



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
EGAS MONIZ

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO EM PSICOLOGIA FORENSE E CRIMINAL

HOMICÍDIOS NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE: CARACTERIZAÇÃO DOS FATORES PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS AO RISCO DE VIOLÊNCIA EM MULHERES AGRESSORAS

Trabalho submetido por
Bianca Santos da Silva
para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Forense e Criminal

novembro de 2024

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO EM PSICOLOGIA FORENSE E CRIMINAL

HOMICÍDIOS NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE: CARACTERIZAÇÃO DOS FATORES PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS AO RISCO DE VIOLÊNCIA EM MULHERES AGRESSORAS

Trabalho submetido por
Bianca Santos da Silva
para a obtenção do grau de **Mestre** em Psicologia Forense e Criminal

Trabalho orientado por
Prof. Doutora Cristina Soeiro

e coorientado por
Prof.^a Doutora Iris Almeida e Prof.^a Doutora Andreia Matias

novembro de 2024

Dedicatória

Ao meu avô Fernando, és e sempre serás uma fonte de inspiração e motivação na minha vida.

Agradecimentos

À Professora Doutora Cristina Soeiro e às minhas coorientadoras Professora Doutora Andreia Matias e Professora Doutora Iris Almeida por todos os ensinamentos ao longo destes anos, pela paciência e disponibilidade.

À minha mãe, pai, irmã e avós por estarem sempre presentes neste meu percurso, mesmo com a distância física. Por acreditarem sempre em mim e por todas as palavras de apoio que me deram. Em especial ao meu pai, por todas as chamadas que me acalmaram o coração e deram forças para continuar, por nunca me deixares desistir e por me mostrares o que é dedicação e resiliência. Obrigada por tudo o que me proporcionas e por alimentares os meus sonhos tanto ou mais que eu. Esta conquista é, em grande parte, também tua!

À Ana Rita, a minha companheira da tese, das chamadas intermináveis a trabalhar, das viagens stressantes no trânsito “pelos caminhos de Portugal” e das sonecas possíveis no carro. Viver isto contigo tornou tudo mais leve. Está feito!

Às meninas do GAV de Setúbal, em especial à Filipa e Susana, e à Dra. Balbina por todas as palavras de conforto e de motivação durante este percurso.

À minha madrinha, a Pipa, por seres sinónimo de Casa. Obrigada por todo o apoio, pela cumplicidade e pelas lembranças que levarei comigo. Sem ti, todo este percurso académico não faria sentido.

Ao Beni, por todo o apoio e incentivo e por me teres lembrado todos os dias que eu era capaz, foste a minha fonte de tranquilidade. Obrigada por entenderes as minhas ausências e por estares comigo em cada momento difícil.

A todos os meus amigos, em especial ao “Bando das 5” que tomam as minhas dores e conquistas como se fossem delas também, mesmo estando longe estão presentes em cada etapa da minha vida. À minha afilhada Cati, por todas as vezes que foste o meu ombro amigo. E por fim, à Bia, a minha melhor amiga, pela amizade incondicional, por seres o meu porto seguro, a pessoa que nunca desiste de mim e enche a minha vida de luz. Sou profundamente grata por ter-te comigo.

Um muito obrigada a todos!

Resumo

Enquadramento: O homicídio é a manifestação mais violenta de um comportamento criminoso e pode ser caracterizado pelo um ato de violência letal, acidental ou intencional, dirigido a outro indivíduo. O homicídios nas relações de intimidade revela um cenário complexo, no qual diferentes fatores psicológicos, emocionais e sociais interagem para originar atos violentos. Embora a maioria dos homicídios nas relações de intimidade seja perpetrada por homens, as mulheres também podem cometer este tipo de crime. É importante conhecer os fatores de risco associados às mulheres agressoras que predizem o homicídio nas relações de intimidade e compreender as suas dinâmicas subjacentes.

Objetivos: Analisar os fatores psicológicos associados ao risco de violência que caracterizam o grupo das mulheres que cometem homicídio nas relações de intimidade. Serão avaliados os seguintes fatores de risco: a história prévia de violência, o abuso de substâncias, a presença de sintomatologia, as motivações para o crime de homicídio, as distorções cognitivas, psicopatia e a impulsividade. **Participante:** A amostra inclui 14 mulheres agressoras com idades compreendidas entre os 24 e 69, que se encontram a cumprir pena de prisão pelo crime de homicídio nas relações de intimidade em Portugal.

Método: A presente investigação sege uma abordagem qualitativa, recorrendo ao método do estudo de caso. Foram consultados os processos criminais de cada uma das participantes e foi aplicado um protocolo composto por uma entrevista semiestruturada com base na *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R), o *Brief Symptom Inventory* (BSI), a Escala de Impulsividade de Barrat (EIB-11), o *Self Blame and Victim Blame Scale* e o *Minimization & Self Defense Scale*. **Resultados:** Verificaram-se valores significativos na sintomatologia (somatização, a sensibilidade interpessoal, a depressão, a ansiedade, a ideação paranoide e o psicoticismo), nas distorções cognitivas (culpabilização da vítima e a minimização do incidente), e na impulsividade (impulsividade atencional). A história prévia de violência está presente em 10 casos. Na motivação para o crime prevalece o ciúme (6 casos). **Conclusão:** Os fatores que apresentam valores significativos podem desempenhar um papel importante na perpetração do homicídio nas relações de intimidade. Neste estudo, o fator mais prevalente é a história prévia de violência.

Palavras-chave: *mulheres agressoras, homicídio nas relações de intimidade, violência doméstica, violência nas relações de intimidade, fatores de risco.*

Abstract

Background: Homicide is the most violent manifestation of criminal behaviour and can be characterized by an act of lethal violence, accidental or intentional, directed at another person. Intimate partner homicide reveals a complex scenario in which different psychological, emotional and social factors interact to culminate in violent acts. Although the majority of intimate partner homicides are perpetrated by men, women can also commit this type of crime. It is important to know the risk factors associated with offenders that predict homicide in intimate relationships and to understand their underlying dynamics. **Objectives:** Analyze the psychological factors associated with the risk of violence that characterize the group of women who commit intimate partner homicide. The following risk factors will be assessed: previous history of violence, substance abuse, presence of psychological symptoms, motivations for the crime of homicide, cognitive distortions, psychopathy and impulsivity. **Participants:** The sample includes 14 female offenders between 24 and 69 years old, who are serving a prison sentence for the crime of intimate partner homicide in Portugal. **Method:** Through a case study. A semi-structured interview was carried out based on the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) and a protocol was applied, consisting of: the Brief Symptom Inventory (BSI), the Barrat Impulsivity Scale (EIB-11), the Self Blame and Victim Blame Scale and the Minimization & Self Defense Scale. **Results:** Significant values were found for symptomatology (somatization, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, paranoid ideation and psychoticism), cognitive distortions (blaming the victim and minimizing the incident), and impulsivity (attentional impulsivity). A previous history of violence was present in 10 cases. Jealousy prevailed in the motivation for the crime (6 cases). **Conclusion:** The factors that show significant values can play an important role in the perpetration of intimate partner homicide. In this study, the most prevalent factor was a previous history of violence.

Keywords: *female offenders, intimate partner homicide, domestic violence intimate partner violence, risk factors.*

Índice Geral

Índice de Tabelas	7
Lista de Abreviaturas	9
Introdução	11
Violência nas Relações de Intimidade	12
Homicídios nas Relações de Intimidade	14
Fatores de Risco de Violência	15
História Prévia de Violência	18
Abuso de Substâncias	20
Motivação para o Crime	21
Sintomatologia	22
Distorções Cognitivas	24
Psicopatia	25
Impulsividade	26
Objetivo do Estudo	27
Método	29
Participantes	29
Instrumentos e Medidas	29
Procedimento	33
Análise e Discussão dos Resultados	35
Caracterização da Amostra	35
História Prévia de Violência	38
Abuso de Substâncias	41
Presença de Sintomatologia	44
Motivações para o Crime	48
Distorções Cognitivas	51

Psicopatia.....	54
Impulsividade	56
Conclusão	59
Implicações nas Políticas Públicas	62
Limitações e Sugestões para Estudos Futuros	65
Referências	67
Anexos	83

Índice de Tabelas

Tabela 1. *Caracterização da amostra*

Tabela 2. *História prévia de violência*

Tabela 3. *Abuso de substâncias*

Tabela 4. *Sintomatologia*

Tabela 5. *Motivação para o crime*

Tabela 6. *Distorções cognitivas*

Tabela 7. *Psicopatia*

Tabela 8. *Impulsividade*

Lista de Abreviaturas

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

BSI – *Brief Symptom Inventory*

DGRSP – Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

EIB-11 – Escala de Impulsividade de Barrat

IGS – Índice Geral de Sintomas

ISP – Índice de Sintomas Positivos

PCL-R – *Psychopathy Checklist-Revised*

RASI – Relatório Anual de Segurança Interna

RNAVVD – Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TSP – Total de Sintomas Positivos

HRI – Homicídio nas Relações de Intimidade

VRI – Violência nas Relações de Intimidade

Introdução

Ao analisar o fenómeno do homicídio em geral, é possível identificar que as vítimas de homicídio são maioritariamente do sexo masculino. Em 2021, 81% das vítimas de homicídio geral foram do sexo masculino, sendo que 31% dos homens morreram por homicídio pelo parceiro íntimo/familiar (UNDOC, 2023). Contudo, no contexto das relações de intimidade e familiares, as mulheres estão em maior risco de serem vítimas de homicídio do que os homens. Como se verifica nos dados de *The United Nations Office on Drugs and Crime* (2023), que em 2021, as mulheres representam aproximadamente 54% de todas as vítimas de homicídios neste contexto.

O estudo dos homicídios nas relações de intimidade (HRI) revela um cenário complexo, no qual diferentes fatores psicológicos, emocionais e sociais interagem para originar atos violentos. Estudos sobre esta temática têm centrado predominantemente em casos de violência nas relações de intimidade (VRI) perpetrada por homens, resultando numa lacuna na compreensão dos HRI cometidos por mulheres (Holtzworth-Munroe et al., 2000).

A literatura sugere que os HRI cometidos por mulheres, geralmente envolvem história de violência prévia, onde estas podem adotar papéis tanto de vítimas quanto de agressoras, uma dualidade que exige uma análise diferenciada dos fatores de risco e motivações (Dutton, 2012). Em muitos casos, traumas prévios, perturbação de personalidade e estados emocionais extremos podem desempenhar um papel significativo na propensão do HRI. Perturbações de personalidade, como *borderline* e antissocial, têm sido associados a uma maior vulnerabilidade para comportamentos violentos (Spencer et al., 2019). Dobash & Dobash (2017) defendem a necessidade de analisar separadamente os homicídios cometidos por homens e mulheres.

Estudos focados na psicologia forense indicam que a violência letal está frequentemente relacionada a fatores emocionais intensos, como ciúme, sentimento de abandono e humilhação, que são exacerbados em situações de dependência emocional e financeira. A VRI pode criar um ambiente propenso e culminar no HRI, especialmente quando fatores como baixa autoestima, isolamento social e dificuldades de regulação emocional se tornam crónicos (Walker, 2016). Matias e colaboradores (2020a), alertaram para o facto da maioria dos estudos sobre os fatores de risco para o HRI se

centrarem no feminicídio, levando a um desconhecimento da dinâmica envolvida no HRI cometido por mulheres.

A literatura aponta também para dificuldades metodológicas na recolha de dados sobre a questão do HRI perpetrado por mulheres, uma vez que a maioria dos estudos é descritiva e utiliza documentos oficiais ou bases de dados policiais (Bourget & Gagné, 2012; Mize et al., 2009; Mouzos & Shackelford, 2004; Sebire, 2015). Desta forma, é crucial complementar esta metodologia quantitativa com outros meios de recolha de dados como entrevistas de forma a esclarecer informação sobre as especificidades da violência sofrida e perpetrada (Guerra & Gago, 2016). Assim, a presente investigação, tem então como objetivo contribuir para o estudo desta problemática através de uma metodologia qualitativa com o uso de entrevista e um protocolo de avaliação psicológica, com o intuito de analisar a existência de história prévia de violência, abuso de substâncias, presença de sintomatologia, motivações para o crime de homicídio, distorções cognitivas, psicopatia e a impulsividade numa amostra de mulheres reclusas que cometeram HRI.

Violência nas Relações de Intimidade

As relações de intimidade integram vários tipos de relacionamentos amorosos, sendo que a violência pode acontecer em todos estes, como por exemplo, violência no namoro e violência no casal, entre outros (Manita et al., 2009). O conceito de intimidade relaciona-se com a noção de proximidade entre as pessoas e integra uma componente emocional que é comum nas relações humanas. Assim, a noção de intimidade nas relações amorosas está associada à dimensão romântica e sexual, baseada numa proximidade mais intensa entre duas pessoas (Popovic, 2005). Deste modo, na VRI inserem-se as relações antes, durante e após a vida em comum, quer seja namoro, casamento ou união de facto (Centers for Disease Control and Prevention, 2018). O conceito de VRI surgiu da necessidade de expandir a definição de violência doméstica, de modo a incluir a violência exercida em diversos tipos de relações íntimas (Manita et al., 2009).

De acordo com o Department of Health (2017), uma em cada quatro mulheres e um em cada seis homens, em Inglaterra e no País de Gales, sofreram violência doméstica. Em Portugal, segundo o Relatório Anual de Segurança Interna (RASI) de

2023, houve uma ligeira diminuição de 27 casos (0.1%) da violência doméstica face ao ano anterior, sendo que 85.5% é referente à violência doméstica exercida contra conjugue ou análogo. Contudo, em 2022, a violência doméstica aumentou 15% face ao ano anterior, representando um aumento de 3968 casos, sendo que 86% é relativo à violência exercida contra cônjuge ou análogo (RASI, 2022).

A VRI tem-se revelado um fenómeno complexo e multidimensional (Manita, 2008). É definida pela Organização Mundial da Saúde como o comportamento do parceiro íntimo que causa danos físicos ou psicológicos, incluindo atos de agressão física, sexual, abuso psicológico, coação sexual e comportamentos controladores (World Health Organization, 2021). O agressor pode usar a violência física (o uso da força para intimidar e punir), violência psicológica (intimidação, controlo e punição feita verbalmente ou fisicamente, manipulação, ameaças), violência sexual (relações sexuais indesejadas e não consentidas, assédio), violência económica (uso de recursos económicos e dinheiro para sancionar, ameaçar e controlar) perseguição (controlar usando a perseguição, telefonemas ou mensagens) e negligência (falta de cuidado por parte do cuidador) (Brozowski & Hall, 2010; World Health Organization, 2020). É um problema a nível dos direitos humanos e da saúde pública que prevalece em todos os países desenvolvidos e em desenvolvimento e afeta indivíduos em todas as esferas da vida (Stewart et al., 2013).

A VRI afeta ambos os sexos, e ambos podem experienciar violência física que causam impacto psicológico significativo (Hines & Douglas, 2011). Muitos homens temem pela sua vida e demonstram ter medo das suas companheiras, tal como ocorre com as vítimas do sexo feminino (Hines et al., 2007). As mulheres agressoras são tão ou mais violentas que os homens, quando exercem VRI (Dutton et al., 2009). Embora este tipo de violência tenha diversas semelhanças com a violência sofrida pelas mulheres nos mesmos contextos, quanto aos seus impactos e dinâmicas, existem especificidades da violência contra os homens no que diz respeito às questões da masculinidade e dos papéis de género que, muitas vezes, os impedem de se reconhecerem como vítimas e de procurarem ajuda, pois há relatos de diferenças nos cuidados recebidos de serviços de apoio que muitas vezes trabalham com preconceito de género (APAV, 2020).

A VRI coloca as vítimas em risco elevado pois, muitas vezes, estas permanecem na relação apesar de sofrerem várias formas de violência, como por exemplo,

dependência financeira, controlo, medo, isolamento social, pressão social e familiar, baixa autoestima (Azeredo, 2015; Lacanaria & David, 2018). Este tipo de violência expressa-se por dinâmicas de afeto e de poder, controlo e autoridade sobre o outro (Walker, 1999) que, em casos extremos, pode culminar no homicídio do parceiro íntimo (Shackelford, 2001).

Homicídios nas Relações de Intimidade

O homicídio é percebido como um crime contra a humanidade, é definido como a morte intencional, não intencional ou acidental de uma pessoa (Roberts et al., 2007) e é a manifestação mais violenta de um comportamento criminoso (Liem, 2013). O risco geral de sofrer uma morte violenta como resultado de homicídio tem diminuído continuamente por um quarto de século. Em 2017, houve 6.1 vítimas de homicídio por 100.000 habitantes em todo o mundo, sendo que em 1993 a taxa foi de 7.4. O número total de pessoas mortas por homicídio aumentou de 362000, em 1990, para 464000, em 2017 (UNODC, 2019). A nível nacional, segundo o RASI 2023, o homicídio voluntário consumado diminuiu apenas 7.2% em relação ao ano anterior. Contudo, em 2022, o homicídio voluntário consumado aumentou 14.1% face ao ano de 2021 (RASI, 2022).

Apesar de ser um evento raro no homicídio em geral, o homicídio seguido de suicídio é muito comum nos HRI (Smucker et al., 2018). Uma parte significativa de casos de homicídio seguido de suicídio ocorre no contexto da intimidade (Banks et al., 2008). Tendo em consideração a componente dicotômica da violência letal, o homicídio seguido de suicídio é muitas vezes visto como uma variação do comportamento suicida do agressor (Liem et al., 2010), sendo este considerado um fenómeno distinto, com padrões (Campbell et al., 2007) que diferem dos homicídios conjugais e outros (Almeida, 2012).

O HRI é definido como a prática de factos contra um cônjuge, ex-cônjuge, pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação, ou contra progenitor de descendente comum em 1.º grau (Código Penal Português, artigo 132º).

A nível global, o HRI representa 14% de todos os homicídios, sendo que um em cada sete são cometidos por um parceiro íntimo (Stockl et al., 2013), com prevalência

de vítimas mulheres. Segundo *United Nations Office on Drugs and Crime* (2018), foram mortas 87 mil mulheres intencionalmente, sendo que 30 mil foram mortas pelo parceiro íntimo. Um estudo global sobre homicídios (UNODC, 2019) concluiu que 82% das mulheres são mortas no contexto de HRI, em comparação com 18% dos homens. O HRI é mais predominante entre homens agressores, contudo, quando as mulheres cometem homicídio, são mais propensas a matar um parceiro íntimo do que outra pessoa (Dearden & Jones, 2008; Eriksson & Mazerolle, 2013). Embora a maioria dos HRI seja perpetrada por homens, as mulheres também podem cometer este tipo de crime, sendo assim essencial considerar as questões de gênero associadas aos agressores e às vítimas (Walby et al., 2017). Segundo a Direção-Geral da Política de Justiça portuguesa, em 2020, o HRI apresentou uma prevalência de 13,1% face a todas as condenações por homicídio. Mais recentemente, de acordo com o RASI (2023), em 2023, o crime de HRI representou 12% dos homicídios voluntários consumados. Face estes dados estatísticos, é necessário ter em atenção quais os fatores de risco que predizem o HRI.

Fatores de Risco de Violência

Segundo a meta-análise realizada por Spencer (2018), os fatores de risco mais fortes para a perpetração do HRI, são o acesso direto a uma arma, ameaças anteriores com uma arma, estrangulamento não fatal anterior, violação anterior da vítima, demonstração de comportamentos controladores, ameaças anteriores de prejudicar a vítima e perseguição anterior da mesma. Outros fatores de risco comuns para o HRI são a história prévia de violência, consumo de álcool ou substâncias, problemas familiares, doença mental ou antecedentes criminais (Banks et al, 2008; Eliason, 2009; Knoll & Hatters-Friedman, 2015; Panczak et al., 2013). Mais recentemente, a meta-análise realizada por Matias et al. (2020a), verificou que os fatores de risco relacionados com a dinâmica abusiva (e.g., ameaças de morte) estão associados a uma maior probabilidade de homicídio cometido pelo parceiro íntimo, a existência de história prévia de violência sendo que o tipo de violência mais relatada foi a psicológica, física e do *stalking*; também verificou que a história prévia de violência, o abuso de substâncias, ciúmes e discussão como motivação para o crime são os fatores de risco mais presentes nos agressores do HRI.

Os principais fatores de risco identificados nos homens agressores do HRI são ciúme e possessividade, frequentemente como parte de um padrão de controle coercitivo e abuso anterior (Belfrage & Rying, 2004; Campbell et al., 2003; Sabri et al., 2014). Além disso, problemas mentais ou circunstâncias de vida alteradas, como divórcio ou (ameaça de) separação, frequentemente desencadeiam atos violentos, podendo culminar no HRI (Carlsson et al., 2021). O risco do HRI sobre a VRI aumenta drasticamente quando o homem agressor tem ciúmes ou acusa a sua parceira de infidelidade; a vítima termina ou ameaça terminar a relação; começa um novo relacionamento amoroso ou recusa ter relações sexuais; a vítima tem filhos de um relacionamento anterior; ou a vítima está grávida (Campbell et al. 2007; Johnson & Hotton 2003; Matias et al. 2020a; McFarlane et al., 2002).

Os estudos sobre a motivação associada aos HRI indicam que a maior parte possui uma natureza emocional (expressiva), isto é, o agressor responde de forma violenta a certos estímulos, sem premeditação, reagindo a situações emocionais difíceis ou a conflitos com a vítima (Company & Soria, 2016). Este tipo de crime é predominantemente perpetrado por homens (Bourget & Gagné, 2012; DeJong et al., 2011; Mize et al, 2009), contudo, existe uma significativa expressividade das mulheres, tanto como vítimas quer como agressoras (Oliveira & Gonçalves, 2007). Sebire (2013) também estudou as diferenças entre mulheres e homens agressores de HRI e verificaram que, embora a autodefesa seja um preditor para as mulheres cometerem o HRI, isso ocorre principalmente em relacionamentos com dinâmicas abusivas, o que não é o caso de todas as mulheres agressoras de HRI. No mesmo estudo, também verificaram que as mulheres agressoras de HRI estão significativamente associadas a motivações relacionadas à infidelidade e separação.

Os fatores de risco particularmente pertinentes para as mulheres agressoras do HRI são a história prévia de violência, o desemprego, o abuso de substâncias e não ter filhos em comum com a vítima do HRI (Caman et al, 2016, Vatnar et al., 2018). Geralmente matam em legítima defesa ou em retaliação à VRI, após terem sido vítimas por longos períodos de tempo (Belknap et al., 2012; Johnson & Hotton, 2003), também podem sofrer de condições físicas ou mentais crônicas ou ter problemas relacionados ao álcool ou drogas (Voce & Bricknell, 2020). No entanto, estas mulheres por vezes são motivadas por agressão aparentemente não provocada, e em alguns poucos casos

cometem VRI por um longo período de tempo contra a vítima do HRI (Belknap et al., 2012).

A estrutura ecológica de Bronfenbrenner (1977) organiza os fatores de risco para certos comportamentos. No caso do HRI perpetrado por mulheres, são de acordo com as características pessoais, a família ou relacionamentos próximos, as influências sociais e comunitárias, as forças socioculturais e os sistemas de crenças. Assim, este modelo reconhece que pode haver fatores individuais (e.g., saúde mental), fatores familiares (e.g., violência intergeracional), influências sociais ou comunitárias (e.g., arranjos de casamento) e forças socioculturais (e.g., crenças) que, em conjunto, pode influenciar uma mulher a cometer este crime. Contudo, fatores de *stress* individuais e interpessoais, como conflitos no relacionamento, perturbações emocionais e abuso de drogas ou álcool, também podem levar à violência (Nicolaidis et al., 2003).

Existem semelhanças e diferenças entre os homens e mulheres agressores de HRI. No estudo de Matias e colaboradores (2020b), foram identificadas características comuns entre mulheres agressoras e homens agressores do HRI, sendo que a nível individual, eram significativamente semelhantes em termos de etnia, antecedentes criminais, abuso de substâncias e perturbações psiquiátricas; as relações de díade foram semelhantes para ambos, no que diz respeito à duração das relações (maioritariamente atual no momento do HRI) e no que diz respeito a não terem perturbações psiquiátricas e a separações, reconciliações e dinâmicas abusivas anteriores (o tipo de violência perpetrada contra as vítimas). No mesmo estudo também identificaram que em ambos os sexos, os homicídios ocorreram principalmente na residência do agressor ou da vítima, utilizando especialmente o recurso a arma branca ou arma de fogo e sob o efeito de substâncias (Matias et al., 2020b). No que se refere às diferenças entre homens e mulheres agressoras no contexto das relações de intimidade, Weizmann-Henelius e colaboradores (2012) analisaram os fatores de risco deste HRI comparando-os com os fatores de risco com homens e mulheres agressoras cujas vítimas não eram da relação de intimidade. Foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres para variáveis nível de intoxicação da vítima (as agressoras aumentavam quando a vítima estava intoxicada), autodefesa (aumentou o HRI entre as mulheres, mas diminuiu a probabilidade entre os homens) e discussão, que estavam principalmente relacionadas ao consumo de álcool (em ambos os sexos, mas significativamente mais entre as

mulheres). Mais recentemente o estudo de Matias e colaboradores (2020b) indica que as principais diferenças estão associadas a variáveis individuais (e.g., idade, estatuto profissional, posse de armas de fogo) sendo que as mulheres agressoras são mais jovens e mais frequentemente desempregadas, ao principal agressor na VRI, a algumas variáveis-chave do crime, como a motivação, e as características do processo-crime (e.g., tempo entre o crime e a sentença, tempo da condenação). No mesmo estudo, também foi observado que é uma característica exclusiva de mulheres agressoras recorrerem ao auxílio de cúmplices para cometer o HRI.

Contudo, apesar dos fatores de risco referidos, existe uma lacuna na investigação sobre este fenómeno, destacando a necessidade de um estudo mais aprofundado dos fatores de risco associados ao HRI (Matias et al., 2020a; Spencer & Stith, 2018). Assim, é fundamental utilizar diferentes metodologias para estudar os fatores de risco mais relevantes em consideração, nomeadamente a história prévia de violência, abuso de substâncias, presença de sintomatologia, motivações para o crime de homicídio, distorções cognitivas, psicopatia e a impulsividade.

História Prévia de Violência

A história prévia de violência perpetrada pelo parceiro íntimo é o fator de risco mais documentado no HRI (Vatnar et al., 2021). De acordo com a literatura, o HRI ocorre maioritariamente devido a uma história de violência prévia (Campbell et al., 2007; Company & Soria, 2016; Capaldi et al., 2012; Machado, 2016; Matias et al., 2020b; Vatnar et al., 2017). Independentemente do sexo, o principal fator de risco para o HRI é a existência de VRI anterior (Campbell et al., 2003; Campbell et al., 2007; Company & Soria, 2016), contudo, as mulheres têm mais probabilidade de matar um parceiro íntimo atual ou ex-parceiro quando há uma história prévia de VRI, cometida pelo homem (Johnson, & Hotton, 2003; Martins Borges, 2009). Estudos revelaram que 65% a 80% das vítimas já foram alvo de violência anteriormente pelo parceiro que cometeu o homicídio (Campbell et al., 2009; Matias et al., 2020a; Nicolaidis et al., 2003; Vatnar et al., 2017). Os fatores de risco mais significativos são ocorrências repetidas de VRI grave, perseguição, agressão sexual, tentativas de asfixiar, ameaças de morte, arma de fogo em casa e ameaças ou uso de arma de fogo (Campbell et al., 2007; Nicolaidis et al., 2003; Shields et al., 2010).

Segundo Caman et al (2016), as mulheres agressoras têm maior probabilidade de terem sido vítimas de violência pelo parceiro que sofreu o HRI. No estudo de Bourget & Gagné (2012), das 42 mulheres que cometeram o HRI, 11 experienciaram violência prévia nas suas relações de intimidade. Também no estudo de Block (2003), três quartos das mulheres que cometeram o HRI, tinham experienciado violência nos trinta dias antes do HRI, sendo que, para quase dois terços das mulheres, a VRI foi aumentando, antes do homicídio.

Em relação às formas de violência prévia perpetradas, as mulheres agressoras de HRI tendem a sofrer mais violência física e psicológica, nomeadamente ameaças, por parte da vítima do HRI (Yourstone et al., 2008). Segundo outros estudos (Caman et al., 2016; Campbell et al., 2007; Weizmann-Henelius et al., 2012), as mulheres agressoras do HRI sofrem violência física pelas vítimas do homicídio, anteriormente ao crime. No estudo de Stark (2013), verificou-se a presença de comportamentos controladores por parte do parceiro íntimo, em relação às mulheres agressoras de HRI, limitando o contacto destas com os seus familiares e amigos.

A história prévia de violência é um fator de risco muito comum entre mulheres que cometeram o HRI, contudo, estas agressoras também exercem este tipo de violência face ao seu parceiro íntimo (Enander et al., 2021; Martins Borges, 2009; Vatnar et al., 2018; Weizmann-Henelius, et al., 2012). Embora os HRI perpetrados por homens seja superior à das mulheres que cometem HRI, as mulheres não podem ser negligenciadas como vítimas de VRI, bem como principais agressoras na VRI, cuja dinâmica abusiva pode ser igualmente letal (Matias et al., 2020b). Segundo o estudo de Caman e colaboradores (2016), as mulheres agressoras de HRI sofrem violência física e várias ameaças, por parte dos parceiros íntimos, mas também exercem as mesmas formas de violência sobre estes, antes do HRI. Os tipos de violência mais comumente reportados pelas mulheres agressoras de HRI são a emocional, verbal, física, sexual e económica, enquanto que os menos reportados são as ameaças de divórcio, a existência de relacionamentos extraconjugais das agressoras e dificuldades económicas (Pretorius & Botha, 2006).

Alguns estudos verificaram que, quando as mulheres usaram violência letal, fizeram-no em legítima defesa e como resultado de terem sido vítimas pela vítima do HRI (Aldridge & Browne, 2003; Caman et al., 2016; Campbell et al., 2007). Contudo, os

resultados do estudo de Vatnar e colaboradores (2018), não apoiaram as diferenças de gênero em relação à história prévia de VRI, no entanto, a VRI mútua estava mais frequentemente presente nos casos de HRI perpetrada por mulheres (87,5%). No estudo de Matias e colaboradores (2020b) verificaram que em 18% dos casos, as mulheres agressoras do HRI foram as principais agressoras na VRI, assim como em 36% dos casos em que as mulheres cometeram o HRI, a VRI foi bidirecional. Os mesmos autores do estudo salientam a importância de ter em consideração as dinâmicas abusivas da VRI anteriores, bem como o tipo de violência e comportamentos abusivos a estas associados, considerando a contribuição deste fator para a letalidade. Também acrescentaram que é necessário considerar não só a VRI perpetrada por homens agressores, mas também a violência perpetrada por mulheres agressoras, bem como a VRI bidirecional (Matias et al., 2020b). Machado (2016) também salientou que a VRI pode ser exercida nos dois sentidos e que qualquer parceiro na relação pode experimentar ser vítima e/ou agressor.

Abuso de Substâncias

Os problemas relacionados com o abuso de substâncias têm sido relatados como um fator de risco para o HRI (Campbell, 2012; Campbell & Glass, 2009; Campbell et al., 2009; Campbell et al., 2003). O consumo de álcool e drogas aumenta o risco tanto de perpetrar como de se tornar vítima de HRI (Aldridge & Browne, 2003; Eliason, 2009). O consumo de estimulantes, como cocaína ou metanfetaminas têm sido associados à VRI (Gilbert et al., 2012). As mulheres agressoras de HRI raramente têm antecedentes criminais, mas quando têm geralmente está associado a crimes contra a propriedade ou drogas (Jordan et al., 2012). Num estudo exploratório (Valério, 2010), o consumo de álcool e outras substâncias psicoativas, o controlo emocional e a instabilidade são os principais gatilhos para a ocorrência de violência psicológica como lesões, humilhações, *gaslighting*, ameaças de morte, suicídio ou término de relacionamento (Hines et al., 2007), mas principalmente física, agredindo e utilizando armas ou destruição de propriedade (Dutton & Nicholls, 2005; Valério, 2010).

O abuso de substâncias é um fator de risco importante neste tipo de crime, contudo, atualmente não existe uma compreensão clara do seu papel explicativo (Vatnar et al., 2021). Num estudo, não foi encontrado nenhuma diferença significativa entre homens e mulheres em relação ao abuso de álcool (Weizmann-Henelius et al., 2012). No entanto, uma investigação sugeriu que as mulheres agressoras dos HRI têm maior probabilidade de terem abusado de substâncias em algum momento da sua vida, sendo

este um fator importante na perpetração do HRI onde mais de metade das mulheres já tinha sido diagnosticada com perturbação de abuso de substâncias (Caman et al., 2016) e a maioria dos HRI perpetrados por mulheres, envolveu álcool e uma história prévia de VRI conhecida (Vatnar et al., 2019). Num estudo realizado por Weizmann-Henelius et al. (2012), a maioria das mulheres agressoras era dependente de álcool. Caman et al. (2016), identificaram que as mulheres agressoras têm maior probabilidade de terem abusado de substâncias em algum momento da sua vida. Já os homens são mais propensos a consumirem álcool como vítimas do que como agressores (Campbell et al., 2007). Um estudo referente à história de consumo de substâncias revelou que 50% das vítimas analisadas apresentavam indicadores de histórico de consumos (Bourget & Gagné, 2012).

Alguns estudos demonstraram que o abuso de álcool é um fator de risco para o HRI (Aldridge & Browne, 2003; Belfrage & Rying, 2004; Garcia et al., 2007), contudo há estudos em que não se verifica essa correlação (Weizmann-Henelius et al., 2012). Garcia e colaboradores (2007) concluíram que o álcool era um problema em 73,3% dos casos de HRI onde ambos os parceiros apresentavam dependência desta substância. O uso de álcool por agressores foi associado a 45% das mulheres que cometeram o HRI (Moracco et al., 2003). O abuso de álcool pode também fazer com que os indivíduos das relações de intimidade sejam mais agressivos fisicamente um com o outro, haja mais discussões ou ameaças (Foran & O'Leary, 2008; O'Leary & Schumacher, 2003). No estudo de Matias e colaboradores (2020b), verificou-se que 36% dos agressores do HRI apresentaram algum tipo de abuso de substâncias, sendo que o álcool foi o mais prevalente (22%).

Motivação para o Crime

Relativamente à motivação, esta é uma das dimensões que distingue o HRI de outros tipos de homicídios (e.g. possessividade, infidelidade, ciúme) (Dobash & Dobash, 2012). As motivações pelas quais homens e mulheres tendem a perpetrar este crime divergem entre si (Saunders, 2002), existindo diferenças motivacionais de género que estão relacionadas com a dinâmica da própria relação (Vatnar & Bjørkly, 2013). Estudos demonstram que as motivações para a prática do HRI diferem em função do sexo do agressor, sendo as mulheres mais suscetíveis de terem sofrido múltiplas formas de vitimização (Hodell et al., 2014). Os homens são motivados pelo ciúme e

possessividade, com o desejo de controlo sobre a parceira, sobretudo quando há suspeita de uma possível infidelidade ou quando a mulher pretende terminar a relação, tendo maior impacto nos sentimentos de abandono para os homens do que na própria separação (Beyer et al., 2015; Dutton, 2001; Graham et al. 2020; Thompson, 2014; Tridapalli et al., 2018).

Em relação às mulheres, as motivações para o homicídio são frequentemente ligadas a dependência de substância (Salas, 2019). Contudo, a maioria das mulheres agressoras comete o HRI como autodefesa e por medo, em resposta ao longo período de tempo de violência vivenciada pelo parceiro íntimo (Caman et al., 2017; Dobash & Dobash, 2015; Eriksson & Mazerolle, 2013; Goussinsky & Yassour-Borochowitz, 2012; Karbeyaz et al., 2018; Kim et al., 2018; Virtanen & Savinen, 2017; Whittle & Hall, 2018). Um estudo nacional demonstra que o homicídio por legítima defesa é algo que ocorre apenas entre as mulheres e ocorre em cerca de 40% dos casos associado a discussões (26,7%), ciúmes ou fim de relacionamento (20%) e ocorrência de violência conjugal (13,3%) (Alves, 2015). Contudo, estudos revelaram que as mulheres não cometem este tipo de crime apenas em legítima defesa (Dutton & Nicholls, 2005; Weizmann-Henelius et al., 2012) mas também por medo, vingança (Vatnar et al., 2018), ciúme, raiva, controlo ou retaliação e muitas discussões são iniciadas pelas mulheres agressoras (Lupri, 2004), com violência mútua na relação de intimidade em 50% dos casos (Hines & Saudino, 2003). No estudo de Léveillé & Trébuchon (2017), através da análise documental dos processos médico-legais, observaram que as motivações das mulheres agressoras que cometeram HRI, são a discussão, a autodefesa, a retaliação e razões económicas. Matias e colaboradores (2020b) verificaram que a motivação para o HRI foi o desejo de separação da vítima (27%), seguido de discussão (25%) e suspeita de infidelidade (23%). Relativamente às motivações, os homens foram maioritariamente motivados pelo desejo de separação da vítima (29%) e pela suspeita de infidelidade (27%), enquanto as mulheres foi a discussão/conflito (67%).

Sintomatologia

A doença mental e a presença de sintomatologia são mais frequentemente fatores de risco nas mulheres agressoras do que nos homens agressores (Flynn & Graham, 2010; Flynn, et al., 2011; Weizmann et al., 2012). Em relação à existência de problemas psicológicos, esta tende a ser mais frequente nas mulheres do que nos

homens agressores de HRI (Jordan et al., 2012; Yourstone et al., 2008), sendo a depressão a perturbação mais frequentemente referida (Liem, 2010). Contudo, há estudos (Caman et al., 2016; Vatnar et al., 2018) que não identificaram diferenças entre os sexos neste tipo de diagnóstico (Vatnar et al., 2021).

Relativamente às agressoras, estudos revelam que entre 29.4% e 94.7% apresentam problemas de saúde mental (Bourget & Gagné, 2012; Sebire, 2015). Quanto às perturbações observadas, 47,5% apresentavam psicopatologia associada a intoxicação aguda, 31,6% sofriam de perturbação depressiva major, 5,3% de esquizofrenia e 10% de outras perturbações não especificadas (Bourget & Gagné, 2012). Em 21% dos relacionamentos íntimos, ambos apresentam problemas de saúde mental e em nenhum caso se verificou a presença de psicopatologia na mulher agressora e a sua ausência na vítima (Sebire, 2015).

No que diz respeito à prevalência das perturbações psiquiátricas, nem as mulheres agressoras nem os homens agressores de HRI são particularmente caracterizados por problemas de saúde mental (Caman, et al., 2016; Matias et al., 2020b; Sebire, 2013; Vatnar et al., 2018). Uma pesquisa nos Estados Unidos da América, sugere que entre 13% a 27,5% dos agressores de HRI apresentam um histórico de doença mental (Campbell et al., 2007). Segundo o estudo de Matias e colaboradores (2020b) foram encontradas perturbações psiquiátricas em 20% dos agressores que cometeram o HRI, sendo que a mais prevalente foi a depressão (58%). No estudo de Oram e colaboradores (2013) também registaram que 20% dos agressores de HRI sofriam de algum tipo de doença mental bem como no estudo de Sebire (2015) em que 20% das mulheres agressoras sofriam de problemas de saúde mental. No estudo de Oram et al. (2013), verificaram que um terço dos agressores de HRI foram diagnosticados com uma perturbação mental em algum momento da vida, em que 6% tinham um diagnóstico de esquizofrenia ao longo da vida e 7% apresentavam sintomatologia psicótica na prática do crime. Thomas e colaboradores (2011) referiram que aproximadamente um quarto dos agressores de HRI tinham um histórico de doença mental grave (perturbação psicótica, depressão major, maníaca ou perturbação bipolar), em comparação com 12% entre os agressores de homicídios fora do seio íntimo.

As mulheres agressoras em relações de intimidade apresentam frequentemente padrões de vinculação ansiosa, traços de personalidade *borderline*, perturbação de *stress*

pós-traumático e histórias de vitimação prévia, sobretudo durante a vida adulta, refletindo-se numa maior impulsividade, agressividade e difícil regulação emocional face a uma possibilidade imaginária ou real de abandono por parte dos seus parceiros íntimos, agindo violentamente por retaliação ou proteção (Goldenson et al, 2009; Jackson et al., 2015; Jordan et al., 2012).

Distorções Cognitivas

Existe uma lacuna na literatura sobre as distorções cognitivas e o homicídio nas relações de intimidade, contudo existem estudos sobre as distorções cognitivas e a VRI. Muitos agressores de violência doméstica utilizam atribuições externas para desculpar ou justificar o comportamento abusivo (Henning et al., 2005). Os homens agressores tendem a minimizar a gravidade do crime perpetrado ou negar o que aconteceu (Dutton & Hemphill, 1992). Muitos homens agressores alegam legítima defesa (Hamberger, 1997) mas os seus relatos são geralmente tratados como negações e distorções (Henning et al., 2005). As mulheres agressoras atribuem o seu comportamento à autodefesa, levando a concluir que são realmente vítimas e não agressoras (Hamberger & Potente, 1994; Saunders, 1995). Contudo, existe uma lacuna na veracidade das informações fornecidas pelas agressoras de VRI. Geralmente alegam legítima defesa, contudo pode ser devido às mesmas negações e distorções observadas nos homens agressores (Henning et al., 2005). Em relação ao crime de homicídio, os sentimentos de arrependimento são mais frequentes nas mulheres agressoras, contudo, pode ocorrer apenas para obterem mais simpatia por parte das pessoas, uma vez que os casos de mulheres agressoras de HRI costumam ter uma maior cobertura mediática (Häkkinen-Nyholm et al., 2009).

Barriga et al. (1996) classificam as distorções cognitivas em primárias e secundárias. As distorções cognitivas primárias incluem uma primeira categoria, que corresponde ao egocentrismo. As distorções cognitivas secundárias apoiam as primárias e dividem-se em três categorias, sendo estas, a culpabilização do outro, minimização e antecipação do pior. Não estão claras as diferenças entre as mulheres agressoras e os homens agressores a nível da minimização, negação ou atribuição da culpa pela sua condenação a fatores externos (Henning et al. 2005), assim, seria benéfico mais estudos para melhor compreensão em relação às distorções cognitivas em ambos os sexos.

Psicopatia

A psicopatia está fortemente relacionada com a prática de comportamentos desviantes, visto que, um padrão comportamental antissocial é característico da manifestação desta perturbação (Cleckley, 1941; Gonçalves, 1999; Hare, 2003; Hare & Neumann, 2008). Assim, o comportamento criminal, em particular o violento, tem sido associada à psicopatia (Hare, 2003; Hecht, et al., 2016). Foram encontrados níveis elevados de psicopatia em agressores violentos em meio prisional (Edens et al., 2007). A psicopatia pode ser definida como um construto caracterizado por facetas da personalidade relacionadas com a dimensão interpessoal, afetiva e comportamental (Cunha et al, 2022; Ortega-Escobar & Alcázar-Córcoles, 2019). É uma perturbação da personalidade caracterizada por um défice afetivo profundo, acompanhada por falta de respeito pelos direitos dos outros e das regras sociais (Porter, 1996). O instrumento mais utilizado para medir o grau de psicopatia é o *Psychopathy Checklist* (PCL) desenvolvido por Hare (1980), contudo, atualmente, a versão mais utilizada para medir a mesma é *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) (Hare, 2003). Níveis elevados de psicopatia correlacionam-se com relações de intimidade mais curtas, o que reflete a incapacidade desses indivíduos em estabelecer vínculos que se traduzem em relacionamentos duradouros. Esta curta duração da relação, pode ser explicada pelo tempo que o agressor leva a perpetrar o HRI (Santos-Hermoso, 2022). A psicopatia, é um dos fatores mais estudados em relação à violência entre parceiros íntimos e, no que diz respeito à prevalência de psicopatia entre agressores no contexto íntimo, varia entre 12% e 42% (Huss & Langhinrichsen-Rohling, 2000; Gondolf & White, 2001). Segundo Woodworth & Porter (2002), pode haver indivíduos com níveis elevados de psicopatia envolvidos em homicídios por impulsividade.

Um estudo realizado por Echeburúa & Fernández-Montalvo (2007) em prisões espanholas, constataram que 12,7% dos agressores parceiros íntimos preenchiam os critérios para serem considerados psicopatas ou exibiam tendências psicopáticas. Segundo Woodworth & Porter (2002), pode haver indivíduos com altos níveis de psicopatia envolvidos em homicídios por impulsividade, mas isso não se deve apenas à incapacidade de antecipar as consequências, mas sim por não tentarem suprimir o comportamento violento. Os indivíduos com altos níveis de psicopatia são manipuladores, impulsivos e não apresentam remorsos, são mais propensos a cometer

homicídios instrumentais ou de sangue frio do que indivíduos que não apresentem níveis de psicopatia (Woodworth & Porter, 2002).

A maioria dos estudos com amostras de mulheres agressoras e amostras psiquiátricas, revelam uma taxa de prevalência mais baixa de psicopatia e uma pontuação na PCL-R mais baixa nas mulheres do que nos homens agressores (Cale & Lilienfeld, 2002; Grann, 2000; Jackson et al., 2002; Weizmann-Henelius et al., 2012). Contudo, Belfrage e Rying (2004) descobriram que homens agressores de HRI raramente apresentam traços psicopáticos, sendo que apenas 4% preencheram os critérios de diagnóstico para psicopatia medidos com o instrumento *Psychopathy Checklist–Screening Version*, no entanto, um terço dos agressores que foram submetidos a um exame psiquiátrico forense apresentavam sintomatologia psicótica, nomeadamente traços de personalidade *borderline*. No estudo de Weizmann-Henelius e colaboradores (2010), em que compararam agressores de HRI com agressores de outro tipo de crime, tanto as mulheres agressoras como os homens agressores de HRI obtiveram pontuações significativamente baixas no fator antissocial da PCL-R definido como controles comportamentais inadequados e violação das normas sociais. No mesmo estudo, mulheres agressoras de HRI, receberam pontuações significativamente mais baixas no fator afetivo definido como emoções superficiais e falta de culpa e empatia, enquanto os homens agressores de HRI receberam pontuações mais baixas no fator estilo de vida do que os agressores que não cometeram o HRI.

Impulsividade

A impulsividade é caracterizada como uma tendência para reagir de forma rápida, intensa e inadequada (Santos-Hermoso, 2022). Existem duas formas de manifestação negativa da impulsividade: comportamentos de autoagressão, que incluem comportamentos automutilantes, tentativas de suicídio, suicídios, comportamentos de risco (e.g. condução perigosa) e comportamentos aditivos (e.g. alcoolismo, abuso de substâncias); ou comportamentos de heteroagressão, tanto ao nível físico, verbal e passivo. Desta forma, as consequências da impulsividade podem ser tanto o aumento da heteroagressão, que pode ocorrer quer em contexto social, sexual e financeiro, como o aumento da autoagressão (Almeida et al., 2005). Vigil-Colet e colaboradores (2008) descrevem a agressão impulsiva como caracterizada por atos agressivos não planeados e

impulsivos, que são causados, total ou parcialmente, por traços impulsivos da personalidade.

Felson e Massoglia (2012) descobriram que, para os homens agressores, a VRI é menos provável de ser planeada do que os crimes violentos envolvendo estranhos, enquanto que para as mulheres agressoras a VRI é tão provável de ser planeada como a violência contra estranhos. Estes resultados sugerem que a VRI pode ser mais impulsiva para os homens agressores do que para as mulheres agressoras.

Segundo Company e Soria (2016), o comportamento criminoso de mulheres e homens que cometeram o HRI não apresenta diferenças significativas no tipo de violência, sendo essencialmente expressivo. As características estão relacionadas a ter origem impulsiva e situacional, com o autor do homicídio reagindo agressivamente a um determinado impulso sem planeamento e em resposta a situações emocionais adversas ou conflito com a vítima (Company & Soria, 2016; Whittle & Hall, 2018). Contudo, segundo Goussinsky e Yassour-Borochowitz (2012) o HRI não é um ato impulsivo, mas sim o resultado de pensamentos que se desenvolveram ao longo de um período de tempo.

Objetivo do Estudo

Apesar da VRI já ter sido bastante estudada, o HRI não recebeu a mesma atenção (Sebire, 2013), principalmente em mulheres agressoras de HRI, no que se refere ao estudo dos fatores de risco de violência. É importante conhecer os fatores de risco que predizem o HRI, para que seja possível criar medidas de avaliação e programas tanto ao nível comunitário como no contexto prisional (Almeida, 2012) para que haja o menor nível de reincidência possível. As poucas investigações que estudaram mulheres agressoras de HRI, revelam que podem ter características e motivações diferentes, podendo assim ter implicações importantes para a avaliação e prevenção (Matias et al., 2020a). Estudos ressaltam a importância de aprofundar o conhecimento sobre os motivos e as formas de violência perpetradas pelas mulheres agressoras em relação aos seus parceiros íntimos (Machado & Matos, 2012; Quintas et al., 2015).

A grande parte dos estudos sobre o HRI é baseada na análise documental de arquivos de casos (Matias et al., 2020a). Desta forma, a avaliação psicológica dos

fatores de risco através de metodologias de autoavaliação e entrevista são necessárias para entender melhor as características psicológicas destas agressoras. São igualmente escassos os estudos que têm procurado entender as razões subjacentes ao HRI, especialmente entre mulheres que cometem esse crime. Assim, são necessárias mais pesquisas para estabelecer explicações teóricas sobre este crime perpetrado por mulheres (Desta & Venema, 2020). A literatura sobre este tema em Portugal também é escassa, seria benéfico fornecer mais conhecimentos sobre esta problemática a nível nacional.

Considerando os dados apresentados, resultantes da revisão de literatura, a presente dissertação, tem como objetivo contribuir para o estudo desta problemática através de uma metodologia qualitativa com o uso de entrevista e um protocolo de avaliação psicológica, analisando a associação entre os fatores psicológicos associados ao risco de violência que caracterizam o grupo das mulheres que cometem HRI. Assim, serão avaliados os seguintes fatores de risco numa amostra de mulheres reclusas: a história prévia de violência, o abuso de substâncias, a presença de sintomatologia, as motivações para o crime de homicídio, as distorções cognitivas, psicopatia e a impulsividade.

Método

A presente dissertação, de carácter exploratório, utiliza uma metodologia qualitativa, sendo os dados recolhidos e analisados através do recurso à técnica de análise de conteúdo da informação obtida através da consulta processual, assim como da aplicação de protocolos de avaliação psicológica em mulheres agressoras que se encontram a cumprir pena de prisão pelo crime de homicídio nas relações de intimidade. Adicionalmente, a presente investigação utilizou a metodologia de estudo de caso com o intuito de aprofundar a compreensão dos casos, permitindo uma análise mais detalhada das dinâmicas envolvidas no comportamento destas agressoras.

Participantes

A amostra é constituída por 14 mulheres agressoras com idades compreendidas entre 24 e 69, que se encontram a cumprir pena de prisão pelo crime de homicídio nas relações de intimidade em Portugal.

Instrumentos e Medidas

Na presente dissertação, no que diz respeito à consulta processual, foi elaborada uma grelha de recolha de variáveis fundamentada na literatura científica sobre o HRI, com o objetivo de recolher informação para o estudo das variáveis que integram a presente investigação. Posteriormente, esta grelha foi utilizada na recolha de informação sistemática durante a consulta dos processos judiciais de cada reclusa.

Protocolo de Investigação

Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)

A PCL-R (Gonçalves, 1999; Hare, 1991) analisa a estrutura da personalidade dos indivíduos, a sua aplicação é através de uma entrevista semiestruturada, sendo posteriormente completa recorrendo à consulta de processos institucionais. Nesta entrevista semiestruturada são abordados diversos aspetos da vida dos indivíduos (e.g., história escolar, história profissional, objetivos profissionais, situação financeira, saúde, vida familiar, relacionamentos interpessoais e sexuais, consumo de substâncias, comportamento antissocial na infância e adolescência, comportamento antissocial

adulto e questões gerais) e tem como duração média, uma a duas horas a ser administrada.

No que concerne à cotação, esta é composta por 20 dimensões: (1) Loquacidade/Volubilidade/Encanto superficial; (2) Sentido grandioso do valor de si próprio; (3) Necessidade de estimulação/Tendência para o tédio; (4) Mentir patológico; (5) Estilo manipulativo; (6) Ausência de Remorsos ou sentimentos de culpa; (7) Superficialidade afetiva; (8) Insensibilidade/ausência de empatia; (9) Estilo de vida parasita; (10) Deficiente controlo comportamental; (11) Comportamento sexual promíscuo; (12) Comportamento problemático precoce; (13) Ausência de objetivos realistas a longo prazo; (14) Impulsividade; (15) Irresponsabilidade; (16) Não-acatamento de responsabilidades pelas suas ações; (17) Relacionamentos conjugais numerosos e de curta duração; (18) Delinquência juvenil; (19) Revogação de medidas alternativas à pena de prisão ou medidas flexibilizadoras da pena de prisão; e (20) Versatilidade criminal. Cada uma destas dimensões é cotada numa escala de três pontos (0 – “O item não se aplica ao indivíduo”; 1 – “O item aplica-se parcialmente ao indivíduo”; 2 – “O item aplica-se na totalidade ao indivíduo) e a pontuação pode variar entre 0 e 40, sendo que valores iguais ou superiores a 30 pontos indicam existência de psicopatia, valores entre 20 e 29 pontos indicam psicopatia moderada, e valores abaixo de 20 pontos indicam de ausência de psicopatia. Na análise da consistência interna do instrumento, verifica-se um alfa de *Cronbach* de 0.84 (Gonçalves, 1999; Hare, 1991).

Brief Symptom Inventory (BSI)

O BSI (Canavarro, 1999; Derogatis, 1993), é um instrumento de autorresposta que mede sintomas psicopatológicos. É constituído por 53 itens que avalia nove dimensões sintomatológicas (somatização, sensibilidade interpessoal, ansiedade fóbica, obsessividade, depressão, hostilidade, ideação paranóide e psicoticismo) nas quais o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afetou durante a última semana. Este instrumento avalia também três índices globais: Índice Geral de Sintomas (IGS), o Total de Sintomas Positivos (TSP) e o Índice de Sintomas Positivos (ISP). É avaliado por meio de uma escala de tipo *Likert* que engloba as seguintes possibilidades: Nunca (cotada como 0); Poucas vezes (cotada como 1); Algumas vezes (cotada como 2); Muitas vezes (cotada como 3); Muitíssimas vezes (cotada como 4).

As nove dimensões são descritas da seguinte forma (Canavarro, 2007):

Somatização: inclui o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático, isto é, queixas centradas nos sistemas cardiovascular, respiratório, gastrointestinal ou outro qualquer sistema com clara mediação autónoma, também dores localizadas na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade (itens: 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37); Obsessões-Compulsões: inclui sintomas com a síndrome clínica com o mesmo nome. Isto é, as cognições, impulsos e comportamentos que são percebidos como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir. Comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral também estão incluídos nesta dimensão (itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36); Sensibilidade Interpessoal: esta dimensão refere-se à tendência de experienciar sentimentos de inferioridade em contextos sociais (e.g., autodepreciação, hesitação, desconforto e a timidez) (itens 20, 21, 22 e 42); Depressão: os itens que constituem esta dimensão refletem a maior parte dos indicadores de depressão clínica, estão representados os sintomas relativos ao afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50); Ansiedade: esta dimensão contempla indicadores como nervosismo e tensão, sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico, componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade (itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49); Hostilidade: inclui pensamentos, emoções e comportamentos associados a um estado emocional negativo (e.g. raiva) (itens 6, 13, 40, 41 e 46); Ansiedade Fóbica: os itens desta dimensão centram-se nas manifestações do comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas (itens 8, 28, 31, 43 e 47); Ideação Paranóide: esta dimensão inclui o comportamento paranoide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo, primariamente, são vistos como os reflexos desta perturbação, mecanismos de projeção, hostilidade, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios (itens 4, 10, 24, 48 e 51); e, por fim, Psicoticismo: esta dimensão inclui itens indicadores de isolamento e de perturbação da personalidade esquizóide, e sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento (itens 3, 14, 34, 44 e 53)

Segundo Canavarro (2007), para obtenção das pontuações das nove dimensões psicopatológicas, deverá somar-se os valores (0 a 4) obtidos em cada item, pertencentes a cada dimensão. Essa soma obtida deverá ser dividida pelo número de itens a que o indivíduo respondeu, para essa dimensão. Os itens 11, 25, 39 e 52 não pertencem

univocamente a nenhuma das dimensões, porém, dada a sua relevância clínica, são considerados nas pontuações dos três Índices Globais. Assim, os três Índices Globais são descritos da seguinte forma: Índice Geral de Sintomas: pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados, obtém-se através da soma das pontuações de todos os itens, e a sua divisão pelo número total de respostas válidas; Total de Sintomas Positivos: representa o número de queixas sintomáticas apresentadas, relata a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados, obtidos pela contagem do número de itens assinalados com uma resposta positiva; por fim, Índice de Sintomas Positivos: representa a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados, resulta da divisão da soma de todos os itens pelo TSP. Os Alfa de *Cronbach* variam entre 0.70 e 0.80, tendo em conta as 9 dimensões do instrumento.

Os indivíduos emocionalmente perturbados revelam *scores* mais elevados nas escalas e Índices Globais, ou seja, quanto maior o *score* maior a probabilidade de psicopatologia (Canavarro, 2007).

Escala de Impulsividade de Barratt (EIB-11)

O EIB-11 (Brito-Costa et al., 2019; Patton et al., 1995), é uma escala de autorresposta de 30 itens relacionados com manifestações da impulsividade em que o indivíduo analisa cada uns um desses itens que descrevem formas comuns de agir, tendo em consideração o seu próprio comportamento e classifica-os de acordo com uma escala do tipo *Likert* de quatro pontos (1 – “Nunca ou raramente”, 2 – “Às vezes”, 3 – “Frequentemente”, 4 – “Quase sempre/sempre”), e é obtida através da soma de todos os itens, sendo que os itens 1, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 20, 29 e 30 são cotados inversamente. A sua pontuação varia entre os 30 e os 120 pontos, sendo que quanto mais elevado o valor dos pontos, maior será a presença de comportamentos impulsivos. Além do resultado global, este instrumento também permite o cálculo de valores parciais relativos a três tipos de impulsividade, sendo estes: (1) a Impulsividade Motora (itens 2, 3, 4, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25 e 30); (2) a Impulsividade Atencional (itens 5, 6, 9, 11, 20, 26 e 28); e (3) a Impulsividade por Não Planeamento (itens 1, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 19 e 27) (Malloy-Diniz et al., 2010). Na análise da consistência interna do instrumento, verifica-se um alfa de *Cronbach* de 0.762 (Brito-Costa et al., 2019).

Self Blame and Victim Blame Scale

O *Self Blame and Victim Blame Scale* (Henning et al., 2005, traduzido por Santos et al., 2023), é uma escala de autorresposta composta por 16 itens (8 itens que avaliam a autculpabilização; 8 itens que avaliam a culpabilização da vítima). Os itens que avaliam a autculpabilização e a culpabilização da vítima, são cotados através de uma escala de tipo *Likert* de 2 pontos (0- “não é verdade”; 1- “um pouco verdade”; 2- “é verdade”), que avalia até que ponto a pessoa agressora culpa a si mesma ou a vítima pelo incidente. A pontuação varia entre os 0 e os 16 pontos, sendo que quando maior o valor, maior será a presença de distorções cognitivas. Na análise da consistência interna do instrumento, na dimensão Autoculpabilização, verifica-se um alfa de *Cronbach* de 0.64 e, na dimensão Culpabilização da vítima, verificou-se um alfa de *Cronbach* de 0.82 (Henning et al., 2005).

Minimization & Self Defense Scale

O *Minimization & Self Defense Scale* (Henning et al., 2005, traduzido por Santos et al., 2023) é uma escala de autorresposta composta por 8 itens que avaliam duas dimensões (5 itens que avaliam a minimização do incidente; 3 itens que avaliam a autodefesa como justificção para as próprias ações), são cotados através de uma escala de tipo *Likert* de 4 pontos (0- “discordo totalmente”; 1- “discordo”; 2- “concordo”; 3- “concordo totalmente”). A pontuação varia entre os 0 e os 24 pontos, sendo que quando maior o valor, maior será a presença de distorções cognitivas. Na análise da consistência interna do instrumento, na dimensão Minimização do incidente, verifica-se um alfa de *Cronbach* de 0.68 e, na dimensão Autodefesa como justificção para as próprias ações, verificou-se um alfa de *Cronbach* de 0.75 (Henning et al., 2005).

Procedimento

Em primeiro lugar, foi elaborado a proposta de projeto da presente dissertação e a sua aprovação pela Comissão Científica. De seguida, foi efetuado um requerimento de pedido de autorização para a realização da investigação dirigido à Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) com a proposta do projeto de investigação, o guião de entrevista e os instrumentos que foram utilizados. Após aceitação, os

documentos foram enviados à Comissão de Ética da Egas Moniz School of Health and Science para aprovação.

A recolha de dados foi efetuada nos estabelecimentos prisionais de mulheres com reclusas que tenham cometido homicídio nas relações de intimidade e se voluntariaram a participar nesta investigação. Foi enviado um documento explicativo aos diretores de cada um dos estabelecimentos prisionais, que permitiram dar início à recolha dos dados: identificação de voluntárias, marcação das entrevistas e da aplicação do protocolo da avaliação psicológica.

As entrevistas foram realizadas por duas entrevistadoras, sendo que uma delas aplicou a entrevista e os instrumentos e a outra recolheu a informação e realiza a consulta processual. Foi solicitado a todas as participantes o preenchimento de um consentimento informado (anexo A), de modo a informar as participantes do objetivo do estudo e de todos os procedimentos neste envolvidos.

Todos os aspetos éticos referentes à recolha de dados foram realizados, de modo a salvaguardar o bem-estar de todas as participantes. O estudo teve em consideração os interesses das participantes, sendo possível estas desistirem da participação do mesmo quando assim o quisessem. O presente estudo garantiu o anonimato e confidencialidade da informação relativa às participantes e aos seus processos judiciais.

Análise e Discussão dos Resultados

Os resultados obtidos estão organizados de acordo com as dimensões das variáveis estudadas (história prévia de violência, abuso de substâncias, presença de sintomatologia, motivações para o crime de homicídio, distorções cognitivas, psicopatia e a impulsividade). Para cada uma destas variáveis foram analisadas as diferentes dimensões que a compõem, com o objetivo de identificar quais apresentaram valores significativos nos participantes da amostra.

Caracterização da Amostra

Como referido anteriormente, a amostra (Tabela 1) é constituída por 14 mulheres agressoras com idades compreendidas entre os 24 e 69 anos.

Quanto ao tipo de relação entre agressora e vítima, a maioria das participantes encontrava-se em contexto conjugal formal, com 12 casos envolvendo mulheres casadas ou em relacionamentos de namoro, apenas um caso ocorreu em relação de carácter extraconjugal e outro após o divórcio. Estes dados sugerem que a violência letal nas mulheres agressoras ocorre principalmente em relações de intimidade estáveis e formalizadas, o que pode ter implicações nos padrões de conflito e dinâmica de poder e controlo que podem ter-se intensificado ao longo do tempo, conforme descrito na literatura. Relações formais são frequentemente caracterizadas por maior dependência emocional, fatores que podem aumentar o risco de violência letal. Este dado é consistente com o estudo de Matias e colaboradores (2020b), em que verificaram que a maioria das mulheres agressoras estavam numa relação formal e atual no momento do crime.

O local do crime foi predominantemente o espaço doméstico, com 11 participantes a cometerem o HRI na habitação comum ou na residência da vítima, sendo este um padrão observado frequentemente em casos de violência doméstica, sugerindo que o ambiente doméstico, geralmente associado a privacidade e segurança, desempenha um papel significativo no desenrolar da violência, possivelmente como contexto onde ocorrem escaladas de conflitos ou dinâmicas de controlo. O ambiente doméstico pode ser um espaço onde se concentram tensões e onde o sentido de domínio

ou controlo pode ser mais facilmente exercido. Este dado é consistente com o estudo de Matias e colaboradores (2020b), em que verificaram que os HRI ocorreram principalmente na residência do agressor ou da vítima.

No que respeita ao método letal utilizado, observou-se uma variedade de instrumentos, incluindo armas brancas, armas de fogo, e métodos de asfixia. A escolha do método parece refletir diferentes níveis de premeditação e de resposta emocional das agressoras, desde impulsividade (e.g., uso de facas) até métodos mais complexos como homicídios encomendados, que indicam planeamento. A literatura sobre homicídios cometidos por mulheres destaca o recurso a armas brancas como um traço característico (Matias et al., 2020b), possivelmente devido à acessibilidade destes instrumentos no ambiente doméstico (Matias et al., 2020a) e à sua utilização num contexto de impulso. Os casos em que os HRI foram encomendados, onde as agressoras recorreram a cúmplices para realizar o ato letal são comportamentos exclusivos das mulheres agressoras como verificado na literatura (Matias et al., 2020b) e está associado a situações onde as agressoras sentem uma maior dificuldade em confrontar diretamente a vítima, optando pelo distanciamento emocional ou evitando o contacto físico direto.

Todas as participantes foram condenadas por homicídio qualificado, sendo que, em alguns casos, as condenações incluíram acusações adicionais, como violência doméstica, profanação de cadáver e porte de arma proibida. As penas atribuídas variam entre 14 e 21 anos de prisão, refletindo a gravidade dos atos cometidos e as particularidades do contexto em que ocorreram, contrariamente ao estudo de Matias e colaboradores (2020b) em que a maioria das mulheres agressoras tiveram uma pena de prisão de 8 anos. Estas características criminais e demográficas das participantes são fundamentais para a compreensão das dinâmicas de VRI e para a análise dos fatores psicológicos associados ao HRI (Matias et al., 2020a; Matias et al., 2020b).

Tabela 1
Caracterização da amostra

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10	Caso 11	Caso 12	Caso 13	Caso 14
Idade	55 anos	47 anos	41 anos	34 anos	60 anos	69 anos	53 anos	24 anos	46 anos	45 anos	48 anos	46 anos	53 anos	34 anos
Tipo de relação (agressora-vítima)	Casados	Casados	Casados	Casados	Casados	Divorciados	Casados	Namorados	Casados	Casados	Casados	Casados	Casados	Extraconjugal
Local do crime	Habitação comum	Habitação comum	Habitação comum	Habitação da vítima	Habitação comum	Habitação da vítima	Habitação da vítima	Habitação comum	Habitação comum	Via pública	Habitação comum	Habitação comum	Habitação comum	Habitação da vítima
Arma utilizada/ Outro meio letal	Faca, machado	Fio de nylon, almofada (asfixia)	Faca	Faca	Arma de fogo	Homicídio encomendado	Homicídio encomendado	Faca	Homicídio encomendado	Arma de fogo	Martelo; faca	Incêndio	Faca	Faca
Sentença	Homicídio Qualificado	Homicídio Qualificado; Profanação do cadáver	Homicídio Qualificado; Violência doméstica	Homicídio Qualificado; Violência doméstica	Homicídio Qualificado; Detenção de arma proibida	Homicídio Qualificado	Homicídio Qualificado; Profanação de cadáver	Homicídio Qualificado; Violência doméstica	Homicídio Qualificado	Homicídio Qualificado; Porte de arma	Homicídio Qualificado	Homicídio Qualificado	Homicídio Qualificado; Ofensa integridade física qualificada	Homicídio Qualificado
Condenação (anos de prisão)	17 anos	20 anos	17 anos e 6 meses	16 anos	17 anos	18 anos	21 anos	14 anos	20 anos	14 anos	19 anos	15 anos	14 anos e 3 meses	18 anos

História Prévia de Violência

Esta informação foi recolhida através da entrevista semiestruturada PCL-R e da análise dos documentos dos processos-crime.

Ao analisar a tabela 2, observa-se que há história prévia de violência em 10 casos. Em 5 casos a história prévia de violência foi perpetrada pelas vítimas de HRI, noutros 5 casos a VRI foi bidirecional, ou seja, perpetrada tanto pelas mulheres agressoras de HRI como pelas vítimas, e em 4 casos não houve história prévia de violência conhecida ou relatada. Esta alta prevalência de histórico de VRI perpetrada pela vítima do HRI sugere que, em muitos dos casos, o homicídio ocorreu num contexto de violência prévia, o que pode ser interpretado como um fator que contribui para a escalada do conflito. Os resultados vão ao encontro com a literatura que relata que, mulheres que cometeram este tipo de crime, têm maior probabilidade de terem sido vítimas de violência pelo parceiro que sofreu o homicídio, utilizando a violência letal como legítima defesa e como resultado de terem sido vítimas por um longo período de tempo pela vítima do HRI (Aldridge & Browne, 2003; Caman et al., 2016; Campbell et al., 2007).

Entre os 10 casos com história de violência prévia, os tipos de violência variam entre a violência física, que está presente em todos os 10 casos de violência; a violência verbal, presente em 8 dos 10 casos; e a violência psicológica, presente em 4 casos. O facto da violência física ser predominante nestes casos é consistente com a literatura que mostra que a VRI pode criar um ciclo de violência que, em alguns casos, culmina no homicídio, bem como um homem violento também apresenta maior risco de ser morto pela sua parceira íntima (Campbell et al., 2003). As mulheres agressoras de HRI tendem a sofrer mais violência física (Caman et al., 2016; Campbell et al., 2007; Weizmann-Henelius et al., 2012), contudo também sofrem violência psicológica (Stark, 2013; Yourstone et al., 2008). A existência de violência verbal juntamente com psicológica e com violência física, sugere uma dinâmica relacional caracterizada por controlo e intimidação.

Em 5 dos casos onde houve história de violência prévia, tanto a agressora como a vítima tinham comportamentos violentos. Este dado é relevante porque reflete a complexidade dos casos de VRI, onde a violência não é exclusivamente unilateral. Estes resultados vão de encontro com o estudo de Vatnar e colaboradores (2018) que

afirmaram que os seus resultados indicam que a VRI bidirecional apareceu mais como padrão nos casos em que as mulheres eram agressoras de HRI. Este fenómeno também é observado em estudos, onde a bidirecionalidade na violência é bastante comum, em que ambos os parceiros exibem comportamentos violentos de alguma forma (Machado, 2016; Matias et al., 2020b).

Tabela 2
História prévia de violência

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10	Caso 11	Caso 12	Caso 13	Caso 14
História Prévia de violência	Não aplicável	Não aplicável	Presente, mútua	Presente, mútua	Presente	Presente, mútua	Presente	Presente, mútua	Não aplicável	Presente	Presente	Presente	Não aplicável	Presente, mútua
Tipo de violência	Não aplicável	Não aplicável	Física	Verbal, física, psicológica	Verbal, física	Verbal, física	Verbal, física	Verbal, física, psicológica	Não aplicável	Verbal, física, psicológica	Verbal, física	Verbal, física	Não aplicável	Verbal, física

Abuso de Substâncias

Ao analisar a tabela 3, observa-se que apenas 3 casos apresentam algum tipo de abuso de substâncias. Este baixo índice de abuso de substâncias entre as agressoras contrasta com outros estudos, sugerindo que a relação entre abuso de substância e o HRI pode variar conforme o contexto e a natureza do relacionamento. Apesar do abuso de drogas e álcool ser um fator de risco relevante para as mulheres agressoras de HRI (Caman et al, 2016; Vatnar et al., 2019; Weizmann-Henelius et al., 2012), não está presente em todos os casos de homicídio nas relações de intimidade analisados no presente estudo.

As substância identificadas nos casos com histórico de consumos foram o haxixe (Caso 4), com início de consumo aos 19 anos; álcool e hábitos tabágicos acentuados (Caso 13); cocaína, benzodiazepinas, anfetaminas, êxtasy e alucinogénicos (Caso 14), com início de consumo aos 14 anos.

O caso 4 começou o consumo de haxixe aos 19 anos. O haxixe tem sido relatada como menos provável de resultar em comportamentos violentos (Boles & Miotto, 2003; Ostrowsky, 2011). Contudo, isto não significa necessariamente que o seu consumo seja menos perigoso para o parceiro íntimo do utilizador, uma vez que os sintomas de abstinência da substância têm sido associados a irritabilidade, raiva e agressão (Boles & Miotto, 2003; Budney et al., 2004; Smith, 2002), o que pode culminar em comportamentos mais violentos como HRI.

O caso 14 destaca-se pelo consumo de várias substâncias com início numa idade precoce (14 anos), o que pode ter implicações no desenvolvimento de padrões de comportamento impulsivo e agressivo. O consumo de estimulantes, como cocaína ou metanfetaminas têm sido associados à VRI (Gilbert et al., 2012).

A ausência de informação sobre a idade de início de consumo no Caso 13 limita a compreensão do impacto que o álcool e os hábitos tabágicos acentuados possam ter tido no seu comportamento. Contudo, o alcoolismo é frequentemente correlacionado com o HRI, particularmente na perpetração deste crime por mulheres (Aldridge & Browne, 2003; Eliason, 2009; Moracco et al., 2003).

O baixo índice de abuso de substâncias constatado nos presentes casos levanta questões sobre o papel diferenciado do uso de substâncias em mulheres agressoras de

HRI em comparação com outros grupos populacionais. É possível que os fatores psicológicos, como traumas ou problemas emocionais sem associação ao abuso de substâncias, desempenhem um papel mais significativo nesses casos, refletindo a complexidade das causas subjacentes ao HRI entre mulheres agressoras.

Tabela 3
Abuso de substâncias

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10	Caso 11	Caso 12	Caso 13	Caso 14
Tipo de Consumo	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Haxixe	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Álcool, Hábitos tabágicos acentuados	Cocaína, Benzodiazepinas, anfetaminas, êxtasy, alucinogénicos
Idade Início de Consumo	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	19 anos	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Sem informação	14 anos

Presença de Sintomatologia

A tabela 4 descreve os resultados do instrumento BSI.

Ao analisar a tabela 3, podemos observar que na dimensão somatização há valores significativos nos casos 1, 2, 3, 4, 6, 12 e 13, sugerindo uma maior tendência a expressar o sofrimento emocional através de sintomas físicos. A somatização pode também estar associada a processos de internalização de dor emocional, o que é comum entre pessoas que experienciam dificuldades em expressar ou na resolução de conflitos.

Na dimensão obsessões-compulsões, observa-se que apenas os casos 1 e 8 apresentam uma pontuação alta, o que sugere uma forte presença de pensamentos intrusivos e comportamentos repetitivos nessas agressoras.

Na dimensão sensibilidade interpessoal, os casos 1, 2, 3, 6, 8, 9, 11, 12 e 13 apresentam valores elevados, podendo apresentar sentimentos de inadequação em relacionamentos e interações sociais, sugerindo que podem sentir-se isoladas, julgadas ou rejeitadas, o que é comum em vítimas de abuso.

Na dimensão depressão, os casos 1, 2, 3, 6, 9, 11, 12, 13 e 14 demonstram pontuações significativas, podendo estar associada a experiências de abuso, violência e privação de liberdade. A depressão é das dimensões mais prevalentes nos casos estudados na presente investigação. Segundo a literatura, alguns agressores de HRI, sofrem de doenças mentais, sendo a depressão a perturbação mais frequente (Liem, 2010; Matias et al., 2020b; Thomas et al., 2011). A depressão pode influenciar a forma como estas agressoras interpretam e reagem a situações interpessoais, reduzindo a capacidade de resolução de conflitos e promovendo um comportamento defensivo ou retaliativo. Essa relação é particularmente importante para entender as motivações das agressoras que, muitas vezes, enfrentam sentimentos de inferioridade ou abandono nos seus relacionamentos íntimos.

Na dimensão ansiedade, os casos 1, 2, 3, 6, 11, 13 e 14 apresentam valores elevados. A ansiedade tende a intensificar a reatividade e ameaças percebidas, o que pode contribuir para a escalada de comportamentos agressivos (Thomas et al., 2011) e culminar no HRI.

Na dimensão hostilidade, não houve nenhum caso com valores significativos. Sugerindo que a hostilidade pode não ser um traço predominante entre este tipo de agressoras. Estes resultados contrastam com a ideia de que a agressividade impulsiva poderá ser um fator predominante entre mulheres agressoras de HRI. Esta ausência sugere que as motivações podem estar mais ligadas a respostas defensivas ou a percepções de ameaça, e não necessariamente a uma agressividade latente.

Na dimensão ansiedade fóbica, apenas os casos 1 e 13 apresentam valores elevados. A ansiedade fóbica caracteriza-se por medos intensos e irracionais relacionados a situações específicas, que podem levar ao sofrimento.

A dimensão ideação paranoide é a mais prevalente. Os casos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12 e 13 apresentam valores elevados, em particular o caso 4 e o 12 (16 pontos). A ideação paranoide pode ser encontrada em indivíduos expostos a altos níveis de *stress* ou violência. Essa prevalência sugere uma tendência ao pensamento paranoide, o que pode levar a interpretações distorcidas de intenções e ações dos parceiros íntimos. Essa distorção da realidade pode agravar os sentimentos de ameaça e aumentar a probabilidade do HRI. A ideação paranoide pode intensificar a crença de que o parceiro é uma ameaça direta, contribuindo para uma resposta violenta.

Na dimensão psicoticismo, são os casos 1, 2, 3, 4, 6, 8, 11, 12 e 13 que apresentam valores mais elevados. No contexto de mulheres agressoras, estes resultados podem significar uma tendência a respostas agressivas quando percebem uma ameaça ao relacionamento ou ao próprio bem-estar, possivelmente levando a decisões impulsivas e violentas em situações de tensão.

Ao analisar todos estes dados, podemos verificar que todos os casos apresentam vários sintomas psicológicos significativos, com destaque a somatização, a sensibilidade interpessoal, a depressão, a ansiedade, a ideação paranoide e o psicoticismo, podendo estar ligados ao crime que cometeram. A depressão, a ansiedade, a perturbação de *stress* pós-traumático, a perturbação de personalidade antissocial estão correlacionadas com a perpetração de violência por parte do parceiro íntimo (Spencer et al, 2019) e, independentemente do tipo de homicídio, há probabilidade de sofrerem perturbações mentais durante a sua vida (Caman et al., 2022). Esta prevalência da presença de sintomatologia, vai ao encontro com a literatura que diz que a doença mental e a presença de sintomatologia são mais fatores de risco frequentes nas mulheres agressoras

(Flynn & Graham, 2010; Flynn, et al., 2011; Jordan et al., 2012; Weizmann et al., 2012; Yourstone et al., 2008).

Tabela 4

Sintomatologia

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10	Caso 11	Caso 12	Caso 13	Caso 14
Somatização	11	12	16	6	0	16	0	2	2	4	2	11	10	0
Obsessões-Compulsões	15	7	7	4	0	6	3	10	4	5	5	2	6	0
Sensibilidade interpessoal	11	4	4	0	0	4	0	5	7	0	6	6	4	0
Depressão	18	12	12	4	2	11	3	3	8	1	10	10	12	6
Ansiedade	8	16	16	3	0	8	4	5	4	0	9	5	8	6
Hostilidade	0	0	0	3	0	0	2	3	1	1	2	1	0	0
Ansiedade Fóbica	6	2	2	0	0	1	0	0	0	2	2	0	8	0
Ideação Paranoide	9	6	6	16	8	15	4	8	8	2	11	16	8	2
Psicoticismo	15	15	15	7	1	14	3	7	1	3	6	9	4	2
Índice Geral de Sintomas (IGS)	2.038	1.698	1.698	.887	.302	1.566	.434	1.057	.755	.337	1.113	1.434	1.396	.340
Índice de Sintomas Positivos (ISP)	3.273	3.103	3.103	2.136	2.286	2.964	1.533	1.931	2.500	1.176	1.686	2.815	3.700	2.250
Total de Sintomas Positivos (TSP)	33	29	29	22	7	28	15	29	16	17	35	27	20	8

Motivações para o Crime

Ao analisar a tabela 5, verificamos que as motivações para o crime abrangem fatores como ciúmes, violência doméstica, questões relacionadas ao divórcio, discussão e existência de relacionamentos extraconjugais.

O ciúme é a motivação com mais prevalência nos casos (Casos 2, 3, 4, 6, 8 e 9). O ciúme é frequentemente ligado ao controle e posse sobre o parceiro íntimo, muitas vezes associado à insegurança e medo de abandono que pode ter resultado em episódios de violência quando estas agressoras sentiram que a relação estava ameaçada. O ciúme é um motivo comum para cometer o HRI (Alves, 2015; Dobash & Dobash, 2012; Lupri, 2004; Kivisto, 2015), e o risco do HRI é cinco vezes maior se a vítima tiver trocado o agressor por outro parceiro (Campbell et al, 2003). Apesar de na literatura o ciúme ser um fator motivacional mais predominante nos homens agressores (Beyer et al., 2015; Dutton, 2001; Graham et al. 2020; Thompson, 2014; Tridapalli et al., 2018), os resultados da presente dissertação mostram que esta motivação é a mais prevalente nos casos de mulheres agressoras de HRI estudados.

A violência doméstica é outro fator prevalente, presente nos casos 5, 7, 10, e 12. Nesses casos, relataram uma história de abuso e violência dentro das suas relações, sugerindo que esses homicídios podem ter sido uma forma extrema de retaliação. Mulheres que cometem HRI, frequentemente têm um histórico de abuso por parte dos seus parceiros íntimos, ao enfrentarem atos repetidos de violência e ameaças de morte, podem chegar a um ponto em que a possibilidade de matar o agressor torna-se uma realidade (Salas, 2019), para além disso, a VRI mútua é mais frequentemente presente nos casos de HRI perpetrada por mulheres (Vatnar et al., 2018). A literatura sobre o tema mostra que, em certos casos, a violência retaliatória pode emergir de uma história prévia de abuso contínuo, onde a vítima se torna agressora como tentativa de pôr fim ao ciclo de violência sofrido (Walker, 2016). A maioria das mulheres agressoras comete o HRI como autodefesa e por medo, em resposta ao longo período de tempo de VRI sofrida (Caman et al., 2016; Dobash & Dobash, 2015; Eriksson & Mazerolle, 2013; Goussinsky & Yassour-Borochowitz, 2012; Karbeyaz et al., 2018; Kim et al., 2018; Virtanen & Savinen, 2017; Whittle & Hall, 2018).

A resistência ao divórcio foi a motivação verificada nos casos 4 e 11, em que as agressoras destes casos não aceitaram a vontade do seu parceiro em divorciar. O medo de perder o controle sobre o parceiro ou de ser abandonada pode desencadear

comportamentos violentos, contudo, estudos têm sugerido que homens agressores são mais frequentemente motivados pela rutura involuntária, separação ou divórcio do que as mulheres agressoras (Dobash & Dobash, 2015; Matias et al., 2020b).

A discussão é um fator motivacional nos casos 1 e 13, nos quais a tensão gerada por conflitos culminou no homicídio. No caso 1, a motivação envolve a tentativa de esconder um caso extraconjugal, sugerindo que as pressões sociais e familiares desempenharam um papel importante para o homicídio. Esta motivação vai ao encontro com a literatura que diz que a discussão é também um motivo prevalente nos HRI, especialmente quando é perpetrado por mulheres agressoras (Hines & Saudino, 2003; Léveillé & Trébuchon, 2017; Matias et al., 2020b; Vatnar et al., 2018). O agravamento de conflitos, em particular quando há fatores como ciúme e infidelidade, pode escalar para o HRI, sobretudo em agressoras com dificuldade em regular as próprias emoções.

Por fim, verificou-se que a existência de casos extraconjugais por parte destas agressoras também é um fator motivacional, como nos casos 1, 9 e 14. O caso 14 difere dos restantes pois era com a vítima que mantinha um caso extraconjugal. Segundo a literatura, a suspeita de infidelidade é uma motivação mais presente nos homens agressores de HRI (Dobash & Dobash, 2012; Matias et al., 2020b).

Tabela 5
Motivação para o crime

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10	Caso 11	Caso 12	Caso 13	Caso 14
Motivação	Discussão, caso extraconjugal	Ciúme	Ciúme	Ciúme, não aceitar divórcio	Violência doméstica	Ciúme	Violência doméstica	Ciúme	Ciúme, caso extraconjugal	Violência doméstica, vítima querer sair do país	Não aceitar divórcio	Violência doméstica	Discussão	Vítima amante

Distorções Cognitivas

A tabela 6 refere-se aos resultados dos instrumentos *Self Blame and Victim Blame Scale* e *Minimization & Self Defense Scale*, foram analisadas as dimensões de autculpabilização, culpabilização da vítima, minimização do incidente e autodefesa como justificação para as ações.

Na dimensão autculpabilização, apenas os casos 2, 3 e 14 apresentam valores significativos, sugerindo que nesses casos as agressoras tendem a assumir a responsabilidade pelos acontecimentos.

Na dimensão culpabilização da vítima, os casos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13 e 14 apresentam valores elevados. Esta prevalência reflete a atribuição da responsabilidade do crime à própria vítima. Contudo, os casos 2, 3 e 14 pontuaram valores significativos na dimensão autculpabilização, como referido acima. Esta discordância de resultados pode ser devido a uma lacuna na veracidade das informações fornecidas pelas agressoras, que alegam legítima defesa, contudo, pode ser devido a negações e distorções (Henning et al., 2005).

Na dimensão minimização do incidente, os casos 2, 3, 6, 12, 13 e 14 apresentam valores elevados, indicando que nesses casos as agressoras podem minimizar a gravidade dos seus atos para justificar ou reduzir a percepção de culpa. Essa defesa é frequentemente observada em agressores que racionalizam o comportamento violento como uma resposta razoável, reduzindo a percepção da gravidade (Henning & Holdford, 2006).

Na dimensão autodefesa como justificação para as próprias ações, os casos 3, 5, 10, 11 e 12 apresentam valores significativos, indicando que estas agressoras cometeram o crime por legítima defesa. No entanto, é importante diferenciar esses casos daqueles em que a autodefesa é utilizada como uma estratégia para reduzir a responsabilização.

A culpabilização da vítima e a minimização do incidente são as distorções mais prevalentes nesta investigação, o que pode indicar uma resistência significativa dessas mulheres agressoras em aceitar a responsabilidade pelo crime que cometeram por HRI, o que pode funcionar como uma defesa psicológica contra a culpa e o arrependimento

(Stith et al., 2004). Esses mecanismos, aliados ao sofrimento emocional, aumentam a probabilidade de que os conflitos com a vítima do HRI, como o ciúme ou a ameaça de divórcio, escalem para o homicídio. Os resultados sobre as distorções cognitivas evidenciam a necessidade de intervenções focadas em reestruturação cognitiva, principalmente no que se refere à aceitação de responsabilidade e à percepção da gravidade do HRI. Além disso, compreender as distorções cognitivas predominantes nas agressoras permite a criação de programas de intervenção personalizados, que atendam aos fatores específicos de cada caso, como a tendência à externalização da culpa e a minimização do incidente.

Tabela 6
Distorções cognitivas

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10	Caso 11	Caso 12	Caso 13	Caso 14
Autoculpabilização	3	8	8	4	1	3	1	4	1	4	2	2	4	9
Culpabilização da vítima	1	6	10	10	14	16	11	4	11	8	12	14	8	10
Minimização do incidente	3	5	9	4	3	6	3	4	3	4	3	5	9	6
Autodefesa como justificção para as próprias ações	0	2	9	4	8	0	2	3	0	5	5	7	3	0

Psicopatia

A tabela 7 apresenta os resultados do instrumento PCL-R com base em dois fatores. O Fator 1 refere a traços de personalidade associados à manipulação, ausência de remorso e superficialidade emocional, O Fator 2, está relacionado com comportamentos impulsivos e antissociais.

A ausência generalizada de traços psicopáticos na maioria dos casos é consistente com a literatura, que sugere que a prevalência de psicopatia entre as mulheres que cometeram crimes de homicídio é baixa (Cale & Lilienfeld, 2002; Grann, 2000; Jackson et al., 2002; Weizmann-Henelius et al., 2012).

O caso 14 é o único que apresenta uma pontuação total de 20, o que indica a presença moderada de traços psicopáticos, especialmente no Fator 1 (8 pontos), o que sugere a presença de traços de manipulação e falta de empatia ou remorsos. Estes resultados indicam que abordagens de intervenção para agressoras com traços psicopáticos devem considerar estratégias específicas para lidar com a manipulação, a falta de empatia e a ausência de remorso.

Tabela 7
Psicopatia

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10	Caso 11	Caso 12	Caso 13	Caso 14
Fator 1	3	4	6	3	0	11	2	1	10	1	3	0	7	8
Fator 2	5	1	3	6	1	0	0	2	1	4	0	2	5	10
Total ajustado	8	6	11	11	1	11	2	5	13	7	5	2	12	20
Psicopatia	Ausência	Ausência	Ausência	Ausência	Ausência	Ausência	Ausência	Ausência	Ausência	Ausência	Ausência	Ausência	Ausência	Moderada

Impulsividade

A tabela 8 refere-se ao resultados do instrumento EIB-11. Os resultados revelam variações importantes entre os casos. As pontuações totais variam de 40 (Caso 7) a 84 (Caso 1), indicando diferenças significativas no nível de impulsividade.

Na dimensão impulsividade motora, que reflete a incapacidade de inibir respostas rápidas ou impulsivas, não se verifica resultados significativos em nenhum dos casos. Isso indica que, apesar de estarem envolvidas em homicídios, as suas ações podem ter sido menos reativas e mais calculadas, o que sugere outros fatores motivadores além da impulsividade motora.

Na dimensão impulsividade atencional, os valores são elevados nos casos 1 (22), 2 (22), 3 (18), 4 (19), 13 (25) e 14 (19). Estes resultados sugerem que essas agressoras apresentam uma dificuldade acentuada em focar e processar informações antes de agir. Essa falta de atenção pode ter facilitado a tomada de decisões erradas ou impulsivas durante situações críticas, como a do crime.

Na dimensão impulsividade por não planeamento, que envolve a tendência de não pensar a longo prazo e a dificuldade em organizar comportamentos futuros, apresenta valores elevados nos Casos 1 (33) e 14 (33), sugerindo que as decisões tomadas destas agressoras antes e durante o crime foram feitas sem qualquer forma de planeamento prévio. Essa impulsividade por não planeamento pode estar ligada à incapacidade de avaliar as consequências a longo prazo, um fator comum neste tipo de crime. A falta de planeamento prévio nestes casos sugere que essas agressoras, ao agirem de forma impulsiva, poderiam ter respostas mais intensas e desproporcionais ao contexto, possivelmente motivadas por reações emocionais. A literatura sobre o homicídio em geral refere que o agressor do homicídio é caracterizado por reagir agressivamente a um determinado impulso sem planeamento e em resposta a situações emocionais adversas ou conflito com a vítima (Company & Soria, 2016; Whittle & Hall, 2018).

Apenas os casos 1 e 14 apresentam os valores totais elevados, 84 e 81, respetivamente. Esta baixa prevalência vai ao encontro com a literatura que diz que o HRI não é um ato impulsivo, mas sim o resultado de pensamentos que se

desenvolveram ao longo de um período de tempo (Goussinsky & Yassour-Borochowitz, 2012). Embora não se trate de uma característica central para todos os casos, a impulsividade sugere uma capacidade limitada para adotar uma visão a longo prazo e uma tendência a decisões precipitadas em momentos de alta carga emocional (Felson & Lane, 2010).

Tabela 8
Impulsividade

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10	Caso 11	Caso 12	Caso 13	Caso 14
Impulsividade Motora	26	14	21	24	14	15	14	22	20	14	14	15	17	21
Impulsividade Atencional	22	22	18	19	11	14	10	13	12	13	11	10	25	19
Impulsividade por Não Planejamento	33	23	21	23	17	16	14	22	18	12	15	19	21	33
Total	84	66	61	70	44	50	40	61	55	41	42	46	71	81

Conclusão

A análise dos HRI perpetrados por mulheres agressoras revela um conjunto complexo de fatores psicológicos, emocionais e contextuais que interagem e aumentam o risco de homicídio. A presente dissertação, revela elementos fundamentais na caracterização de mulheres agressoras do HRI.

Assim, apesar da amostra ser reduzida, os resultados obtidos sugerem que uma história de violência prévia desempenha um papel determinante, com 10 das 14 participantes reportando terem vivenciado e/ou cometido atos de violência física, verbal e/ou psicológica nas suas relações de intimidade com a vítima do HRI. O tipo de violência prévia mais prevalente foi a violência física (10 casos), violência verbal (8 casos) e a violência psicológica (4 casos). Estes resultados estão em consonância com a literatura, que apoia a ideia de que a história prévia de violência seja como vítima, agressora ou ambas, é um fator significativo nas mulheres que cometem o HRI. A VRI prévia, incluindo a violência física, verbal e psicológica, é um padrão frequentemente observado e pode ser um fator desencadeante em momentos de tensão. Nos homens agressores, a violência prévia também é comum, contudo, apresentam-se geralmente como agressores e não como vítimas. As mulheres agressoras, pelo contrário, são frequentemente descritas como tendo passado por papéis tanto de vítima como agressora, o que pode influenciar a dinâmica do HRI.

Paralelamente, os resultados indicam que o abuso de substâncias não desempenhou um papel tão significativo entre as mulheres agressoras da presente dissertação, visto que apenas três participantes apresentavam histórico de consumo, revelando que fatores de natureza emocional e relacional podem ter maior peso no desencadeamento do HRI. Este baixo consumo de substâncias entre mulheres agressoras não está alinhado com a maioria dos estudos, que sugerem que o consumo de substâncias é frequentemente um fator de risco associado ao comportamento agressivo.

No que concerne a sintomatologia, os resultados obtidos sugerem que a somatização, a sensibilidade interpessoal, a depressão, a ansiedade, a ideação paranoide e o psicoticismo, são dimensões presentes nestas agressoras e podem contribuir para a compreensão das vulnerabilidades psicológicas que potenciam comportamentos de VRI. Estas dimensões podem indicar que estas mulheres agressoras de HRI têm um perfil psicológico caracterizado por elevados níveis de sofrimento interno e dificuldade em lidar com conflitos interpessoais que, em situações de crise ou tensão nas relações de

intimidade, pode resultar em reações violentas. Estes resultados são consistentes com estudos que indicam que muitas mulheres agressoras de HRI apresentam perfis de sofrimento psicológico e é comum encontrar mais sintomatologia relacionada com problemas de internalização (e.g., depressão e ansiedade).

No que diz respeito às motivações para o crime, estas variam significativamente, refletindo contextos emocionais e relacionais complexos. A motivação mais comum foi o ciúme (6 casos), o que indica que o medo de perder o parceiro ou a insegurança em relação à fidelidade do mesmo pode potencializar comportamentos agressivos. A literatura sobre este fenómeno indica que, nas mulheres agressoras, esta motivação é mais baseada em medos de abandono e inseguranças relacionais. Contudo, é mais prevalente nos homens agressores, em que o ciúme é tipicamente associado a uma necessidade de posse e controlo sobre a vítima. A violência doméstica foi a motivação seguinte mais prevalente (4 casos), indicando uma resposta de retaliação ou legítima defesa perante situações de abuso contínuo. Este fator aponta a complexidade da VRI, onde algumas mulheres agressoras do HRI também foram vítimas, o que aponta para a necessidade de uma avaliação cuidadosa. A resistência ao divórcio também foi uma motivação observada (2 casos), em que as agressoras tiveram dificuldade em aceitar o fim da relação de intimidade, reagindo de forma agressiva à possibilidade de separação. Esta reação pode refletir um apego bem como uma dependência emocional, possivelmente intensificada por fatores como a depressão e a ansiedade, tornando o divórcio como um fator ameaçador para estas mulheres. A discussão revelou ser uma motivação (2 casos), revelando que situações de conflito verbal podem escalar para violência física extrema, indicando pouca capacidade de gestão de conflitos e de controlo dos impulsos, o que reforça a importância de intervenções focadas na regulação emocional e na resolução de problemas. Verificou-se ainda a presença de casos extraconjugais (3 casos), o que sugere uma dinâmica complexa de poder e controlo dentro da relação. Estas relações extraconjugais podem ter gerado tensão e contribuído para o conflito, agravando a probabilidade de violência. A identificação destas motivações realça a importância de intervenções que abordem tanto o desenvolvimento de competências emocionais como a necessidade de suporte e proteção em casos de violência doméstica.

Nas distorções cognitivas, há resultados significativos nas quatro dimensões (Autoculpabilização, Culpabilização da vítima, Minimização do incidente e Autodefesa

como justificção para o incidente). No entanto, foi na dimensão culpabilizao da vtima que se verificou um nmero maior de casos com valores significativos (12 casos), sugerindo que estas agressoras atribuem a responsabilidade dos seus atos ao comportamento do parceiro ntimo, justificando a violncia como uma reao provocada pela vtima do HRI.

Tambm foram observados traos de impulsividade em algumas participantes. E possvel observar resultados significativos na dimenso Impulsividade atencional (6 casos), na Impulsividade por no planejamento (2 casos) e valores totais elevados na impulsividade (2 casos), sugerindo que a impulsividade, especialmente na sua componente atencional, desempenha um papel relevante para algumas das mulheres agressoras deste estudo. Estes resultados esto alinhados com estudos que mostram que a impulsividade pode ser um fator relevante em mulheres agressoras, contudo, so frequentemente mais presentes em homens agressores.

A psicopatia no apresenta uma grande predominncia nestas agressoras, sendo que apenas 1 caso apresentou presena de psicopatia moderada, sugerindo que a psicopatia no e um fator predominante entre as mulheres agressoras deste estudo. Este resultado pode indicar que, para a maioria das participantes, o HRI no parece estar associada a presena de psicopatia, mas antes a fatores emocionais, relacionais e situacionais que influenciam o comportamento agressivo. Esta ausncia de psicopatia significativa e consistente com a literatura que, geralmente indica que, entre as mulheres agressoras, a psicopatia no e um fator prevalente, sendo que a VRI e mais frequentemente impulsionada por fatores emocionais do que por traos psicopáticos.

Desta forma, os HRI cometidos por mulheres agressoras envolvem uma combinao de fatores de risco, incluindo um histrico de violncia bidirecional, sofrimento psicolgico, distores cognitivas e, em alguns casos, caractersticas de impulsividade. Esta combinao de fatores no s reflete a complexidade da dinmica da VRI, mas tambm sugere que o HRI perpetrado por mulheres agressoras no se deve apenas a uma questo de agressividade ou desejo de posse e controle, como e muitas vezes observado em homens agressores, mas tambm a uma interao de vulnerabilidades emocionais, psicolgicas e relacionais. Estes dados trazem implicaes importantes para a intervenao preventiva bem como o apoio psicolgico, reforando a necessidade de programas que ofeream estratgias e mecanismos de resoluo de conflitos, apoio emocional e estratgias de responsabilizao.

Implicações nas Políticas Públicas

A presente dissertação destaca-se pela relevância ao abordar um fenómeno ainda pouco explorado, o HRI cometido por mulheres agressoras em Portugal, podendo contribuir para uma resposta nacional mais robusta e contextualizada para lidar com a violência de género, especialmente considerando as estruturas de apoio existentes e as necessidades identificadas nos diversos sistemas de intervenção. A caracterização dos fatores de risco e das motivações específicas das mulheres agressoras de HRI pode apoiar o desenho de políticas públicas mais inclusivas e ajustadas às necessidades deste tipo de população. É crucial que estas políticas reconheçam a complexidade da VRI perpetrada por mulheres agressoras, que envolve não só comportamentos violentos mas também vulnerabilidades emocionais e histórico de vitimização pela vítima do HRI.

A nível social, este estudo desafia preconceitos acerca da violência cometida por mulheres agressoras, promovendo uma visão mais abrangente da violência de género, combatendo estereótipos que veem o homem exclusivamente como agressor e a mulher como vítima. Em Portugal, a consciencialização social sobre a bidirecionalidade da VRI e a complexidade dos fatores envolvidos na VRI de mulheres agressoras ainda precisa de ser desenvolvida. Ações de sensibilização, apoiadas por organizações ou instituições (e.g., APAV), podem contribuir para uma mudança na forma como a violência de género é entendida, reduzindo o estigma e facilitando a procura de ajuda. Estas campanhas de sensibilização poderiam educar a população sobre as complexidades dos papéis desempenhados por mulheres agressoras nos contextos de intimidade, ajudando a desmistificar a perceção de que apenas homens exercem este tipo de violência.

Neste estudo, é notório e relevante o sofrimento psicológico e das vulnerabilidades emocionais nas mulheres agressoras de HRI, o que implica uma integração mais estruturada dos serviços de saúde mental nas estratégias de prevenção da VRI. Os profissionais de saúde, especialmente psicólogos, podem beneficiar de formação específica para identificar e intervir nos fatores de risco associados à VRI nas mulheres agressoras, incluindo sintomas de depressão, ansiedade e ideação paranoide. O reforço de serviços de saúde mental acessíveis e especializados pode ser crucial para a prevenção de comportamentos violentos e para o suporte destas mulheres em situações de vulnerabilidade. No contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), é crucial que a formação dos profissionais de saúde inclua uma perspetiva mais inclusiva da VRI, que considere o papel das mulheres enquanto agressoras que muitas vezes também são

vítimas e as suas particularidades psicológicas, como o sofrimento emocional e as distorções cognitivas observadas na presente dissertação. Em Portugal, aumentar os recursos de apoio psicológico em centros de saúde e hospitais públicos poderia auxiliar na deteção precoce de vulnerabilidades emocionais e situações de risco. Parcerias entre o SNS e as redes de apoio à violência doméstica (e.g., APAV) podem também fortalecer este apoio, oferecendo uma resposta mais eficaz. Estas parcerias podem incluir encaminhamentos específicos para apoio psicológico, bem como programas de reabilitação, contribuindo para a redução da reincidência. Incorporar um modelo de apoio que inclua uma abordagem de VRI bidirecional pode ampliar a eficácia das intervenções. Esta abordagem seria particularmente relevante para mulheres que se encontram em dinâmicas de violência onde desempenham ambos os papéis, como agressoras e vítimas, ajudando-as a entender as dinâmicas de poder e controlo, oferecendo ferramentas e trabalhando as suas competências para quebrar ciclos de violência.

No âmbito policial, este estudo enfatiza a importância de uma abordagem investigativa que considere a bidirecionalidade da violência, especialmente ao lidar com casos onde a mulher é a agressora de VRI. Investir em formação específica para os agentes da Polícia de Segurança Pública (PSP) e da Guarda Nacional Republicana (GNR) que abordem as características específicas destas mulheres agressoras e as motivações contextuais que podem levar a comportamentos violentos, bem como a identificar casos bidirecionais, podem aumentar a eficiência da resposta policial nos casos de VRI. Esta formação ajudará os agentes a identificar corretamente os fatores de risco, a realizar uma triagem mais justa e a adotar uma postura menos estigmatizante e mais compreensiva, promovendo uma investigação e um apoio adequado tanto para a vítima como para a agressora.

Por fim, no sistema judicial, esta dissertação sugere a necessidade de uma avaliação diferenciada e mais profunda dos casos de HRI em mulheres agressoras. A presença de distorções cognitivas e fatores emocionais nos comportamentos violentos destas mulheres implica que os magistrados e advogados se familiarizem com as especificidades da VRI cometido por mulheres, avaliando as circunstâncias e contextos em que estas agressoras assumiram também o papel de vítimas. A implementação de programas de reabilitação específicos, focados na regulação emocional e na resolução

de conflitos, poderá ser uma alternativa eficaz às medidas exclusivamente punitivas, promovendo assim também uma reabilitação preventiva. No sistema judicial português, o reconhecimento da bidirecionalidade da VRI pode contribuir para uma abordagem mais equilibrada e ajustada à realidade dos casos de HRI cometidos por mulheres.

Um dos pontos essenciais a destacar é a necessidade de adaptar os programas de intervenção para agressores e homicidas de uma forma mais inclusiva, que considere as especificidades das mulheres agressoras e a bidirecionalidade da VRI. Embora os programas existentes estejam, maioritariamente, voltados para homens agressores, os dados desta dissertação sugerem que uma abordagem que integre as vulnerabilidades emocionais e os conflitos internos específicos de mulheres agressoras pode melhorar a eficácia das intervenções. Além disso, deve-se considerar que há contextos de violência mútua nas relações, exigindo que esses programas desenvolvam estratégias para lidar com dinâmicas onde ambos os parceiros desempenham, em momentos distintos, os papéis de vítima e de agressor. Estas adaptações permitiriam uma resposta mais abrangente e personalizada, que inclua a capacitação para resolução de conflitos, regulação emocional e suporte psicológico voltado para a prevenção de reincidência.

Os resultados desta dissertação também apontam para a importância de um modelo de avaliação de risco mais inclusivo e ajustado aos diversos contextos e perfis de agressores, que inclua tanto homens quanto mulheres. Esta abordagem permitiria uma identificação mais precisa dos fatores de risco associados a cada género, traçando o perfil de potenciais desencadeantes e as vulnerabilidades que, embora presentes em ambos, podem manifestar-se de formas distintas. Este modelo inclusivo permitiria uma avaliação mais justa e preventiva, destacando as necessidades específicas de cada caso e promovendo intervenções ajustadas.

Concluindo, a presente dissertação sugere que o HRI cometidos por mulheres agressoras são fenómenos que envolvem uma combinação de fatores de risco psicológicos, emocionais e contextuais, reforçando a necessidade de uma visão mais inclusiva que contemple as diferentes realidades de violência. A integração de programas e políticas públicas que abranjam os desafios específicos de homens e mulheres agressoras pode representar um avanço significativo na resposta ao HRI e na promoção de uma sociedade mais consciente e preparada para lidar com as complexidades deste crime.

Limitações e Sugestões para Estudos Futuros

A principal limitação da presente dissertação é o tamanho reduzido da amostra (14 participantes), o que limita a generalização dos resultados para a população mais ampla de mulheres agressoras de HRI.

Desta forma, estudos futuros devem procurar incluir uma amostra mais ampla e diversificada de mulheres agressoras de HRI, permitindo assim uma análise mais robusta dos fatores de risco e das dinâmicas envolvidas, aumentando a validade externa dos resultados e a representatividade da população.

Referências

- Almeida, I. (2012). Avaliação de risco de femicídio: poder e controlo nas dinâmicas das relações íntimas.
- Almeida, C. M., Romeiro, D., & Horta, P. (2005) A Impulsividade: A Importância da Sua Investigação. *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 51, 1625- 1629.
- Alves, B. R. C. (2015). Homicídio nas relações de intimidade: A construção mediática do crime em homens e mulheres. Universidade do Minho.
- Aldridge, M. L., & Browne, K. D. (2003). Perpetrators of spousal homicide: A review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 4(3), 265-276. <https://doi.org/10.1177/1524838003004003005>
- APAV (2020). *Estatísticas APAV Homens Vítimas de Violência Doméstica*. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.
- Azeredo, A. A. (2015). *Estudo de um homicida nas relações de intimidade* (Tese de Mestrado).
- Barriga, A. Q., & Gibbs, J. C. (1996). Measuring cognitive distortion in antisocial youth: Development and preliminary validation of the “How I Think” questionnaire. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 22(5), 333-343.
- Banks, L., Crandall, C., Sklar, D., & Bauer, M. (2008). A comparison of intimate partner homicide to intimate partner homicide–suicide: One hundred and twenty-four New Mexico cases. *Violence Against Women*, 14(9), 1065-1078. <https://doi.org/10.1177/10778012083219>
- Beyer, K., Layde, P., Hamberger, L., & Laud, P. (2015). Does the neighborhood environment differentiate intimate partner femicides from other femicides? *Violence Against Women*, 21(1), 49-64. <https://doi.org/10.1177/1077801214564075>
- Belfrage, H., & Rying, M. (2004). Characteristics of spousal homicide perpetrators: A study of all cases of spousal homicide in Sweden 1990-1999. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 14(2), 121-133. <https://doi.org/10.1002/cbm.577>
- Belknap, J., Larson, D. L., Abrams, M. L., Garcia, C., & Anderson-Block, K. (2012). Types of intimate partner homicides committed by women: Self-defense, proxy/retaliation, and sexual proprietariness. *Homicide studies*, 16(4), 359-379. <https://doi.org/10.1177/1088767912461444>

- Block, C. R. (2003). How can practitioners help an abused woman lower her risk of death?. *National Institute of Justice Journal*, 250, 4-7.
- Brito-Costa, S. M., Almeida, H. M. R., & Lopes, C. (2019). Uma nova abordagem para a mensuração do comportamento do consumidor: Versão portuguesa da escala de impulsividade EIB-11. *Revista Espacios*, 40(18).
- Boles, S. M., & Miotto, K. (2003). Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 155–174.
- Bourget, D., & Gagné, P. (2012). Women who kill their mates. *Behavioral sciences & the law*, 30(5), 598-614. <https://doi.org/10.1002/bsl.2033>
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American psychologist*, 32(7), 513. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- Brozowski, K., & Hall, D. R. (2010). Aging and risk: Physical and sexual abuse of elders in Canada. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(7), 1183–1199. <https://doi.org/10.1177/0886260509340546>
- Budney, A. J., Hughes, J. R., Moore, B. A., & Vandrey, R. (2004). Review of the validity and significance of cannabis withdrawal syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1967–1977. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.11.1967>
- Canavarro, M. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos-BSI.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa*, 3, 305-331.
- Cale, E. M., & Lilienfeld, S. O. (2002). Sex differences in psychopathy and antisocial personality disorder. A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 22(8), 1179–1207. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00125-8](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00125-8)
- Camán, S., Howner, K., Kristiansson, M., & Sturup, J. (2016). Differentiating male and female intimate partner homicide perpetrators: A study of social, criminological and clinical factors. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 15(1), 26–34. <https://doi.org/10.1080/14999013.2015.1134723>
- Camán, S., Sturup, J., & Howner, K. (2022). Mental disorders and intimate partner femicide: Clinical characteristics in perpetrators of intimate partner femicide and male-to-male homicide. *Frontiers in psychiatry*, 13, 844807. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.844807>

- Campbell, J. C. (2012). Risk Factors for Intimate Partner Homicide: The importance of Margo Wilson's Foundational research. *Homicide Studies*, 16, 438-444.
<https://doi.org/10.1177/1088767912463208>
- Campbell, J. C., & Glass, N. (2009). Safety planning, danger, and lethality assessment. *Intimate partner violence: A health-based perspective*, 319-334.
- Campbell, J.C., Glass, N., Sharps, P., Laughon, K., & Bloom, T. (2007). Intimate partner homicide: Review and implications of research and policy. *Trauma, Violence & Abuse*, 8(3), 246–269. <https://doi.org/10.1177/1524838007303505>.
- Campbell, J. C., Webster, D. W., & Glass, N. (2009). The danger assessment: Validation of a lethality risk assessment instrument for intimate partner femicide. *Journal of interpersonal violence*, 24(4), 653-674.
<https://doi.org/10.1177/0886260508317180>
- Campbell, J.C., Webster, D., Koziol-McLain, J., Block, C., Campbell, D., Curry, M.A. et al (2003) Risk factors for femicide in abusive relationships: results from a multisite case control study, *American Journal of Public Health*, 93(7): 1089–97.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.93.7.1089>
- Carlsson, L., Lysell, H., Enander, V., Örmon, K., Lövestad, S., & Krantz, G. (2021). Socio-demographic and psychosocial characteristics of male and female perpetrators in intimate partner homicide: A case-control study from Region Västra Götaland, Sweden. *PloS one*, 16(8), e0256064.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256064>
- Center for Disease Control and Prevention (2018). *Preventing Intimate Partner Violence*. Division of Violence Preventio: National Center for Injury Prevention and Control.
- Cleckley, H. (1941). *The mask of sanity*. St Louis, MO: Mosby.
- Código Penal (1995). Arto132, de 15 de Março [Código Penal Português].
- Company, A., & Soria, M. Á. (2016). La violencia en la escena del crimen en homicidios en la pareja. *Anuario de Psicología jurídica*, 26(1), 13-18.
<https://doi.org/10.1016/j.apj.2015.09.001>
- Cunha, O., Pinheiro, M., & Gonçalves, R. A. (2022). Intimate partner violence, psychopathy, and recidivism: Do psychopathic traits differentiate first-time offenders from repeated offenders? *Victims & Offenders*, 17(2), 199-218. <https://doi.org/10.1080/15564886.2021.1885545>

- Department of Health (2017). Domestic abuse: *A resource for health professionals*. Department of Health.
- Derogatis, L. R. (1993). Brief symptom inventory. *European Journal of Psychological Assessment*.
- Desta, M. K., & Venema, R. M. (2021). Women convicted of intimate partner homicide in Oromiya Regional State of Ethiopia: Profile and associated factors. *Violence against women*, 27(6-7), 876-899. <https://doi.org/10.1177/1077801220914402>
- DeJong, C., Pizarro, J. M., & McGarrell, E. F. (2011). Can situational and structural factors differentiate between intimate partner and “other” homicide? *Journal of Family Violence*, 26(5), 365–376. <https://doi.org/10.1007/s10896-011-9371-7>
- Dearden, J., & Jones, W. (2008). *Homicide in Australia: 2006-07 National Homicide monitoring program annual report*. Canberra: Australian Institute of Criminology.
- Dobash, R. E., & Dobash, R. (2015). *When men murder women*. Interpersonal Violence.
- Dobash, R. P., & Dobash, R. E. (2012). Who died? The murder of collaterals related to intimate partner conflict. *Violence Against Women*, 18(6), 662–671. <https://doi.org/10.1177/1077801212453984>.
- Dobash, E. & Dobash, R. (2017). When women are murdered. *The Handbook of Homicide*, 131-148. <https://doi.org/10.1002/9781118924501.ch8>
- Dutton, D. (2001). Neurobiology of abandonment homicide. *Aggression and Violent Behavior*, 4(7), 401-421. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(01\)00066-0](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(01)00066-0)
- Dutton, D. G. (2012). The case against the role of gender in intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, 17(1), 99-104. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.09.002>
- Dutton, D. G., & Hemphill, K. J. (1992). Patterns of socially desirable responding among perpetrators and victims of wife assault. *Violence and Victims*, 7(1), 29-39. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.7.1.29>
- Dutton, D., & Nicholls, T. (2005). The gender paradigm in domestic violence research theory: Part-1 – The conflict of theory and data. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 680-714. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2005.02.001>
- Dutton, D. G., Corvo, K. N., & Hamel, J. (2009). The gender paradigm in domestic violence research and practice part II: The information website of the American Bar Association. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 30-38. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.08.002>

- Eliason, S. (2009). Murder-suicide: a review of the recent literature. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law online*, 37(3), 371-376.
- Edens, J. F., Poythress, N. G., & Watkins-Clay, M. M. (2007). Detection of malingering in psychiatric unit and general population prison inmates: A comparison of the PAI, SIMS, and SIRS. *Journal of Personality Assessment*, 88(1), 33-42.
<https://doi.org/10.1080/00223890709336832>
- Enander, V., Krantz, G., Lysell, H., & Örmön, K. (2021). Before the killing: intimate partner homicides in a process perspective, Part I. *Journal of Gender-Based Violence*, 5(1), 59-74. <https://doi.org/10.1332/239868020X15922355479497>
- Eriksson, L., & Mazerolle, P. (2013). A general strain theory of intimate partner homicide. *Aggression and violent behavior*, 18(5), 462-470.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2013.07.002>
- Felson, R. B., & Lane, K. J. (2010). Does violence involving women and intimate partners have a special etiology? *Criminology: An Interdisciplinary Journal*, 48(1), 32-338. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.2010.00186.x>
- Felson, R. B., & Massoglia, M. (2012). When is violence planned?. *Journal of interpersonal violence*, 27(4), 753-774. <https://doi.org/10.1177/088626051142323>
- Flynn, A., & Graham, K. (2010). "Why did it happen?" A review and conceptual framework for research on perpetrators' and victims' explanations for intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, 15(3), 239–251. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2010.01.002>
- Flynn, S., Abel, K. M., While, D., Mehta, H., & Shaw, J. (2011). Mental illness, gender and homicide: A population-based descriptive study. *Psychiatry Research*, 185(3), 368–375. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.040>
- Foran, H. M., & O'Leary, K. D. (2008). Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 28(7), 1222-1234.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.05.001>
- Garcia, L., Soria, C., & Hurwitz, E. L. (2007). Homicides and Intimate Partner Violence: A Literature Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(4), 370-383. <https://doi.org/10.1177/1524838007307294>
- Grann, M. (2000). The PCL-R and gender. *European Journal of Psychological Assessment*, 16, 147–149. <https://doi.org/10.1027//1015-5759.16.3.147>

- Graham, L. M., Macy, R. J., Rizo, C. F., & Martin, S. L. (2020). Explanatory theories of intimate partner homicide perpetration: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(2), 408-427. <https://doi.org/10.1177/1524838020953800>
- Gilbert, L., El-Bassel, N., Chang, M., Wu, E., & Roy, L. (2012). Substance use and partner violence among urban women seeking emergency care. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 226–235. <https://doi.org/10.1037/a0025869>
- Gonçalves, R. A. (1999). Psicopatia e processos adaptativos à prisão: Da intervenção para a prevenção. Coletânea Monografias em Educação e Psicologia, Braga: Instituto de Educação e Psicologia – Centro de estudos em Educação e Psicologia, Universidade do Minho
- Goussinsky, R., & Yassour-Borochowitz, D. (2012). “I killed her, but I never laid a finger on her”—A phenomenological difference between wife-killing and wife-battering. *Aggression and Violent Behavior*, 17(6), 553-564. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.07.009>
- Goldenson, J., Spidel, A., Greaves, C., & Dutton, D. (2009). Female perpetrators of intimate partner violence: Within-group heterogeneity, related psychopathology, and a review of current treatment with recommendations for the future. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18(7), 752–769. <http://doi.org/10.1080/10926770903231791>
- Gondolf, E. W., & White, R. J. (2001). Batterer program participants who repeatedly reassault: Psychopathic tendencies and other disorders. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(4), 361-380. <https://doi.org/10.1177/088626001016004006>
- Guerra, P., & Gago, L. (2016). Violência doméstica: Implicações sociológicas, psicológicas e jurídicas do fenómeno. *Centro de estudos judiciais*.
- Hare, R. D. (2003). Manual for the Revised Psychopathy Checklist, 2nd ed. Toronto, ON: MultiHealth Systems.
- Hare, R. D., & Neumann, C. S. (2008). Psychopathy. In P. Blaney & T. Millon (Eds.), *Oxford textbook of psychopathology* (pp. 622–650). Oxford: Oxford University Press.
- Häkkinen-Nyholm, H., Putkonen, H., Lindberg, N., Holli, M., Rovamo, T., & WeizmannHenelius, G. (2009). Gender differences in Finnish homicide offence characteristics. *Forensic Science International*, 186, 75–80. <http://doi.org/10.1016/j.forsciint.2009.02.001>

- Hamberger, L. K. (1997). Cognitive behavioral treatment of men who batter their partners. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4(1), 147–169. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(97\)80016-8](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(97)80016-8)
- Hamberger, L. K., & Potente, T. (1994). Counseling heterosexual women arrested for domestic violence: Implications for theory and practice. *Violence and Victims*, 9(2), 125–137. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.9.2.125>
- Hecht, L. K., Berg, J. M., Lilienfeld, S. O., & Latzman, R. D. (2016). Parsing the heterogeneity of psychopathy and aggression: Differential associations across dimensions and gender. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(1), 2–14. <https://doi.org/10.1037/per0000128>
- Henning, K., & Holdford, R. (2006). Minimization, denial, and victim blaming by batterers: How much does the truth matter?. *Criminal Justice and Behavior*, 33(1), 110–130.
- Henning, K., Jones, A. R., & Holdford, R. (2005). "I didn't do it, but if I did I had a good reason": Minimization, denial, and attributions of blame among male and female domestic violence offenders. *J. Fam. Violence*, 20, 131. <https://doi.org/10.1007/s10896-005-3647-8>
- Hines, D., Brown, J. & Dunning, E. (2007). Characteristics of callers to the domestic abuse helpline for men. *Journal of Family Violence*, 22, 63–72. <https://doi.org/10.1007/s10896-006-9052-0>
- Hines, D. A., & Douglas, E. M. (2011). Symptoms of posttraumatic stress disorder in men who sustain intimate partner violence: A study of helpseeking and community samples. *Psychology of Men & Masculinity*, 12(2), 112–127. <https://doi.org/10.1037/a0022983>
- Hines, D. A., & Saudino, K. J. (2003). Gender differences in psychological, physical, and sexual aggression among college students using the Revised Conflict Tactics Scales. *Violence and Victims*, 18(2), 197–217. <https://doi.org/10.1891/vivi.2003.18.2.197>
- Hodell, E. C., Wasarhaley, N. E., Lynch, K. R., & Golding, J. M. (2014). Mock juror gender biases and perceptions of self-defense claims in intimate partner homicide. *Journal of Family Violence*, 29(5), 495–506. <http://doi.org/10.1007/s10896-014-9609-2>
- Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J. C., Herron, K., Rehman, U., & Stuart, G. L. (2000). Testing the Holtzworth-Munroe and Stuart (1994) batterer typology. *Journal of*

consulting and clinical psychology, 68(6), 1000–1019.

<https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.6.1000>

Huss, M. T., & Langhinrichsen-Rohling, J. (2000). Identification of the psychopathic batterer: The clinical, legal, and policy implications. *Aggression and Violent Behavior*, 5(4), 403–422.

[https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(98\)00038-X](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(98)00038-X)

Jackson, R. L., Rogers, R., Neuman, C. S., & Lambert, P. L. (2002). Psychopathy in female offenders: An investigation of its underlying dimensions. *Criminal Justice and Behavior*(29), 692–704.

<https://doi.org/10.1177/009385402237922>

Jackson, M. A., Sippel, L. M., Mota, N., Whalen, D., & Schumacher, J. (2015).

Borderline personality disorder and related constructs as risk factors for intimate partner violence perpetration. *Aggression and Violent Behavior*, 24, 95–106.

<http://doi.org/10.1016/j.avb.2015.04.015>

Johnson, H., & Hotton, T. (2003). Losing control: Homicide risk in estranged and intact intimate relationships. *Homicide studies*, 7(1), 58–84.

<https://doi.org/10.1177/1088767902239243>

Jordan, C. E., Clark, J., Pritchard, A. and Charnigo, R. (2012). Lethal and other serious assaults: Disentangling gender and context. *Crime & Delinquency*, 58:3, 425–455.

<http://doi.org/10.1177/0011128712436412>

Karbeyaz, K., Yetiş, Y., Güneş, A., & Şimşek, Ü. (2018). Intimate partner femicide in Eskisehir, Turkey 25 years analysis. *Journal of forensic and legal medicine*, 60, 56–60.

<https://doi.org/10.1016/j.jflm.2018.10.002>

Kivisto A. J. (2015). Male Perpetrators of Intimate Partner Homicide: A Review and Proposed Typology. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 43(3), 300–312.

Kim, B., Gerber, J., & Kim, Y. (2018). Does the victim–offender relationship matter? Exploring the sentencing of female homicide offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(4), 898–914.

<https://doi.org/10.1177/0306624X16667573>

Knoll, J. L., & Hatters-Friedman, S. (2015). The homicide–suicide phenomenon:

Findings of psychological autopsies. *Journal of Forensic Sciences*, 60(5), 1253–1257.

<https://doi.org/10.1111/1556-4029.12819>

Lacanaria, M., & David, J. (2018). A reason to kill: Case study on mariticide. *i-Manager's Journal on Nursing*, 8(1), 42.

- Liem, M. (2013). Homicide offender recidivism: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 18*(1), 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.08.001>
- Liem, M. (2010). Homicide followed by suicide: A review. *Aggression and Violent Behavior, 15*(3), 153–161. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.10.001>
- Lupri, E. (2004). Domestic violence: *The case of male abuse – Expanded and revised version of a commissioned document entitled Intimate Partner Violence Against Men*. Ontario: National Clearinghouse on Family Violence.
- Martins Borges, L. (2009). Homicídio conjugal: comparações quanto ao sexo dos agressores. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 9*(3).
- Matias, A., Gonçalves, M., Soeiro, C., & Matos, M. (2020a). Intimate partner homicide: A meta-analysis of risk factors. *Aggression and Violent Behavior*. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.101358>
- Matias, A., Gonçalves, M., Soeiro, C., & Matos, M. (2020b). Intimate partner homicide in Portugal: what are the (as) symmetries between men and women?. *European journal on criminal policy and research, 27*(4), 471-494. <https://doi.org/10.1007/s10610-020-09469-w>
- Manita, C. (2008). Programas de intervenção em agressores de violência conjugal: intervenção psicológica e prevenção da violência doméstica.
- Manita, C., Ribeiro, C., & Peixoto, C. (2009). Violência doméstica: compreender para intervir: Guia de boas práticas para profissionais de saúde.
- Machado, A. (2016). Intimate partner violence against male: From characteristics to their meanings. Dissertação de Doutoramento Universidade do Minho. Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/42585>
- Machado, A., & Matos, M. (2012). *Homens de quem não se fala: As vítimas esquecidas da violência da intimidade*. Braga: Universidade do Minho.
- Malloy-Diniz, L. F., Mattos, P., Leite, W. B., Abreu, N., Coutinho, G., Paula, J. J., Tavares, H., Vasconcelos, A. G., & Fuentes, D. (2010). Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) para aplicação em adultos brasileiros. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 59*(2), 99-105. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000200004>
- McFarlane, J., Campbell, J. C., & Watson, K. (2002). Intimate partner stalking and femicide: Urgent implications for women's safety. *Behavioral Sciences & the Law, 20*(1-2), 51–68. <https://doi.org/10.1002/bsl.477>

- Mize, K. D., Shackelford, T. K., & Shackelford, V. A. (2009). Hands-on killing of intimate partners as a function of sex and relationship status/state. *Journal of Family Violence*, 24, 463-470.
- Moracco, K. E., Runyan, C. W., & Butts, J. D. (2003). Female intimate partner homicide: a population-based study. *Journal of the American Medical Women's Association* (1972), 58(1), 20-25.
- Mouzos, J., & Shackelford, T. K. (2004). A comparative, cross-national analysis of partner killing by women in cohabiting and marital relationships in Australia and the United States. *Aggressive Behavior*, 30(3), 206–216.
<http://doi.org/10.1002/ab.20018>
- Nicolaidis, C., Curry, M. A., Ulrich, Y., Sharps, P., McFarlane, J., Campbell, D., ... & Campbell, J. (2003). Could we have known? A qualitative analysis of data from women who survived an attempted homicide by an intimate partner. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 788-794. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.21202.x>
- O'Leary, K. D., & Schumacher, J. A. (2003). The association between alcohol use and intimate partner violence: Linear effect, threshold effect, or both?. *Addictive behaviors*, 28(9), 1575-1585. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2003.08.034>
- Oliveira, M., & Gonçalves, R. (2007). *Homicídio e doença mental* (Tese de mestrado).
- Oram, S., Flynn, S. M., Shaw, J., Appleby, L., & Howard, L. M. (2013). Mental illness and domestic homicide: A population-based descriptive study. *Psychiatric Services*, 64, 1006–1011. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200484>
- Ortega-Escobar, J., & Alcázar-Córcoles, M. Á. (2019). *Agresión y psicopatía: Aspectos psicológicos, neurobiológicos y legales*. Ediciones Pirámide.
- Ostrowsky, M. K. (2011). Does marijuana use lead to aggression and violent behavior? *Journal of Drug Education*, 41, 369–389.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). *Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11)*. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t05661-000>
- Panczak, R., Geissbühler, M., Zwahlen, M., Killias, M., Tal, K., & Egger, M. (2013). Homicide-suicides compared to homicides and suicides: Systematic review and meta-analysis. *Forensic science international*, 233(1-3), 28-36.
- Pretorius, H. G., & Botha, S.-A. (2006). The cycle of violence and abuse in women who kill an intimate male partner : A biographical profile. *South African Journal of Psychology*, 39(2), 242–252. <http://doi.org/10.1177/008124630903900209>

- Porter, S. (1996). Without conscience or without active conscience? The etiology of psychopathy revisited. *Aggression and violent behavior*, 1(2), 179-189.
- Popovic, M. (2005). Intimacy and its relevance in human functioning. *Sexual and Relationship Therapy*, 20(1), 31-49.
- Roberts, B. W., Kuncel, N. R., Shiner, R., Caspi, A., & Goldberg, L. R. (2007). The power of personality: The comparative validity of personality traits, socioeconomic status, and cognitive ability for predicting important life outcomes. *Perspectives on Psychological science*, 2(4), 313-345.
- Quintas, J., Sousa, P. A. B. D., & Leite, A. L. (2015). Homicídios conjugais: estudo avaliativo das decisões judiciais.
- Salas, J. (2019). *Female and Male Perpetrators of Domestic Homicide: A Gendered Phenomenon?*
- Sabri, B., Stockman, J. K., Campbell, J. C., O'Brien, S., Campbell, D., Callwood, G. B., Bertrand, D., Sutton, L. W., & Hart-Hyndman, G. (2014). Factors associated with increased risk for lethal violence in intimate partner relationships among ethnically diverse black women. *Violence and victims*, 29(5), 719-741.
<https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-13-00018>
- Saunders, D. G. (2002). Are physical assaults by wives and girlfriends a major social problem? A review of the literature. *Violence against women*, 8(12), 1424-1448.
- Saunders, D. G. (1995). The tendency to arrest victims of domestic violence: A preliminary analysis of officer characteristics. *Journal of interpersonal violence*, 10(2), 147-158.
- Stark, E. (2013). Coercive control. *Violence against women: Current theory and practice in domestic abuse, sexual violence and exploitation*, 17-33.
- Santos-Hermoso, J., González-Álvarez, J. L., López-Ossorio, J. J., García-Collantes, Á., & Alcázar-Córcoles, M. Á. (2022). Psychopathic femicide: The influence of psychopathy on intimate partner homicide. *Journal of forensic sciences*, 67(4), 1579-1592.
- Sebire, J. A. (2013). *Love and lethal violence: an analysis of intimate partner homicides committed in London 1998–2009* (Tese de Doutorado).
- Sebire, J. (2015). The Value of Incorporating Measures of Relationship Concordance When Constructing Profiles of Intimate Partner Homicides: A Descriptive Study of IPH Committed Within London, 1998-2009. *Journal of Interpersonal Violence*, 1–25. <http://doi.org/10.1177/0886260515589565>

- Shackelford, T. K. (2001). Cohabitation, marriage, and murder: Woman-killing by male romantic partners. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 27(4), 284-291.
<https://doi.org/10.1002/ab.1011>
- Shields, L. B., Corey, T. S., Weakley-Jones, B., & Stewart, D. (2010). Living victims of strangulation: a 10-year review of cases in a metropolitan community. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 31(4), 320-325.
<https://doi.org/10.1097/paf.0b013e3181d3dc02>
- Sistema da Segurança Interna. (2022). *Relatório Anual de Segurança Interna 2022*. <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3d%3dBQAAAB%2bLCAAAAAAABAAzNDazMAQAhxRa3gUAAAA%3d>
- Sistema da Segurança Interna. (2023). *Relatório Anual de Segurança Interna 2023*. <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3d%3dBQAAAB%2bLCAAAAAAABAAzNDEyNgEApqka1wUAAAA%3d>
- Smith, N. T. (2002). A review of the published literature into cannabis withdrawal symptoms in human users. *Addiction*, 97, 621–632.
- Smucker, S., Kerber, R. E., & Cook, P. J. (2018). Suicide and additional homicides associated with intimate partner homicide: North Carolina 2004–2013. *Journal of Urban Health*, 95, 337-343. <https://doi.org/10.1007/s11524-018-0252-8>
- Spencer, C. M. (2018). *A meta-analysis of risk factors for intimate partner homicide: Examining male perpetration and female victimization*. Kansas State University.
- Spencer, C. M., & Stith, S. M. (2018). Risk Factors for Male Perpetration and Female Victimization of Intimate Partner Homicide: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(3), 527-540. <https://doi.org/10.1177/1524838018781101>
- Spencer, C., Mallory, A. B., Cafferky, B. M., Kimmes, J. G., Beck, A. R., & Stith, S. M. (2019). Mental health factors and intimate partner violence perpetration and victimization: A meta-analysis. *Psychology of violence*, 9(1), 1.
<https://doi.org/10.1037/VIO0000156>
- Stith, S. M., Smith, D. B., Penn, C. E., Ward, D. B., & Tritt, D. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 10(1), 65-98.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.09.001>

- Stewart, D. E., MacMillan, H., & Wathen, N. (2013). Intimate partner violence. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(6), E1-E15.
<https://doi.org/10.1177/0706743713058006001>
- Stöckl, H., Devries, K., Rotstein, A., Abrahams, N., Campbell, J., Watts, C., & Moreno, C. G. (2013). The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *The Lancet*, 382(9895), 859-865.
- Thompson, S. (2014). The spatial distribution and social ecology of public and private homicide types in Toronto. *Homicide Studies*, 19(2), 149-174.
<https://doi.org/10.1177/1088767914523965>
- Thomas, K. A., Dichter, M. E., & Matejkowski, J. (2011). Intimate versus nonintimate partner murder: A comparison of offender and situational characteristics. *Homicide Studies: An Interdisciplinary & International Journal*, 15(3), 291–311. <https://doi.org/10.1177/1088767911417803>
- Tridapalli, A., Rocha, N., Ruffier, L., & Martins-Borges, L. (2018). Variáveis e metodologias no estudo do homicídio conjugal. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(2), 186-203.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2018). *Global study on homicide: Gender-related killing of women and girls*. UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2019). *Global Study on Homicide: Homicide trends, patterns and criminal justice response*.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2023). *Global study on homicide*.
- Valério, A. M. D. O. (2010). *Homens vítimas de violência doméstica—Estudo exploratório* (Tese Doutorado).
- Vatnar, S., & Bjørkly, S. (2013). Lethal Intimate Partner Violence: An Interactional Perspective on Female's Perceptions of Lethal Incidents. *Violence and Victims*, 28(5), 772-789.
- Vatnar, S. K. B., Friestad, C., & Bjørkly, S. (2017). Intimate partner homicide, immigration and citizenship: Evidence from Norway 1990–2012. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 18(2), 103-122.
- Vatnar, S. K. B., Friestad, C., & Bjørkly, S. (2018). Differences in intimate partner homicides perpetrated by men and women: evidence from a Norwegian National 22-year cohort. *Psychology, Crime & Law*, 24(8), 790–805.
<https://doi.org/10.1080/1068316X.2018.1438433>

- Vatnar, S. K. B., Friestad, C., & Bjørkly, S. (2019). The influence of substance use on intimate partner homicide: Evidence from a Norwegian National 22-year Cohort. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 18(2), 99-110. <https://doi.org/10.1080/14999013.2018.1525777>
- Vatnar, S. K. B., Friestad, C., & Bjørkly, S. (2021). *Intimate partner homicide*. In *The Routledge International Handbook of Domestic Violence and Abuse*, 373-386.
- Virtanen, S., & Savinen, H. (2017). Changes in the gendered nature of homicides: comparing 20th-and 21st-century Finland. *European journal of criminology*, 14(4), 451-466. <https://doi.org/10.1177/1477370816669170>
- Vigil-Colet, A., Morales-Vives, F., & Tous, J. (2008). The relationships between functional and dysfunctional impulsivity and aggression across different samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 480-487. <https://doi.org/10.1017/S1138741600004480>
- Voce, I., & Bricknell, S. (2020). *Female perpetrated intimate partner homicide: Indigenous and non-Indigenous offenders*. Australian Institute of Criminology.
- Walker, L. E. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54(1), 21.
- Walker, L. E. (2016). *The battered woman syndrome*. Springer publishing company.
- Walby, S., Towers, J., Balderston, S., Corradi, C., Francis, B., Heiskanen, M., HelwegLarsen, K., Mergaert, L., Olive, P., Palmer, E., Stockl, H., & Strid, S. (2017). *The concept and measurement of violence against women and men*. Bristol: Policy Press.
- Weizmann-Henelius, G., Matti Grönroos, L., Putkonen, H., Eronen, M., Lindberg, N., & Häkkänen-Nyholm, H. (2012). Gender-specific risk factors for intimate partner homicide: A nationwide register-based study. *Journal of interpersonal violence*, 27(8), 1519-1539. <https://doi.org/10.1177/0886260511425793>
- Weizmann-Henelius, G., Putkonen, H., Grönroos, M., Lindberg, N., Eronen, M., & Häkkänen-Nyholm, H. (2010). Examination of psychopathy in female homicide offenders—Confirmatory factor analysis of the PCL-R. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(3), 177-183. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2010.03.008>
- Whittle, M., & Hall, G. (2018). The Use of Alcohol and/or Drugs in Intimate Partner Homicide: Themes in Judges' Sentencing Remarks. *Psychiatry, psychology, and law : an interdisciplinary journal of the Australian and New Zealand Association of*

- Psychiatry, Psychology and Law*, 25(3), 404–416.
<https://doi.org/10.1080/13218719.2017.1418145>
- Woodworth, M., & Porter, S. (2002). In cold blood: Characteristics of criminal homicides as a function of psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(3), 436-445. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.3.436>
- World Health Organization (2021). Addressing violence against women in health and multisectoral policies: a global status report.
- World Health Organization. (2020). *Addressing violence against children, women and older people during the COVID-19 pandemic: Key actions*.
- Yourstone, J., Lindholm, T., & Kristiansson, M. (2008). Women who kill: A comparison of the psychosocial background of female and male perpetrators. *International journal of law and psychiatry*, 31(4), 374-383.
<http://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.06.005>

Anexos

Anexo A

Consentimento Informado



Consentimento Informado

Código | IMP-EM-PE-17_03

_____, ____/____/____

Exma Sra.,

No âmbito do Mestrado em Psicologia Forense e Criminal na Unidade Curricular de Seminário de Dissertação da *Egas Moniz School of Health and Science* - Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação da Prof.^a Doutora Cristina Soeiro e coorientação da Prof.^a Doutora

Iris Almeida e Prof.^a Doutora Andreia Matias, solicita-se autorização para a participação no “Homicídios nas Relações de Intimidade: Caracterização dos fatores psicológicos associados ao risco de violência em mulheres agressoras”, com o objetivo de estudar os fatores psicológicos (história prévia de violência, abuso de substâncias, motivações, distorções cognitivas, psicopatia, sintomatologia e impulsividade) de mulheres que cometeram homicídio no contexto das relações de intimidade que se encontram a cumprir uma medida em contexto prisional.

Solicita-se a sua autorização para utilizar informação que conste no seu processo do presente Estabelecimento Prisional.

Neste estudo, será realizado uma entrevista estruturada desenvolvida e validada para o estudo do fenómeno em análise, onde serão colocadas questões referentes aos domínios da sua vida familiar, profissional, social e sexual. Serão ainda aplicados quatro questionários: o *Brief Symptom Inventory* (BSI) que avalia sintomas psicopatológicos e perturbação emocional, constituído por 53 itens; a Escala de Impulsividade de Barratt (EIB-11) que avalia a impulsividade, constituído por 30 itens; *Self Blame and Victim Blame Scale* que avalia a autoculpabilização, culpabilização da vítima e a negação do incidente, constituído por 19 itens; *Minimization & Self Defense Scale* que avalia a minimização do incidente e a autodefesa como justificação para as próprias ações, constituído por 8 itens. A duração para a aplicação deste protocolo é de 2 horas e 30 minutos.

A participação neste estudo é voluntária, podendo optar por não responder em qualquer uma das questões colocadas. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.



Consentimento Informado

Código | IMP-EM-PE-17_03

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelas orientadoras e/ou pelos seus mandatados. A informação recolhida é anonimizada e confidencial.

(Riscar o que não interessa)

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura da participante)

Anexo B

Comissão de Ética Egas Moniz



Comissão de Ética EGAS MONIZ

Processo Interno: 1264
PT 107/22

Ex.ma Senhora
Bianca Santos Silva

Monte de Caparica, 18 de setembro de 2024.

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado: "Homicídios nas Relações de Intimidade: Caracterização dos fatores psicológicos associados ao risco de violência em mulheres agressoras", foi aprovado.

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz


Profª Doutora Cidália de Castro