com uma situação de violência. Podemos concluir que, com base nesta amostra, não foi possível encontrar a associação esperada, tendo em conta a literatura.

Neste estudo deparámo-nos com algumas limitações, tais como, uma amostra que não é significativa da população, bem como, a impossibilidade de controlo de algumas variáveis, das quais a desejabilidade social é a que mais se evidencia.

Continua, no entanto, a ser imperativa uma abordagem contínua da realidade da violência entre parceiros íntimos, bem como, as consequências que o consumo excessivo de álcool tem nas capacidades físicas e cognitivas dos indivíduos.

Para estudos futuros é imprescindível um número maior de participantes, para que seja possível apresentar uma amostra representativa da população, e que seja dada maior importância às áreas de estudo dos estudantes, podendo existir uma relação significativa entre estas e o consumo de álcool e a violência entre parceiros íntimos.

Bibliografia

- Agante, D. (2009). Comportamentos Relacionados com o Consumo de Bebidas Alcoólicas durante as Festas Académicas nos Estudantes do Ensino Superior. Dissertação de Mestrado Não-Publicada apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Alexandra, C., & Figueiredo, B. (2006). Versão Portuguesa das “Escala de Táticas de Conflito Revisadas”: estudo de validação. *Psicologia: Teoria e Prática*, pp.14-39.
- Anacleto, A., Njaine, K., Longo, G., Boing, A., & Peres, K. (2009). Prevalência e factores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, Brasil, 2007. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(4) pp.800-808.
- Ávila, A. (2013). Violência entre Parceiros Íntimos: análise da relação com o consumo de drogas e álcool numa amostra de estudantes do ensino superior. Dissertação de Mestrado Não-Publicada apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). The Alcohol Use Disorder Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. (Second Ed.). *World Health Organization, Department of Mental Health And Substance Dependence*.
- Baptista, M. (2013). Representações da violência entre parceiros íntimos em estudantes universitários de Coimbra [Resumo]. Tese apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra para a obtenção do grau de mestre, orientada por Rui Paixão, Coimbra.

- Cabral, L. (s/d). Alcoolismo Juvenil. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Obtido em 29 de Janeiro de 2016, de ipv.pt: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/14.pdf>
- Caetano, R., Chafer, J. & Cunradi, C. (2001). Alcohol-Related Intimate Partner Violence Among White, Black, and Hispanic Couples in the United States. *Alcohol and Alcohol Problems Science Database*. Vol.25, No 1, pp.58-65.
- Carbone-López, K., Kruttschnitt, C. & Macmillan, R. (2006). Patterns of Intimate Partner Violence and Their Associations with Physical Health, Psychological Distress, and Substance Use. *Public Health Reports*. Vol. 121, pp. 382-392.
- Carcach, C. & James, M. (1998). Homicide between Intimate Partners in Australia. *Trends and Issues in Crime and Criminal Justice No 90*.
- Carlini, E., Nappo, S., Galduróz, J. & Noto, A. (2001). Drogas psicotrópicas – o que são e como agem. *Revista IMESC*, No 3, pp. 9-35.
- Carmo, R., Grams, A. & Magalhães, T. (2011). Men as victims of intimate partner violence. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 18, 355-359.
- Coker, A., Smith, P., McKeown, R. & King, M. (2000). Frequency and Correlates of Intimate Partner Violence by Type: Physical, Sexual, and Psychological Battering. *American Journal of Public Health*, 90,4.
- Costa, N. & Pombo, S. (2011). Sobre a violência relacionada com o uso de drogas. *Revista Toxicodependências*. Vol. 17, pp.3-11.
- Cunradi, C., Mair, C., Todd, M. & Remer, L. (2012). Drinking Context and Intimate Partner Violence: Evidence From the California Community Health Study of Couples. *Journal of Studies on alcohol and drugs*. Pp. 731-739.

- Dalhberg, L. & Krug, E. (2006). Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*. Pp. 1163-78.
- Decreto-Lei nº106/2015 de 16 de junho. Ministério da Saúde.
- Dermen, K. & George, W. (1987). Alcohol expectancy and the relationship between drinking and physical aggression. *The Journal of Psychology*, 123(2), 153-161.
- Devries, K., Child, J., Bacchus, L., Mak, J. Falder, G., Graham, K., Watts, C. & Heise, L. (2013). Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 109, pp. 379-391.
- Douglas, E. & Hines, D. (2011). The Helpseeking Experiences of Men Who Sustain Intimate Partner Violence: Na Overlooked Population and Implications for Practice. *Journal of Family Violence*, pp. 473-485.
- Dutton, D. (1998). *The Abusive Personality: violence and control in intimate relationships*. New York: The Guilford Press.
- Esquivel-Santoveña, E. & Dixon, L. (2012). Investigating the true rate of physical intimate partner violence: A review of nationally representative surveys. *Aggression and Violent Behavior*, 17, pp. 208-219.
- Field, C., Caetano, R. & Nelson, S. (2004). Alcohol and Violence Related Cognitive Risk Factors Associated with the Perpetration of Intimate Partner Violence. *Journal of Family Violence*, Vol. 19, No 4, pp. 249-253.
- Figueiredo, B. & Paiva, C. (2008). Versão portuguesa das Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *Avaliação Psicológica (Vol. III): Instrumentos validados para a população portuguesa*, pp. 101-121. Coimbra: Quarteto Editora.

- Finneran, C. & Stephenson, R. (2013). Intimate Partner Violence among Men Who Have Sex with Men: A systematic Review. *Trauma Violence Abuse*, 14(2), pp. 168-85.
- Fleming, P., McCleary-Sills, J., Morton, M., Levtoy, R., Heilman, B. & Barker, G. (2015). Risk Factors for Men's Lifetime Perpetration of Physical Violence against Intimate Partners: Results from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES) in Eight Countries. *PloS One*. 10(3).
- Fonte, A. & Mota-Cardoso, R. (2013). MAST e AUDIT. Avaliação de Características Psicométricas em Doentes com Dependência de Álcool. *Acta Med Port* 2013. Jul-Aug; 26(4): 335-340.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M., Heise, L. & Watts, C. (2006). WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. *WHO Library Cataloging-in-Publication Data*.
- Holtzworth-Munroe, A. & Stuart, G. (1994). Typologies of Male Batterers: Three Subtypes and the differences Among Them. *Psychological Bulletin*, vol. 116, no 3, pp. 476-497. American Psychological Association.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. (2002). Relatório mundial sobre violência e saúde. *Organização Mundial de Saúde*. Genebra.
- Lindner, S., Coelho, E., Bolsoni, C., Rojas, P. & Boing, A. (2015). Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 31(4): 815-826.
- Lipsky, S., Caetano, R., Field, C. & Larkin, G. (2005). Is There a Relationship between Victim and Partner Alcohol Use During an Intimate Partner Violence Event? Findings

From an Urban Emergency Department Study of Abused Women. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(3), 407-412.

Lorant, V., Nicaise, P., Soto, V. & Hoore, W. (2013). Alcohol drinking among college students: college responsibility for personal troubles. *BMC Public Health*. Obtido em 29 de Janeiro de 2016, de biomedcentral.com: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-615>

Mair, C., Cunradi, C., Gruenewald, P., Todd, M. & Remer, L. (2013). Drinking context-specific associations between intimate partner violence and frequency and volume of alcohol consumption. *Addiction*, 108, pp.2102-2111.

Martins, A. (2009). Consumo e abuso de álcool. Gabinete de Apoio Psicopedagógico da Universidade de Lisboa. Obtido a 8 de maio de 2016 de: ciencias.ulisboa.pt/sites/default/files/fcul/institucional/gapsi/Consumo_e_abuso_de_Alcool.pdf

Mello, M., Barrias, J. & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Mendes, E. & Cláudio, V. (2010). Crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem, engenharia e psicologia acerca da violência doméstica. *Nogueira, et al. (Eds.), Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, pp. 3219-3230. Braga: Universidade do Minho.

Ministério da Saúde (2011). Rede de Referenciação/Articulação para os Problemas Ligados ao Álcool. Obtido em 7 de Dezembro de 2015, de ordemenfermeiros.pt: www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/redereferenciacaoarticulacaoproblemasligadosalcool.pdf

- Moore, T., Elkins, S., McNulty, J., Kivisto, A. & Handsel, V. (2011). Alcohol use and intimate partner violence perpetration among college students: Assessing the temporal association using electronic diary technology. *Psychology of Violence*, Vol. 1(4), pp.315-328.
- Oliveira, J., Lima, M., Simão, M., Cavariani, M., Tucci, A. & Kerr-Corrêa, F. (2009). Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados. *Rev Panam Salud Publica*, 26(6), pp. 494-501.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra: Autor.
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014*. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo 2015.
- Pallitto, C., García-Moreno, C., Jansen, H., Heise, L., Ellsberg, M. & Watts, C. (2013). Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 120, pp. 3-9.
- Parks, K., Hsieh, Y., Bradizza, C. & Romosz, A. (2008). Factors Influencing the Temporal Relationship between Alcohol Consumption and Experiences with Aggression among College Women. *Psychol Addict Behav*, 22(2), pp. 210-218.
- Pedrosa, A., Camacho, L., Passos, S. & Oliveira, R. (2011). Consumo de álcool entre estudantes universitários. *Cadernos de Saúde Pública*, pp.1611-1621.
- Pereira, A., Vieira, D. & Magalhães, T. (2013). Fatal intimate partner violence against women in Portugal: A forensic medical national study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 20, pp. 1099-1107.

- Poiares, C. (Ed.). (2012). *Manual de Psicologia Forense e da Exclusão Social*. (C. A. Poiares: 1ª ed., Vol. 1). Lisboa: Edições Universitárias Lusófona.
- Ramis, T., Mielke, G. & Hallal, P. (2012). Smoking and alcohol consumption among university students: prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(2): 376-85.
- Rodrigues, P., Salvador, A., Lourenço, I. & Santos, L. (2014). Padrões de consumo de álcool em estudantes da Universidade de Aveiro: Relação com comportamentos de risco e stress. *Análise Psicológica*. 4, pp. 453-466.
- Room, R., Barbor, T. & Rehm, J. (2005). Alcohol and Public Health. *Lancet*, vol.365, 519-30.
- Santana, S. & Negreiros, J. (2008). Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. *Revista Toxicodependências*, pp. 17-24.
- Silva, N. (2007). Dinâmica Afectiva e Dependência de Álcool. *Revista Toxicodependências*, pp. 43-48. Vol. 13.
- Silva, L., Malbergier, A., Stempluk, V. & Andrade, A. (2006). Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública*, pp- 280-88.
- Silva, E. & Tucci, A. (2014). Estudo transversal sobre o uso de risco de álcool em uma amostra de estudantes de uma universidade federal brasileira. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, pp. 317-25.
- Silva, L., Vieira, N. & Falavigna, M. (2015). A Incidência do Consumo de Álcool entre Graduandos do Curso de Administração de uma Instituição de Ensino Superior Privada do Médio Vale do Paraíba. *REENVAP, Larena*, n. 07.

- Sinclair, M., McRee, B. & Babor, T. (1992). Evaluation of the Reliability of AUDIT. *University of Connecticut school of Medicine, Alcohol Research Center*, (relatório não publicado).
- Soares, W., Barros, K., Araujo, T., Finelli, L. & Jones, K. (2015). Álcool como Mediador Social em Universitários. *Rev Bras Promoç Saúde*, pp. 427-433.
- Straus, M. (1979). Measuring Intrafamily Conflict and Violence. *Journal of Marriage and the Family*, pp. 195-197.
- Straus, M., Hamby, S., Boney-McCoy, S. & Sugarman, D. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales: Development and Preliminary Psychometric Data. *Western Psychological Services*, pp. 283-316.
- Straus, M. (2005). Women's violence toward men is a serious social problema. *Current controversies on family violence*, pp. 55-77.
- Ventura, M., Frederico-Ferreira, M. & Magalhães, M. (2013). Violência nas relações de intimidade: crenças e atitudes de estudantes do ensino secundário. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 95-103.
- Vieira, A. (2013). Representações Sociais da Violência entre Parceiros Íntimos numa amostra de estudantes do ensino superior: o género fará diferença?. Dissertação de Mestrado Não-Publicada apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Wingood, G., DiClemente, R. & Raj, A. (2000). Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *American Journal of Preventive Medicine*. Obtido em 7 de Janeiro de 2016, de ncbi.nlm.nih.gov: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11064231.

World Health Organization (2006). *Intimate Partner Violence and Alcohol*. Obtido em 3 de Janeiro de 2016, de who.int: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_intimate.pdf

Zaleski, M., Pinsky, I., Laranjeira, R., Ramisetty-Mikler, S. & Caetano, R. (2010). Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. *Rev Saúde Pública*, 44(1), pp 53-59.

Anexos

Anexo 1: Autorização para a aplicação da versão portuguesa das CTS-2

De: Catarina Carvalho <catarinarbccarvalho@gmail.com>
Enviado: sexta-feira, 15 de janeiro de 2016 12:01
Para: psicarlapaiva@hotmail.com
Assunto: Estudo sobre violência entre parceiros íntimos com a Versão Portuguesa das Escalas de "Táticas de Conflito Revisadas"

Bom dia,

O meu nome é Catarina Carvalho, sou aluna da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no mestrado de Psicologia Forense e da Exclusão Social, e estou a desenvolver uma tese de mestrado sobre violência entre parceiros íntimos.

Em primeiro lugar, peço imensa desculpa por estar a incomodá-la no seu endereço de e-mail pessoal, mas tentei contactá-la através de cpaiva@psi.uminho.pt e de cpaiva@iep.uminho.pt, mas os e-mails eram-me devolvidos.

Em segundo, e o que me fez entrar primeiramente em contacto consigo, pretendo utilizar no meu estudo a versão portuguesa das Escalas de "Táticas de Conflito Revisadas", e gostaria de saber se seria possível facultar-me o instrumento. Queria desde já agradecer a sua disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Catarina Carvalho

De: Carla Alexandra Paiva psicarlapaiva@hotmail.com

Enviado: 17 de janeiro de 2016

Cara Dr^a Catarina

Tem autorização para utilizar a versão portuguesa das CTS2. A escala é enviada em anexo juntamente com a folha de resposta.

O artigo de validação está disponível online em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872006000200002

Psicologia: teoria e prática - Versão Portuguesa das ...
pepsic.bvsalud.org

Psicologia: teoria e prática versão impressa ISSN 1516-3687 Psicol. teor. prat. v.8 n.2 São Paulo dez. 2006.

Bom trabalho, e se necessitar de mais algum esclarecimento volte a contactar.

Com os meus melhores cumprimentos,
Carla Alexandra Paiva

Anexo 2: Protocolo de avaliação

Este questionário enquadra-se na investigação da avaliação da influência do álcool na violência entre parceiros íntimos. Está integrado na tese de mestrado em Psicologia Forense e da Exclusão Social, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

O seguinte questionário é composto por dois conjuntos de escalas que se referem às táticas de conflito e ao consumo de álcool. Recordamos que não há respostas certas nem erradas e que estas serão confidenciais e anónimas, pretende-se apenas obter a sua opinião sincera, destinando-se exclusivamente para fins de investigação.

Por favor, certifique-se de que responde a todas as secções do questionário de forma a validar a sua participação neste estudo.

Obrigada pela sua colaboração!

Catarina Carvalho.

1. Dados Sociodemográficos

- a. Idade: ____ anos
- b. Género: Feminino Masculino
- c. Nacionalidade: Portuguesa Outra: _____
- d. Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado União de Facto
- e. Área de Estudo: _____
- f. Ano de Frequência: ____º ano (Licenciatura ou Mestrado)

2. Escala de Táticas de Conflito Revisadas (CTS2)

(versão validada para a população portuguesa por Alexandra & Paiva, 2006)

Independentemente de duas pessoas se darem bem ou não, há alturas em que discutem, ficam aborrecidas uma com a outra, pretendem coisas diferentes uma da outra, ou têm quezílias ou brigas apenas porque estão de mau humor, cansadas ou por qualquer outra razão.

As pessoas têm também formas diversas de tentarem resolver as suas diferenças. A seguir, encontrará uma lista de coisas que podem acontecer quando duas pessoas têm diferenças. Por favor, assinale quantas vezes aconteceu que, de há um ano para cá, você tenha feito cada uma dessas coisas e, também, quantas vezes aconteceu que, de há um ano para cá, o seu companheiro o fizesse. Se não aconteceu que você, ou o seu companheiro/a, tenha feito qualquer uma dessas coisas no último ano, mas isso já aconteceu antes, marque um “7” na folha de resposta para a questão correspondente. Se isso nunca aconteceu, marque um “8” na folha de resposta.

Quantas vezes isto aconteceu?							
Uma vez, de há um ano para cá	2 vezes, de há um ano para cá	3-5 vezes, de há um ano para cá	6-10 vezes, de há um ano para cá	11-20 vezes, de há um ano para cá	Mais de 20 vezes, de há um ano para cá	Não de há um ano para cá, mas isso já aconteceu antes	Isso nunca aconteceu
1	2	3	4	5	6	7	8

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Mostrei ao meu companheiro/a que me preocupava com ele/a, mesmo que discordássemos								
2. O meu companheiro/a mostrou que se preocupava comigo, mesmo que discordássemos								
3. Numa discussão, expliquei ao meu companheiro/a o meu ponto de vista								
4. O meu companheiro/a explicou-me o seu ponto de vista numa discussão								
5. Insultei ou roguei pragas ao meu companheiro/a								
6. O meu companheiro/a fez isso comigo								

	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Atirei ao meu companheiro/a alguma coisa que o/a poderia magoar								
8. O meu companheiro/a fez isso comigo								
9. Torci o braço ou puxei o cabelo ao meu companheiro/a								
10. O meu companheiro/a fez isso comigo								
11. Tive um entorse, pisadura, ferida ou um pequeno corte por causa de uma luta com o meu companheiro/a								
12. O meu companheiro/a teve um entorse, pisadura, ferida ou pequeno corte por causa de uma luta comigo								
13. Mostrei respeito pelos sentimentos do meu companheiro/a acerca de um assunto								
14. O meu companheiro/a mostrou respeito pelos meus sentimentos acerca de um assunto								
15. Fiz o meu companheiro/a ter relações sexuais sem preservativo								
16. O meu companheiro/a fez isso comigo								
17. Empurrei ou apertei o meu companheiro/a								
18. O meu companheiro/a fez isso comigo								
19. Usei a força (e.g., batendo, detendo, ou usando uma arma) para fazer com que o meu companheiro/a tivesse sexo oral ou anal comigo								
20. O meu companheiro/a fez isso comigo								
21. Usei uma faca ou uma arma contra o meu companheiro/a								
22. O meu companheiro/a fez isso comigo								
23. Desmaiei porque o/a meu companheiro/a me atingiu na cabeça durante uma luta								

	1	2	3	4	5	6	7	8
24.O meu companheiro/a desmaiou porque eu o/a atingi na cabeça durante uma luta								
25.Chamei de gordo/a ou feio/a ao meu companheiro/a								
26.O meu companheiro/a chamou-me de gorda/o ou feia/o								
27.Esmurrei ou bati no meu companheiro/a com algo que o poderia magoar								
28.O meu companheiro/a fez isso comigo								
29.Destruí algo que pertencia ao meu companheiro/a								
30.O meu companheiro/a fez isso comigo								
31.Fui ao médico por causa de uma luta com o meu companheiro/a								
32.O meu companheiro/a foi ao médico por causa de uma luta comigo								

33.Tentei estrangular o meu companheiro/a								
34.O meu companheiro/a fez isso comigo								
35.Gritei ou berrei ao meu companheiro/a								
36.O meu companheiro/a fez isso comigo								
37.Atirei o meu companheiro/a contra a parede								
38.O meu companheiro/a fez isso comigo								
39.Disse que tinha a certeza que poderíamos resolver um problema								
40.O meu companheiro/a disse-me que tinha a certeza que poderíamos resolver um problema								

	1	2	3	4	5	6	7	8
41.Precisava de ter ido ao médico, por causa de uma luta com o meu companheiro/a, mas não o fiz								
42.O meu companheiro/a precisava de ter ido ao médico, por causa de uma luta comigo, mas não o fez								
43.Dei uma tarefa no meu companheiro/a								
44.O meu companheiro/a fez isso comigo								
45.Agarrei à força o meu companheiro/a								
46.O meu companheiro/a fez isso comigo								
47.Usei a força (e.g. ferindo, detendo, ou usando uma arma) para fazer com que o meu companheiro/a tivesse relações sexuais comigo								
48.O meu companheiro/a fez isso comigo								
49.Sai abruptamente da sala, da casa ou de qualquer outro local durante um desentendimento								
50.O meu companheiro/a fez isso comigo								
51.Insisti em ter relações sexuais quando o meu companheiro/a não queria (mas não usei força física)								
52.O meu companheiro/a fez isso comigo								
53.Dei uma bofetada ao meu companheiro/a								
54.O meu companheiro/a fez isso comigo								
55.Tive uma fractura devido a uma luta com o meu companheiro/a								
56.O meu companheiro/a teve uma fractura devido a uma luta comigo								
57.Recorri a ameaças para fazer com que o meu companheiro/a tivesse sexo oral ou anal comigo								

	1	2	3	4	5	6	7	8
58.O meu companheiro/a fez isso comigo								
59.Sugeri um acordo para resolver um desentendimento								
60.O meu companheiro/a sugeriu um acordo								
61.Queimei ou escalei o meu companheiro/a de propósito								
62.O meu companheiro/a fez isso comigo								
63.Insisti com o meu companheiro/a para que tivéssemos sexo oral ou anal (mas não usei força física)								
64.O meu companheiro/a fez isso comigo								
65.Acusei o meu companheiro/a de ser um mau amante								
66.O meu companheiro/a acusou-me disso								
67.Fiz algo para enfurecer o meu companheiro/a								
68.O meu companheiro/a fez isso comigo								
69.Ameacei ferir ou atirar alguma coisa ao meu companheiro/a								
70.O meu companheiro/a fez isso comigo								
71.Senti uma dor física, que se manteve no dia seguinte, por causa de uma luta com o meu companheiro/a								
72.O meu companheiro/a sentiu dor física, que se manteve no dia seguinte, por causa de uma luta que tivemos								
73.Dei pontapés no meu companheiro/a								
74.O meu companheiro/a deu-me pontapés								

75. Recorri a ameaças para fazer com que o meu companheiro/a tivesse relações sexuais comigo								
76. O meu companheiro/a fez isso comigo								
77. Concordei em tentar uma solução sugerida pelo meu companheiro/a para um desentendimento								
78. O meu companheiro/a concordou em tentar uma solução que eu sugeri								

	Eu bati primeiro	O meu companheiro/a bateu primeiro	Isso nunca aconteceu
79. Se bateu no seu companheiro/a, ou se o seu companheiro/a lhe bateu, pense na última vez em que isso aconteceu. Quem foi o primeiro a bater?	1	2	3

3. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

(versão validada para a população portuguesa pela Direcção Geral de Saúde, 2012)





Como o consumo de álcool pode afectar a sua saúde e interferir com certas medicações e tratamentos, é importante colocar certas questões sobre o seu consumo de álcool.

Assinale com um X a opção que melhor descreve a sua resposta a cada questão.

	0	1	2	3	4
1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?	Nunca <input type="checkbox"/>	Uma vez por mês ou menos <input type="checkbox"/>	Duas a quatro vezes por mês <input type="checkbox"/>	Duas a três vezes por semana <input type="checkbox"/>	Quatro ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/>
2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?	Uma ou duas <input type="checkbox"/>	Três ou quatro <input type="checkbox"/>	Cinco ou seis <input type="checkbox"/>	De sete a nove <input type="checkbox"/>	Dez ou mais <input type="checkbox"/>
3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de uma vez por mês <input type="checkbox"/>	Pelo menos uma vez por mês <input type="checkbox"/>	Pelo menos uma vez por semana <input type="checkbox"/>	Diariamente ou quase diariamente <input type="checkbox"/>

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?	Nunca	Menos de uma vez por mês	Pelo menos uma vez por mês	Pelo menos uma vez por semana	Diariamente ou quase diariamente	
5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?	Nunca	Menos de uma vez por mês	Pelo menos uma vez por mês	Pelo menos uma vez por semana	Diariamente ou quase diariamente	
6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?	Nunca	Menos de uma vez por mês	Pelo menos uma vez por mês	Pelo menos uma vez por semana	Diariamente ou quase diariamente	
7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?	Nunca	Menos de uma vez por mês	Pelo menos uma vez por mês	Pelo menos uma vez por semana	Diariamente ou quase diariamente	
8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?	Nunca	Menos de uma vez por mês	Pelo menos uma vez por mês	Pelo menos uma vez por semana	Diariamente ou quase diariamente	

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?	Não		Sim, mas não nos últimos 12 meses		Sim, aconteceu nos últimos 12 meses	
10. Já alguma vez um familiar	Não		Sim, mas não nos últimos 12 meses		Sim, aconteceu nos últimos 12 meses	
Total						

Cerveja 6% Volume do copo 20 cl 12 ml de álcool puro	Vinho 12% Volume do copo 10 cl 12 ml de álcool puro	Destilada 40% Volume do copo 3cl 12 ml de álcool puro	Sher 40% ou + Volume do copo 3 cl 12 ml de álcool puro
			

Embora as bebidas alcoólicas tenham diferentes graduações, os copos habitualmente mais usados para cada uma das diferentes bebidas têm também diferentes volumes, podendo por isso ter quantidades idênticas de álcool. Por norma, uma unidade bebida padrão corresponde a 10 gramas de álcool puro.