



UNIVERSIDADE  
**LUSÓFONA**  
DO PORTO

Joana Isabel Cavaco Croner

**Homens vítimas na intimidade e o impacto na saúde mental: Uma  
revisão sistemática**

Trabalho realizado sob orientação de  
**Professora Doutora Andreia Machado**

Setembro 2020



UNIVERSIDADE  
**LUSÓFONA**  
D O P O R T O

Joana Isabel Cavaco Croner

**Homens vítimas na intimidade e o impacto na saúde mental: Uma  
revisão sistemática**

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade  
Lusófona do Porto no dia 20/01/2021 perante o júri seguinte:

Presidente: Prof<sup>ª</sup> doutora Inês Martins Jongenelen

Arguente: Prof. doutor Diogo Jorge Pereira do Vale Lamela da Silva

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> doutora Andreia Machado

21 de Janeiro de 2021

É autorizada a reprodução integral desta tese/dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

## **Agradecimentos**

Agradeço, em primeiro lugar, à professora doutora Andreia Machado, por todo o apoio prestado nesta caminhada que se mostrou muito longa e emocionalmente desafiante. Por todos os ensinamentos técnicos, pela compreensão e apoio moral em todos os momentos em que eu duvidei de mim mesma, achando muitas vezes que não conseguiria chegar a este momento. Obrigada por ter estado sempre do meu lado, ter sido o meu braço direito em todo o processo. Nunca vou esquecer a persistência e a paciência que teve comigo.

Aproveito para agradecer a ajuda do professor doutor Ricardo Pinto que me orientou e ajudou quando a minha orientadora não o pode fazer por motivos de força maior.

Agradeço à minha mãe e ao meu avô, à minha família do coração que me permitiram apostar no meu futuro, acreditando sempre que posso chegar mais longe. E sei que me acompanharão sempre na caminhada seja ela até onde for.

Agradeço à minha querida Manuela Neves por me ter amparado em todas as minhas quedas, nos meus momentos de mais ansiedade, nervosismo e sofrimento. Obrigada por me ter mostrado o caminho certo.

Obrigada às minhas melhores amigas, a Andrea, a Elisete, a Maria, a Angélica, a Natália, e a Alda (que me salvou à última da hora sem pensar duas vezes). Sem vocês, não teria chegado onde cheguei, sem o vosso apoio, paciência, sem o vosso amor incondicional, que vos leva a nunca desistirem de mim, mesmo nos momentos em que eu própria desisti. A vida é para ser partilhada e todas vocês terão sempre um espaço especial no meu coração.

# **Homens vítimas na intimidade e o impacto na saúde mental: Uma revisão sistemática**

## **Resumo**

O tema da violência na intimidade contra os homens em relações heterossexuais encontra-se ainda pouco documentado. Em relação às mulheres vítimas, existe uma discrepância muito significativa no tratamento oferecido e disponível, o que parece estar relacionado com a manutenção do ideal de masculinidade e poderá contribuir para uma maior prevalência de problemas de saúde mental nesta população. Deste modo, o objetivo da presente revisão sistemática é compreender o impacto da violência na intimidade na saúde mental dos homens vítimas. Através da pesquisa eletrônica realizada nas bases de dados PUBMED, PsychInfo, EBSCO Psychology e Web Of Science foram identificados 393 artigos. Após a exclusão dos duplicados, foram analisados 350 artigos através do título e resumo, tendo sido excluídos 306 artigos com base nos critérios de exclusão identificados. Dos 44 artigos revistos em texto integral, apenas sete cumpriram os critérios de inclusão para a elaboração deste estudo. Nos sete artigos analisados constatou-se o impacto da VRI na saúde mental dos homens vítimas. Os indicadores de impacto mais estudados foram a depressão e a PSPT, tendo cada um deles sido incluído em cinco artigos. O isolamento social, a ansiedade, a autoestima, o consumo de substâncias, a hostilidade e somatização foram também sintomas identificados. Conclui-se assim, a necessidade de continuar a investigar o impacto da VRI na saúde mental e desmistificar a importância do apoio a estas vítimas.

*Palavras-chave:* psicopatologia; homens vítimas heterossexuais; violência doméstica; violência nas relações de intimidade; impacto.

## **Abstract**

Intimate Partner Violence (IPV) relating to adult males in heterosexual relationships is scarcer documented in the literature. There is a discrepancy in the treatment available and offered to female victims, comparing to male victims, possibly related to the existent ideals of masculinity, which can possibly contribute to a higher prevalence of mental health problems in the male population. In this context, the main objective of this systematic review is to assess the impact of violence within intimate relationships on the male victim's mental health. A literature search conducted electronically in the main scientific databases - PUBMED, PsychInfo, EBSCO Psychology and Web Of Science - yielded 393 articles. Following exclusion of the duplicate entries, the search produced 350 articles for the initial title and abstract based analysis. Of these, 306 were excluded on the basis of the exclusion criteria identified. From the 44 articles remaining and whose full text was reviewed and analysed, only 7 met the inclusion criteria defined for this study. In all 7 articles analysed, the impact of IPV on the male victim's mental health was patent. The impact indicators more widely mentioned in the literature were depression and PTSD, having been referred to in 5 articles each. Social isolation, anxiety, self-esteem issues, substance intake, hostility and somatization were also identified. It can, therefore, be concluded from this study that there is a great need to continue to investigate this topic and to demystify the importance of the support for this overlooked victims.

*Keywords:* psychopathology; heterosexual male victims; domestic violence; intimate partner violence; impact.

## Índice

Introdução	10
Método	15
Critérios de inclusão	15
Critérios de exclusão	15
Codificação dos estudos	15
Codificação da qualidade dos estudos	15
Resultados	16
Seleção dos estudos	16
Características dos estudos	17
Participantes	18
Características gerais	18
Método	18
Características metodológicas	21
Risco viés entre grupos	21
Risco viés entre estudos	21
Resultados dos estudos individuais	22
Impacto	22
Discussão dos Resultados	24
Conclusão	28
Referências Bibliográficas	29

## **Lista de Abreviaturas**

VRI - Violência nas Relações de intimidade

WHO - *World Health Organization*

PSPT - Perturbação Stress Pós-Traumático

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis*

## **Índice de Figuras**

Figura 1. Fluxograma de seleção de estudos	17
--	----

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1. <i>Características dos estudos selecionados</i>	19
---	----

## Introdução

A “*violência nas relações de intimidade (VRI) é referente a qualquer comportamento dentro de uma relação íntima que causa dano físico, psicológico ou sexual*” (World Health Organization [WHO], 2012). Este fenómeno constituiu-se um grave problema de índole social que tem efeitos devastadores, não só na vida da vítima, como também ao nível de toda a comunidade (Bates, 2019; Stith et al., 2004). A VRI contra os homens cometida pelas parceiras íntimas tem passado despercebida, tratando-se uma área pouco estudada e, a nível internacional, apenas muito recentemente começou a ser debatida entre o público em geral (Machado et al., 2016). Apesar disso, nos dias de hoje, estão disponíveis, cada vez mais, estudos acerca deste fenómeno (Archer, 2000 citado por Machado & Matos, 2014).

Os relatos referentes à prevalência de homens vítimas de VRI por parte de mulheres, surgiram, pela primeira vez, em meados da década de 1970 (Hines & Douglas, 2009). No entanto, por esta altura, era observável a preocupação, de que, ao focar o estudo da VRI sobre os homens se estaria a desviar a atenção das mulheres vítimas, que, se debatiam com a necessidade de serem reconhecidas, pois acreditava-se que estariam mais propensas a ser vítimas de VRI (Steinmetz, 1980, citado por Bair-Meritt, 2010).

Décadas volvidas, são vários os estudos que indicam que as agressões contra os homens podem ser equiparadas, na natureza e extensão, àquelas de que as mulheres são vítimas, pois as mulheres também recorrem à agressão física (Archer, 2000; Dutton et al., 2005; Harned, 2001; Straus, 2009 como citado por Machado, 2012), e, hoje em dia, já são reconhecidas como perpetradoras de violência unilateral (Dutton et al., 2005), contrariando, desta forma, as primeiras explicações sociopolíticas que defendiam que a agressão primária por parte das mulheres apenas refletia estratégias de autodefesa (Houry et al., 2008).

Devido ao tabu que existe ainda nos dias de hoje, em volta desta questão, os homens agredidos mostram muita relutância em relatar episódios de violência, recusando-se, desta forma, a procurar ajuda formal (Barber, 2008; Hines & Douglas, 2009). Ainda assim, são já vários os estudos e sondagens disponíveis relativos à prevalência da VRI contra os homens (e.g. Smith et al., 2018).

Nos Estados Unidos, os últimos dados disponíveis, referentes a 2015, apontam aproximadamente 24.8% de prevalência de VRI contra os homens (Smith et al., 2018). No Reino Unido, os últimos dados reportados entre março de 2018 e 2019, estimam que 786 000

homens são vítimas de VRI (33.3% do total de vítimas) (Office for National Statistics [ONS], 2019).

No nosso país, segundo os dados mais recentes, durante o ano de 2018, 9143 vítimas de violência na intimidade são homens, o que representa (23.9%) no total das vítimas de VRI (Relatório Anual de Segurança Interna [RASI], 2019).

Apesar dos casos de VRI continuarem a aumentar, ou pelo menos o número de denúncias (ONS, 2019; RASI, 2019; Smith, 2018), a literatura reporta uma discrepância no tratamento em relação às mulheres vítimas, que parece estar ligada a um viés de desejabilidade social (Romito & Grassi, 2007), onde os homens se debatem, interna e externamente, com a manutenção de um ideal de masculinidade (Machado & Matos, 2014). Isto acontece devido ao medo do constrangimento social, da ridicularização por parte da comunidade ou mesmo dos profissionais que se mostram pouco sensíveis e com pouca formação para lidar com estes casos (Barber, 2008, Bates, 2019), bem como na crença, por parte dos homens vítimas, de que as autoridades não tomariam qualquer ação para os proteger (Brown, 2004 citado por Randle & Graham, 2011; Hine, 2019). Outra razão pela qual a violência contra os homens é subestimada prende-se com o facto de os homens terem dificuldade em ver-se como vítimas de violência (Dutton & White, 2013; Hine et al., 2020). Segundo Drijber (2012), os homens reportam as situações de abuso com mais facilidade se forem agredidos fisicamente com ou sem recurso a objetos. Uma vez que a violência psicológica não é visível, é mais difícil de comprovar, tornando assim mais difícil a denúncia (Hine et al., 2020).

Importa ainda referir que os homens agredidos são muitas vezes negligenciados e ignorados pela comunidade, deparando-se, normalmente, com falta de serviços de apoio disponíveis (Barber, 2008; Bates, 2019). Estes não têm acesso aos mesmos recursos e redes de apoio do que as mulheres (Lawrence, 2003 citado por Barber, 2008; Huntley et al., 2019), não existindo programas específicos para ajudar estas vítimas que apresentam uma dificuldade acrescida pelo medo de não acreditarem neles e pela vergonha inerente (Hines & Douglas, 2009; Huntley et al., 2019). A título de exemplo, a primeira, e única casa abrigo exclusivamente para homens vítimas de violência em Portugal abriu apenas em 2016, no distrito de Faro, em Olhão.

A literatura tem ainda vindo a demonstrar que os homens reportam impacto negativo na sua saúde mental e física (Reid et al., 2008; Bates, 2019), com maior incidência, em áreas de vida, tais como, a saúde psicológica, as relações interpessoais e o desempenho

profissional ou acadêmico (Machado et al., 2016); é igualmente importante referir que as consequências psicológicas da VRI se apresentam similares para homens e mulheres (Hines & Douglas, 2016).

Enquanto a saúde mental acompanha toda a variedade de tipos e sintomas, existem alguns que se destacam, entre eles, sintomas de depressão, ansiedade e somatização (Shelby & Lohman, 2007; Hines & Douglas, 2016). Assim sendo, um dos problemas relacionados com o impacto da VRI na saúde mental são os sintomas somáticos. Os sintomas a este nível incluem alterações no peso, cefaleias, dores abdominais, ansiedade ou tonturas (Coker et al., 2002; Hines & Douglas, 2016). Mais ainda, quando se fala de homens separados ou divorciados, estamos perante vítimas mais propensas a relatar sintomas moderados a graves de depressão, perturbação stress pós-traumático (PSPT), e tendências suicidas (Rhodes et al., 2009).

Os homens vítimas têm uma maior probabilidade de sofrer, no momento posterior ao acontecimento violento, ao nível da vitimização psicológica, isolamento social, intimação e ameaças do que as mulheres (Harned, 2001; Barros & Schraiber, 2017). A agressão psicológica tem-se demonstrado tão predominante que chega mesmo a tornar-se normativa (Barros & Schraiber, 2017; Brown, 2004 citado por Randle & Graham, 2011).

Segundo Barber (2008), um em cada três homens participantes no seu estudo indicou que utilizava com frequência serviços médico-hospitalares, contudo, a sua perceção foi de receber níveis baixos de ajuda e uma experiência negativa ao consultar profissionais de saúde. Desta forma, os homens vítimas tendem a procurar ajuda informal, como família, amigos ou grupos de ajuda em plataformas online (Bates, 2019; Lane & Addis, 2005 citado por Tsui, 2014).

As vítimas com menos crenças negativas acerca da VRI não sofrem tantas consequências a nível da saúde mental como as vítimas com crenças mais negativas (Jackson et al., 2000 citado por Shelby, 2007), sendo que as atitudes face à VRI parecem determinantes na interpretação deste tipo de violência (Eriksson & Mazerolle, 2014). Para além disso, deve ter-se em consideração, todas as questões culturais e sociais que podem influenciar o autorrelato dos homens em relação à violência, numa perspetiva de observação de sintomas psicológicos associados ao ato violento. Desta forma, através dos autorrelatos das vítimas é possível observar, com alguma precisão, critérios de prevalência de sintomas de PSPT nos homens agredidos (Hamby, 2005 citado por Randle 2011; Hines & Douglas, 2016; Houry et al., 2008).

Frequentemente, as equipas médicas tendem a focar-se apenas em sintomas físicos associados com a VRI, descartando a parte psicológica associada à violência (Alvarez et al., 2017; Houry et al., 2008). Posto isto, é pertinente, para médicos, investigadores e terapeutas compreender quais as melhores ferramentas a utilizar no apoio e intervenção para com os homens vítimas (Hine et al., 2020; Randle & Graham, 2011).

Assim, os profissionais devem prestar atenção aos sinais e sintomas de violência física, psicológica, ou qualquer outra forma de abuso ou negligência, bem como adaptar a sua abordagem com o cliente de acordo com o sexo e o tipo de vitimização de que foram alvo, visto que, existe uma tendência natural para não efetuar uma abordagem personalizada a estas vítimas (Alvarez et al., 2017; Lane & Addis, 2005 citado por Tsui, 2014).

A relação entre a VRI e a saúde mental das vítimas tem sido abordada na teoria da tensão social, que afirma que os relacionamentos menos harmoniosos impedem o bem-estar dentro de uma relação de intimidade (Shelby & Lohman, 2007), sendo que a experiência real da VRI tende a ser experienciada por homens e mulheres por perspetivas diferentes (Comença et al., 2016; Romito & Grassi, 2007). Os homens que experienciam violência física por parte das mulheres, que sejam as suas companheiras na intimidade, encontram-se significativamente mais propensos a sintomatologia de PSPT, do que se forem vítimas de agressão por outro perpetrador fora da relação de intimidade (Randle & Graham, 2011). Contudo, existe evidência que suporta o facto de existir maior prevalência de violência psicológica, do que qualquer outra forma de abuso (Coker et al., 2002; Machado & Matos, 2012).

No entanto, tendo em conta, a escassez de dados acerca de vítimas do sexo masculino, anteriormente abordada, o estabelecimento de estimativas da taxa de incidência de PSPT experienciada por estas vítimas, torna-se mais difícil de comparar com as taxas de incidência sobre as mulheres vítimas e os seus resultados, e por isso não são totalmente fiáveis (Hamby, 2005 citado por Randle, 2011). Desta forma, a duração e a gravidade do abuso são variáveis importantes a serem consideradas, visto que longos períodos de exposição e cronicidade de exposição à violência estão associados a piores índices de saúde mental (VandeWeerd, 2016 citado por Comença et al., 2016).

Segundo Rhodes et al. (2009), os homens vítimas de VRI apresentam-se mais propensos a comportamentos de riscos, como tabagismo, alcoolismo, abuso de drogas, não utilização de cinto de segurança em viagem e comportamento sexual de risco. A VRI impeliu num maior número de resultados no que toca ao impacto na saúde mental e física,

especialmente no caso dos homens agredidos, onde relatam mais ataques de pânico e um aumento do alcoolismo (Bates, 2019; Bensley, 2000 citado por Reid et al., 2008; Romito & Grassi, 2007).

Posto isto, a investigação no âmbito da VRI contra os homens é pertinente para compreender a extensão e gravidade do fenómeno, bem como para a implementação de estratégias de intervenção e prevenção. No caso específico dos homens, ao contrário das mulheres, ainda se conhece pouco acerca do impacto da VRI na saúde mental e sobre que variáveis podem ser mediadoras ou estar relacionadas com piores índices de saúde mental. Uma grande parte da literatura sobre o tema incide sobre o preconceito em torno do homem vítima, que questiona a masculinidade e põe em causa o acesso à intervenção formal (e.g. Hine, 2019). De modo a realizar um diagnóstico precoce e estabelecer programas de intervenção completos, tal como existem para as mulheres vítimas, é necessário compreender o impacto da VRI na saúde mental dos homens. Só assim, será possível esclarecer os profissionais de saúde acerca dos indicadores que podem, por um lado, estar associados à VRI, levando-os a avaliar a situação, e, por outro, que limitações podem comprometer a avaliação e a intervenção.

Neste ponto, e não sendo do nosso conhecimento a existência de uma revisão sistemática da literatura que reflita o impacto da VRI na saúde mental dos homens vítimas torna-se pertinente compreender o que já existe sobre a temática que permita não só a intervenção, como também orientar futuras linhas de investigação sobre o tema.

Deste modo, a presente investigação procurou responder à questão de investigação “De que forma a violência nas relações de intimidade tem impacto na saúde mental dos homens vítimas?”, tendo como principal objetivo compreender de que forma a violência nas relações de intimidade tem impacto na saúde mental dos homens vítimas. Enquanto objetivos específicos, pretende-se conhecer as variáveis mediadoras entre VRI e saúde mental e os tipos de violência mais comuns no que respeita à violência de uma mulher para com um homem.

## **Método**

A revisão sistemática identifica toda a informação importante acerca do tema em estudo. Este tipo de revisão utiliza uma metodologia baseada apenas em trabalho de investigação científica o que atribui ao trabalho final uma maior credibilidade (Braga & Melo, 2009).

A presente revisão sistemática foi realizada de acordo com o *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis* (PRISMA). Trata-se de uma ferramenta essencial para o decorrer da revisão, pois permite o planejamento, reduz o viés e partilha de informação entre revisores. As componentes do protocolo incluem o título e resumo; contexto teórico (porque é que esta revisão é importante?); objetivo (P – População; I – Intervenção/Ação; C – Comparação; O – Resultado; S – Desenho de estudo); metodologia; pesquisa (palavras chave); seleção de estudos; e extração de resultados (Liberati et al., 2009).

Foram pesquisados artigos indexados nas bases de dados Pubmed, Psychinfo, EBSCO Psychology, e Web of science, entre os anos 2000 e 2019, com a seguinte equação de pesquisa: (mental health OR psychopathology) AND (male victims OR men victims) AND (domestic violence OR intimate partner violence).

### **Critérios de inclusão**

Artigos científicos em inglês, de 2000 a 2019, que incluam apenas homens, maiores de 18 anos, em relações heterossexuais; estudos qualitativos e quantitativos, estudos transversais e longitudinais com revisão de pares.

### **Critérios de exclusão**

Relações homossexuais, menores de 18 anos, mulheres, agressão mútua, agressores, teses de mestrado/doutoramento.

### **Codificação dos estudos**

Os estudos foram selecionados tendo por base os critérios de inclusão e exclusão. Posteriormente, os estudos foram codificados numa tabela pré-formatada com base nos seguintes critérios: nome do autor, características da amostra (número de participantes, país de origem do estudo, idade), objetivos do estudo, variáveis estudadas, instrumentos e resultados.

### **Codificação de qualidade dos estudos**

A qualidade dos estudos foi avaliada com base nos critérios propostos por Sirriyeh e colaboradores (2011) que avalia os seguintes pontos: enquadramento teórico; declaração de metas/objetivos no corpo principal; descrição clara da configuração de pesquisa; evidência do tamanho da amostra considerado na análise; amostra representativa do grupo alvo;

fundamentação das ferramentas de recolha de dados; detalhe acerca da recolha de dados; avaliação estatística das ferramentas de medição; harmonia entre a pergunta de investigação e análise dos dados; boa justificação dos métodos analíticos seleccionados; avaliação da credibilidade do processo analítico; evidência do envolvimento dos participantes no projeto de investigação; pontos fortes e limitações discutidas de forma crítica.

Estes critérios são avaliados com base na seguinte pontuação: 0 = sem menção; 1 = Explicação básica; 2 = Explicação geral; 3= Explicação detalhada. A título exemplificativo, no caso da amostra, o 0 significa que não há menção; o 1 que a amostra é limitada, mas representativa de parte do grupo alvo, ou que é uma amostra demasiado pequena; o 2 representa uma amostra diversificada, mas não totalmente representativa e o 3, uma amostra representativa, com informação detalhada do público alvo.

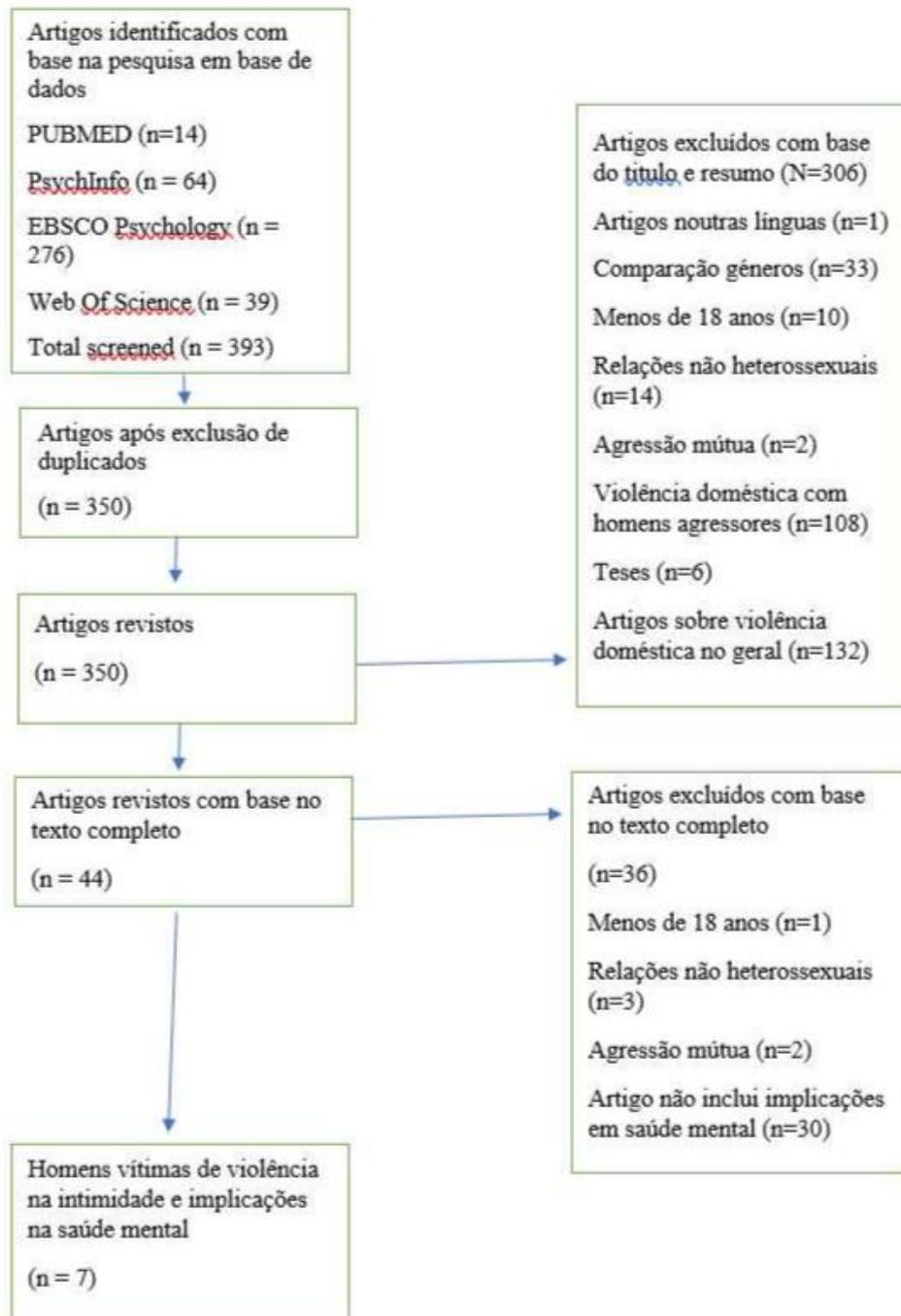
## **Resultados**

### **Seleção dos estudos**

Foram identificados 393 artigos, dos quais, 14 na PUBMED, 64 na PsycInfo, 276 na EBSCO Psychology e 39 no Web of Science. Seguidamente foram retirados os duplicados, ficando 350 artigos para análise. Após análise do título foram excluídos 306 artigos por não corresponderem aos critérios de inclusão e exclusão identificados na metodologia, resultando em 44 artigos para análise do texto integral (Figura 1).

Dos 44 artigos analisados, 1 correspondia a uma amostra com menos de 18 anos, 3 a relações não heterossexuais, 2 a agressão múltipla, e 30 não reportava qualquer tipo de implicações da VRI para a saúde mental. Deste modo, ficaram 7 artigos para análise na presente secção dos resultados.

Figura 1. Fluxograma da seleção dos resultados



Fonte: autor

### Características dos estudos

As características dos estudos foram avaliadas de acordo com o autor e ano, número de sujeitos da amostra, país de origem, média de idades dos participantes, objetivo do estudo,

variáveis de saúde mental analisadas, instrumentos de recolha de dados e os principais resultados obtidos (Tabela 1).

**Participantes.** As amostras foram recolhidas maioritariamente no Estados Unidos, havendo apenas um estudo realizado no Reino Unido (Bates, 2019). No que diz respeito à idade, cinco dos artigos reportam para homens na casa dos 40 anos, enquanto um tem uma amostra bastante mais jovem ( $M=21,89$ ) (Próspero, 2010) e outro não refere a média (Cerulli et al., 2013).

**Características gerais.** Dois dos estudos tinha como objetivo geral compreender o impacto da procura de ajuda na saúde mental (Bates, 2019; Douglas, 2011) e analisar impacto das diferentes formas de VRI na saúde mental (Hines & Douglas, 2015; Próspero, 2010); os restantes procuraram comparar a saúde mental de militares e não militares (Cerulli et al., 2013), analisar as consequências da VRI na saúde mental (Hines & Douglas) e relacionar a utilização de substâncias com o controlo dos sintomas de PSPT (Hines & Douglas, 2012).

**Método.** Os estudos analisados são estudos empíricos quantitativos publicados entre 2010 e 2019.

**Tabela 1. Características dos estudos selecionados**

<b>Autor (ano) País</b>	<b>N Média de Idade (anos)</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Variáveis SM<sup>1</sup></b>	<b>Instr.<sup>2</sup></b>	<b>Resultados</b>
Bates (2019) Reino Unido	n=161 M=44	Comparação entre homens que procuram ajuda formal e os que não procuram ajuda; de que forma a procura de ajuda tem impacto na saúde mental.	-PSPT -Isolamento Social -Depressão -Ansiedade -Autoestima	a)	Os homens vítimas relatam as agressões como sendo mais impactantes na saúde mental do que na saúde física, incluindo isolamento; sintomatologia depressiva; ansiedade; e consequentemente uma diminuição da autoestima devido à falta de apoio formal.
Cerulli et al. (2013) Estados Unidos	militares n=8982, civis n=4729 >18	Correlação entre homens militares e não militares e o impacto que a vitimização por VRI tem na saúde mental de cada um dos grupos.	-Depressão -Tabagismo -Alcoolismo	BRFSS	Em relação ao tabagismo, os civis que sofrem de VRI têm o dobro das hipóteses de desenvolver hábitos tabágicos (35.89%, p<.0001), do que os militares vítimas; Tanto os militares como civis, tendem a beber em excesso, sendo cerca de três vezes mais frequente entre civis (31.56%, p<.0001), do que em militares que sofrem de VRI. No que concerne à depressão há uma tendência para as civis vítimas de VRI desenvolverem mais sintomas depressivos (20.71%, p<.0001) do que nos militares.
Douglas (2011) Estados Unidos	n=302 M=40.49	Correlação entre homens vítimas de VRI que procuram ajuda profissional e os que não procuram, em várias áreas da saúde mental	-PSPT -Alcoolismo -Tabagismo	PCL	As experiências positivas na procura de ajuda traduzem-se em níveis mais baixos de abuso de álcool (r = -. 11, p = 0,07) e de abuso de substâncias (r = -. 10, p = 0,09); e experiências mais negativas na procura de ajuda traduzem-se em taxas mais altas de PSPT (r = 0,14, p <0,05). Para cada experiência de procura de ajuda negativa, os homens vítimas tiveram 1,37 vezes mais hipóteses de atingir o ponto de corte clínico para PSPT.
Próspero (2010)	n=370 M=21.89	Correlação entre homens vítimas de três formas de	-Depressão -Ansiedade	SQ	As variáveis incluídas nos modelos explicam, para homens vítimas dos três tipos de VRI, maior ansiedade, F (5, 242) = 3,152, p <0,01; maior

<sup>1</sup> Saúde Mental

<sup>2</sup> Instrumentos

Estados Unidos	VRI: agressão sexual, psicológica e verbal.	-Hostilidade -Somatização	sintomatologia depressiva, $F(5, 243) = 2,581, p < 0,05$ ; maior hostilidade, $F(5, 243) = 3,600, p < 0,01$ ; e maior sintomatologia somática, $F(5, 243) = 4,647, p < 0,001$ . Os homens que reportaram maior prevalência de agressão sexual apresentam uma probabilidade maior de relatar mais ansiedade ( $t = 2,209, p < 0,05$ ) e mais sintomas somáticos ( $t = 3,604, p < 0,001$ ). Quanto à vitimização psicológica, as vítimas tinham uma probabilidade significativamente maior de reportar maior hostilidade ( $t = 2,368, p < 0,01$ ).
Hines & Douglas (2015) Estados Unidos	Correlação entre 6 tipos de VRI (controle, agressão psicológica, agressão legal ou administrativa, agressão física, agressão sexual e ferimentos) e a saúde mental nos homens vítimas de VRI	-PSPT -Depressão	As seis formas de VRI explicam a existência de mais sintomas depressivos e mais sintomas de PSPT nos homens vítimas de VRI. A forma de VRI que apresenta uma correlação mais elevada com a depressão e com a PSPT é o controle do comportamento por parte da parceira (Depressão: $r = .28; p < .001$ ; PSPT: $r = .38; p < .001$ ).
Hines & Douglas (2014) Estados Unidos	Correlação das consequências em saúde mental de homens vítimas de agressão sexual por VRI.	-PSPT -Depressão	As variáveis preditoras dos sintomas de PSPT são: ter filhos ( $p < .001$ ), vítima de negligência na infância ( $p < .001$ ), gravidade da agressão sexual ( $p = .024$ ), controle ( $p < .001$ ). Na depressão as variáveis preditoras são: situação financeira ( $p = .049$ ), tempo decorrente do final da relação ( $p < .001$ ); vítima de negligência na infância ( $p = .005$ ); tipo de gravidade da agressão sexual ( $p = .035$ ), controle ( $p = .019$ ) e gravidade da agressão sexual ( $p = .007$ ).
Hines & Douglas (2012) Estados Unidos	Correlação entre o consumo excessivo de álcool e drogas e sintomas de PSPT em homens vítimas de VRI.	-PSPT -Alcoolismo - Consumo de drogas	A VRI correlaciona-se com sintomas de PSPT ( $r = .26; p < .001$ ); com o aumento da frequência no consumo de álcool ( $r = .19, p < .001$ ). A gravidade dos sintomas de PSPT está positivamente correlacionada com o aumento no consumo de drogas ( $r = .23, p < .001$ ).

Nota: SM = Saúde Mental; Instr. = Instrumentos; a) inquérito desenvolvido pelo autor; BRFSS – Behavioral Risk Factor Surveillance System (CDC, 1984); PCL – The PTSD Checklist (Weathers et al., 1993); SQ – The Symptom Questionnaire (Kellner, 1987); CES-D – The Center for Epidemiologic Studies Depression (Radloff, 1977).

**Caraterísticas metodológicas.** No que diz respeito aos questionários utilizados para avaliar estas variáveis, cada artigo utilizou um instrumento diferente, com exceção da avaliação da PSPT que em todos os casos foi realizada através do *PTSD checklist* (PCL). O questionário desenvolvido pelo autor para avaliar sintomas relacionados com a saúde mental no estudo de Bates (2019), entre outras coisas, procurava conhecer o impacto da VRI na PSPT, Isolamento social, depressão, ansiedade e autoestima. Por sua vez o *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) foi desenvolvido pelo *Centers for Disease Control and Prevention* que desde 1984 aplica esse questionário por telefone em vários estados dos Estados Unidos. O questionário é composto por vários módulos, sendo os abordados neste estudo os que permitem o rastreio de sintomas depressivos e consumo de álcool e tabaco (Cerulli et al., 2013). O *PTSD Checklist* (PCL) foi desenvolvido por Weathers et al. (1993) para avaliar a gravidade dos sintomas de PSPT através de 16 itens pontuados numa escala de *lickert* de 5 pontos (Hines & Douglas, 2014). O *Symptom Questionnaire* (SQ) é utilizado para avaliar quatro tipos de sintomas relacionados com a saúde mental: depressão, ansiedade, hostilidade e somatização, através de 17 questões de sim e não (Próspero, 2009). Por fim, o *The Center for Epidemiologic Studies Depression* (CES-D) avalia sintomas depressivos através de 20 itens pontuados numa escala de *lickert* de 4 pontos (Hines & Douglas, 2014).

**Risco de viés entre os grupos.** O único estudo que realizou comparação entre grupos foi o de Cerulli et al. (2013), que incluiu um grupo de militares e outro grupo de civis. Nesse estudo, o tamanho da amostra do grupo de militares foi quase o dobro da de civis (8982 militares para 4729 civis), embora o viés seja reduzido por estarmos a falar de uma amostra grande.

**Risco de viés entre estudos.** O tamanho das amostras utilizadas nos estudos foi sempre acima dos 100 participantes, havendo um estudo com uma amostra de 161, três estudos com amostras na casa dos 300 participantes e dois compostos por 611 participantes (provavelmente a mesma amostra). A média relativa às idades apresentada em quatro dos sete estudos situou-se entre os 40 e os 44 anos ( $M=43.9$ ), sendo que num não é apresentada a média, noutra a média é de cerca de 40 anos ( $M=40.49$ ), e por fim num outro estudo são participantes mais jovens ( $M=21.89$ ). A avaliação da PSPT foi realizada através do mesmo instrumento, o que permite uma redução do viés na comparação entre estudos. No entanto,

o mesmo não aconteceu para os outros sintomas relacionados com a saúde mental, que utilizaram questionários diferentes, e no caso de Bates foi realizado um inquérito sem validação metodológica.

No que diz respeito à qualidade dos estudos, tal como consta na tabela em apêndice, constata-se que todos os estudos têm boa qualidade, segundo os critérios avaliados. Apenas o estudo de Cerulli e colaboradores (2013) apresenta um valor mais baixo (“1.ligeiramente”) num parâmetro - o da evidência do envolvimento dos participantes no projeto. Os restantes estudos pontuaram moderadamente (2) ou totalmente (3) para todos os parâmetros. Foi também o estudo de Cerulli e colaboradores que obteve uma pontuação global mais baixa, de 34 em 42 pontos possíveis (80,9%).

### **Resultados dos estudos individuais**

**Impacto.** As variáveis de saúde mental analisadas nos artigos foram PSPT, isolamento social, depressão, ansiedade, autoestima, consumo de substâncias, hostilidade e somatização. Cinco artigos avaliaram a PSPT e a depressão, três o consumo de substâncias, dois a ansiedade e as restantes variáveis de saúde mental foram apenas avaliadas em um artigo cada.

Ao examinar a relação entre as experiências positivas e negativas na procura de ajuda formal por parte dos homens vítimas de VRI e a saúde mental, os estudos analisaram relações existentes entre estas experiências (e.g., procura de ajuda formal e informal). As experiências mais negativas, na procura de ajuda, traduzem-se em taxas mais altas de PSPT ( $r=.14$ ;  $p < .05$ ). Para cada experiência de procura de ajuda negativa, os homens vítimas tiveram 1.37 vezes mais hipóteses de sofrer de sintomas de PSPT (Bates, 2019).

Quando efetuada a combinação de seis formas de VRI, os estudos explicam a existência de mais sintomas depressivos e mais sintomas de PSPT nos homens vítimas de VRI, do que nos homens não vítimas, demonstrando ainda que existe uma correlação positiva entre a severidade da agressão e a gravidade dos sintomas depressivos ( $r=.25$ ;  $p < .001$ ) e sintomas de PSPT ( $r=.29$ ;  $p < .001$ ). Os resultados demonstram que a VRI influencia diretamente a frequência da intoxicação alcoólica e os níveis de sintomatologia de PSPT.

O estudo de Hines e Douglas (2012) demonstrou que a VRI tem impacto significativo em sintomas de PSPT ( $r=.26$ ;  $p < .001$ ); e que a gravidade dos sintomas de

PSPT está positivamente correlacionada com o aumento no consumo de drogas ( $r=.23$ ;  $p<.001$ ).

Quando no estudo de Cerulli e colaboradores (2013), se compara uma amostra entre homens com formação militar e homens civis vítimas de VRI, verifica-se um aumento quatro vezes superior para a hipótese de desenvolver depressão entre os homens civis, e mais que duplica as hipóteses de depressão em homens com formação militar. No que concerne apenas à depressão há uma tendência aos homens civis vítimas de VRI desenvolverem mais sintomas depressivos (20.71%;  $p<.0001$ ) do que nos homens militares.

Num outro estudo com homens vítima de VRI constata-se o aumento do número de suicídios relatados no sexo masculino entre os anos de 2000 e 2007, e particularmente entre homens com formação militar (Cerulli et al., 2013).

Independentemente do tipo de agressão, física, psicológica ou sexual, a análise de regressões múltiplas no estudo de Próspero (2010), indicam que todos os tipos de agressão contribuíram significativamente para uma maior ansiedade entre os homens vítimas ( $F(5, 242)=3.15$ ;  $p<.01$ ), mais sintomatologia depressiva ( $F(5, 243)=2.58$ ;  $p<.05$ ), mais comportamentos hostis ( $F(5, 243)=3.60$ ;  $p<.01$ ) e sintomas somáticos mais elevados ( $F(5, 243)=4.65$ ;  $p<.001$ ). Na análise da regressão, os sintomas de depressão explicam 20.2% da variação, sendo que a VRI física não era um preditor exclusivo de sintomas de depressão, e os comportamentos de controlo por parte da parceira apenas se aproximaram da significância de 95%. Os homens que reportaram maior prevalência de agressão sexual apresentam uma probabilidade significativamente maior de relatar mais ansiedade ( $t=2.21$ ;  $p<.05$ ) e mais sintomas somáticos ( $t=3,60$ ;  $p<.001$ ). Quanto à vitimização psicológica, as vítimas tinham uma probabilidade significativamente maior de reportar maior hostilidade ( $t=2.37$ ;  $p<.01$ ).

Em relação ao tabagismo, os homens civis que sofrem de VRI têm o dobro das hipóteses de desenvolver hábitos tabágicos (35.89%;  $p<.0001$ ), do que os homens vítimas com formação militar. Ambos tendem a beber em excesso, sendo cerca de três vezes mais frequente entre civis (31.56%;  $p<.0001$ ) do que em militares que sofrem de VRI. Os resultados dos modelos de regressão indicam que há uma relação significativa entre experiências de procura de ajuda positiva e abuso de álcool, quando os homens vítimas tinham experiências mais positivas de procura de ajuda havia menos 40% de probabilidade

de consumo excessivo de álcool. Assim sendo, a VRI tem impacto significativo no aumento da frequência no consumo de bebidas alcoólicas ( $r=.19$ ;  $p<.001$ ).

## **Discussão dos Resultados**

A presente revisão sistemática procurou responder à pergunta de partida “De que forma a violência nas relações de intimidade tem impacto na saúde mental dos homens vítimas?” e tinha como principal objetivo compreender o impacto da violência nas relações de intimidade na saúde mental dos homens vítimas.

Os estudos analisados revelaram que a saúde mental dos homens é muito afetada e que existe uma maior incidência de problemas de saúde mental, principalmente, no que diz respeito, aos sintomas depressivos e associados à PSPT. Estes dois quadros de sintomas foram os mais analisados, em cinco dos sete artigos analisados, embora em menor número também há artigos que abordam a sintomatologia ansiosa, consumo de substâncias, isolamento social, autoestima, somatização e hostilidade.

Os resultados dos estudos permitiram fazer uma análise sobre de que forma a VRI tem impacto na saúde mental dos homens vítimas. Neste sentido, foi possível constatar que as agressões se demonstram mais impactantes na saúde mental do que na saúde física, incluindo o isolamento através do controlo feito pelas parceiras, conduzindo a uma fraca rede de suporte. Por essa razão os homens vítimas de VRI têm mais sintomatologia depressiva, mais ansiedade, e conseqüentemente uma diminuição da autoestima (Bates, 2019). Mais ainda, Próspero (2010) sugere que as lesões físicas podem causar limitações, o que pode levar a sintomas depressivos.

Embora surjam, durante os inquéritos efetuados nos estudos, resultados que evidenciam lesões e cicatrizes físicas, os efeitos mais marcantes parecem ser aqueles que impactaram a saúde mental e o bem-estar geral (Bates, 2019). Assim, parece claro que as associações realizadas entre os vários indicadores de problemas de saúde mental podem dever-se ao controlo exercido por parte das parceiras (Bates, 2019; Próspero, 2010).

Uma das variáveis encontradas como influente no agravamento da saúde mental foi o tempo de exposição à VRI. Os homens que ficaram por um período mais prolongados expostos à VRI, ficaram mais isolados, solitários e com mais cicatrizes físicas e emocionais (Bates, 2019). Segundo o estudo de Bates (2019), os homens vítimas de VRI tendem a desenvolver sintomatologia depressiva associada ao isolamento e excesso de controlo feito

pelas parceiras. Já no estudo de Cerulli e colaboradores (2013) no que concerne à depressão há uma tendência para os homens civis vítimas de VRI desenvolverem mais sintomas depressivos do que os militares. Segundo os autores, o resultado pode não ser uma representação da realidade, uma vez que o que poderá estar a acontecer é que os militares tenham mais vergonha de assumir os sintomas do que os não militares. A conclusão deste estudo remete-nos para uma das grandes questões na VRI sofrida por homens, a vergonha por pôr em causa a sua masculinidade, reforçada por estereótipos perpetuados pela educação (Barber, 2008; Hines & Douglas, 2009).

Quando analisados os tipos de VRI, por exemplo, sexual, psicológica, física, entre outros, conclui-se que existem diferenças entre o impacto causado pelos diferentes tipos de violência (Hines & Douglas, 2015; Próspero, 2019). A forma de VRI que apresenta uma correlação mais elevada com a depressão é o controlo do comportamento por parte da parceira (Hines & Douglas, 2015), sendo que a agressão sexual (obrigar ou coagir a ter relações sexuais quando o homem não quer) é também identificada como uma das formas que mais predizem a depressão (Hines & Douglas, 2014; Próspero, 2010). Mais uma vez, a justificação para o aparecimento de sintomas depressivos, relacionados com a falta de autoestima, autoconfiança parecem estar relacionados com o estereótipo masculino de virilidade, em que o homem deve estar sempre disposto para a relação sexual. Assim, os homens quando não sentem vontade e são forçados, sentem-se inferiorizados, comprometendo o seu autoconceito, surgindo sintomas ou até mesmo quadros de psicopatologia (Prospero, 2010).

Relativamente à depressão, os cinco estudos encontrados confirmam a existência de sintomatologia depressiva nos homens vítimas de VRI (Bates, 2019; Cerulli et al., 2013; Hines & Douglas, 2014; Hines & Douglas, 2015; Próspero, 2010).

Ao nível da PSPT, esta parece ser mais prevalente quando os homens vítimas de VRI sofrem de violência psicológica por parte das parceiras (Hines & Douglas, 2015). A PSPT tem sido uma das perturbações referidas por vítimas de violência na intimidade e no caso dos homens, parece que a violência psicológica contribuiu mais para a sintomatologia de stresse do que a física. Desta forma, na violência física, o homem pode sentir menos medo, uma vez que se vê com recursos para fazer frente, sendo que na violência psicológica, as vítimas, sejam homens, ou mulheres, sentem stresse por não encontrarem recursos para fazer face à violência a que são expostos (Hines, 2007).

No estudo de Hines e Douglas (2012), constata-se, igualmente, que o consumo de bebidas alcoólicas e abuso de substâncias está diretamente associada com os sintomas de PSPT, existindo também evidência de comorbilidade entre esses problemas. Contudo, os estudos apenas conseguem especular sobre a razão pela qual os níveis de sintomas associados à PSPT não serviram como mediador entre a VRI e a intoxicação alcoólica, porque o álcool e outras drogas parecem proporcionar alívio apenas agudo dos sintomas de PSPT. As diferenças nos resultados das análises podem dever-se ao facto dos investigadores não terem sido capazes de fazer um diagnóstico efetivo de PSPT, pois foram avaliados apenas os níveis de sintomas da mesma, nunca tendo sido efetuado o diagnóstico efetivo.

Neste sentido, os três artigos que avaliaram o consumo de substâncias concluem que esta pode ser uma das estratégias de coping utilizadas para aliviar os sintomas depressivos associados à VRI (Cerulli et al., 2013; Douglas, 2011; Hines & Douglas, 2012).

Os estudos que referem a ansiedade como consequência da VRI foram unânimes em associar a sintomatologia ansiosa à depressão, não sendo um problema de saúde mental primário (Bates, 2019; Próspero, 2010). Próspero (2010) constata que a ansiedade e até a somatização decorrem do stresse contínuo a que os homens são sujeitos principalmente por sentirem constantemente a sua masculinidade afetada, o que compromete a autoestima e autoconfiança.

A hostilidade é um sintoma associado à VRI, embora seja muitas vezes direcionada para figuras que não estão relacionadas com o agressor. Tal parece ser uma consequência do stresse acumulado e da dificuldade que a vítima tem de fazer face ao problema, nomeadamente de comunicar com o agressor (Próspero & Fawson, 2010).

Ao nível da baixa autoestima esta parece ser um fator consequente da exposição à VRI e pode funcionar como mediador para com os outros problemas de saúde mental (Bates, 2019).

Por sua vez, o isolamento social, decorre como forma de violência psicológica exercida pelas companheiras de forma a terem maior controlo sobre a vítima. Os homens tendem a ficar com mais vergonha e a restringir a sua rede de contactos o que acaba por ter influência na saúde mental e no prolongamento da exposição à violência pela dependência criada para com a companheira (Bates, 2019).

O apoio formal pode ser uma das formas de atenuar a sintomatologia, pois no estudo de Bates (2019), tanto os homens que procuram ajuda como os que não procuram deparam-se com os mesmos sintomas e problemas, sendo que os que estão sem apoio especializado tendem a ter sintomas mais severos e prolongados. Especificamente, verificou-se que o apoio emocional e social medeia o impacto da VRI na área da saúde, e contribui na redução de algumas das consequências mentais, pois ajuda a reduzir o risco de ansiedade, depressão e sintomas de PSPT, não utilizando o recurso a álcool, tabaco ou drogas como estratégia de *coping* (Bates, 2019).

No entanto, quando estes homens procuram ajuda formal e se deparam com uma experiência negativa, existe uma tendência para o desenvolvimento de sintomatologia associada à PSPT (Bates, 2019). Por ser um tema sensível e alvo de preconceito, é difícil para os homens assumirem que são vítimas e procurar ajuda, sentindo vergonha e sentimentos de inferioridade associados (Hine et al., 2020). Neste sentido, é importante haver uma sensibilização dos profissionais para esta temática, procurando estabelecer-se linhas de investigação acerca da VRI nos homens, e treino especializado para a gestão terapêutica desta temática.

Apesar dos estudos encontrados terem uma qualidade elevada (c.f. apêndice 1), são reconhecidas limitações que podem interferir com as conclusões discutidas na presente revisão sistemática. Em primeiro lugar, a amostra foi recolhida em todos os artigos, com exceção de um, nos Estados Unidos, pelo que é necessário compreender se estes resultados podem ser extensíveis transculturalmente, através da realização de estudos em outros países. Por outro lado, o facto de haverem muito poucos estudos (apenas foram encontrados sete estudos, em que três são dos mesmos autores), torna difícil retirar conclusões em relação à saúde mental dos homens vítimas de VRI. Relativamente à metodologia utilizada, quanto aos cinco estudos encontrados sobre a depressão, a realidade é que nem todos utilizaram os mesmos instrumentos de medida o que não torna exequível a comparação entre os mesmos.

Deste modo, sugere-se que possa haver um maior contributo da comunidade científica no estudo das consequências da VRI em homens para a sua saúde mental. É importante haver uma maior sensibilização para o rastreio desta problemática nos homens em geral, por exemplo realizados pelo médico de família (Tsui, 2014). De igual forma, a formação dos profissionais de saúde deve contemplar uma sensibilização para esta temática, havendo necessidade de uma maior formação para os profissionais que

pretendem realizar intervenção psicoterapêutica nesta área (Douglas & Hines, 2011). É importante também desmistificar o tema através de sessões de informação e prevenção realizadas nas escolas para os jovens (Shaffer et al., 2018).

Em suma, as principais variáveis avaliadas ao nível da saúde mental são a ansiedade, depressão, consumo de substâncias e PSPT, havendo uma maior predisposição para homens vítimas de VRI de terem valores mais elevados neste tipo de sintomatologias.

## **Conclusão**

Os estudos demonstram um claro impacto da VRI na saúde mental dos homens vítimas, nomeadamente ao nível da depressão, PSPT, ansiedade e consumo de substâncias, podendo comprometer a autoestima e a socialização das vítimas.

A VRI contra os homens, coloca-os numa posição de vítimas, uma representação que não é assumida como normal ou frequente na sociedade. Quando se pensa em vítimas de VRI, raramente se assume que estas podem ser homens, algo que está subjacente a um estereótipo de masculinidade. O homem é tido como mais forte, mais violento, sendo até vergonhoso sofrer de violência por parte de uma mulher (Hine, 2019). Assim, por ser um assunto tabu e conotado, muitas vezes, com menor masculinidade, gera vergonha no homem, o que torna difícil a procura de ajuda ou até o assumir que se está numa relação violenta. Os comportamentos violentos podem, então, ser perpetrados, levando a níveis de mal-estar que põem em causa a saúde mental, problema que pelas atitudes da sociedade não é alvo de uma ajuda formal.

É necessário investigar o tema de um ponto de vista da psicologia, gerando mais linhas de investigação, quer para a explicação, quer para as consequências e modelos de intervenção. É igualmente necessário trazer o tema para a comunidade civil. Deste modo, torna-se pertinente falar da VRI que decorre por parte das companheiras para com os homens, abrindo espaço para que se assumam a problemática como real, sem vergonha e preconceito.

## Referências Bibliográficas

- Alvarez, C., Fedock, G., Grace, K. T., & Campbell J. (2017). Provider Screening and Counseling for Intimate Partner Violence: A Systematic Review of Practices and Influencing Factors. *Trauma, Violence, & Abuse, 18*(5), 479–495. <https://doi.org/10.1177/1524838016637080>
- Bair-Merritt<sup>1</sup>, M., Crowne, S., Thompson, D., Sibinga, E., Trent, M., & Campbell, J. (2010). Why Do Women Use Intimate Partner Violence? A Systematic Review of Women’s Motivations. *Trauma, Violence, & Abuse 11*(1), 178-189. <https://doi.org/10.1177/1524838010379003>
- Barber, C. (2008). Domestic Violence against men. *Nursing Standard, 22*(1), 35-39. <https://doi.org/10.7748/ns2008.08.22.51.35.c6644>
- Barros, C. & Schraiber, L. (2017). Intimate partner violence reported by female and male users of healthcare units. *Revista de Saúde Pública, 51*(1), 1-10. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006385>
- Braga, R., & Melo, M. (2009). Como fazer uma Revisão Baseada na Evidência. *Revisões Portugal Clinica Geral, 25*(6), 660-666. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10691>
- Bates, E. (2019). “No one would ever believe me”: an exploration of the impact of the impact of intimate partner violence victimization on men. *Psychology of men & masculinities*, Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/men0000206>.
- Cerulli, C., Bossarte, R., & Melissa, D. (2014). Exploring intimate partner violence status among male veterans and associated health outcomes. *American Journal of Men’s Health, 8*(1), 66-73. <https://doi.org/10.1177/1557988313492558>
- Coker, A. L., Weston, R., Creston, D. L., Justice, B., & Blakeney, P. (2005). PTSD Symptoms Among Men and Women Survivors of Intimate Partner Violence: The Role of Risk and Protective Factors. *Violence and Victims, 20*(1), 625-643. <https://doi.org/10.1891/088667005780927421>
- Coker, A., Davis, K., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H., & Smith, P. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine, 23*(4), 260-268. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00514-7](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00514-7)

- Comenhaça, R., Basto-Percira, M., & Maia, A. (2016). Clinically speaking, psychological abuse matters. *Comprehensive Psychiatry*, 73(1), 120-126.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.11.015>
- Douglas, E. & Hines, D. (2011). The helpseeking experiences of men who sustain intimate partner violence: an overlooked population and implications for practice. *Journal of family violence*, 26(1), 473-485. <https://doi.org/10.1007/s10896-011-9382-4>
- Drijber, B. C., Reijnders, U. L., & Ceelen, M. (2013). Male Victims of Domestic Violence. *Journal of Family Violence*, 28(2), 173-178.  
<https://doi.org/10.1007/s10896-012-9482-9>
- Dutton, D. G., Nicholls, T. L., & Spidel, A. (2005). Female Perpetrators of Intimate Abuse. *Journal of Offender Rehabilitation* 41(4), 1-31.  
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2005.02.001>.
- Dutton, D. G., & White, K. R. (2013). Male Victims of Domestic Violence. *New Male Studies: An International Journal*, 2(1), 5-17.  
<http://ukfamilylawreform.co.uk/docs/malevictimsfdvbydutton2013.pdf>
- Eriksson, L. & Mazerolle, P. (2014). A Cycle of Violence? Examining Family-or-Origin Violence, Attitudes, and Intimate Partner Violence Perpetration. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(6), 945-964.  
<https://doi.org/10.1177/0886260514539759>
- Graham-Kevan, N. (2007). The Re-Emergence of Male Victims. *International Journal of Mens Health* 6(1), 3-6. <https://doi.org/10.3149/jmh.0601.3>
- Harned, M. S. (2001). Abused Women or Abused Men? An Examination of the Context and Outcomes of Dating Violence. *Violence and Victims*, 16(3), 269-285.  
<https://doi.org/10.1891/0886-6708.16.3.269>
- Hine, B. (2019). 'It can't be that bad, I mean, he's a guy': Exploring judgements towards domestic violence scenarios varying on perpetrator and victim gender, and abuse type. In E. A. Bates & J. C. Taylor (Eds.), *Intimate partner violence: New perspectives in research and practice*. Oxon: Routledge. ISBN: 9781138049000
- Hine, B., Bates, E. & Wallace, S. (2020). I have guys call me and say 'I can't be the victim of domestic abuse': exploring the experiences of telephone support providers for male victims of domestic violence and abuse. *Journal of interpersonal violence*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/0886260520944551>

- Hines, D. A. (2007). Post-traumatic stress symptoms among men who sustain partner violence: a multi-national study of university students. *Psychology of men & masculinity*, 8(4), 225-239. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.8.4.225>
- Hines, D. A., & Douglas, E. M. (2009). Women's Use of Intimate Partner Violence against Men: Prevalence, Implications, and Consequences. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18(6), 572-586. <https://doi.org/10.1080/10926770903103099>
- Houry, D., Rhodes, K. V., Robin, S. K., Lorie, C., Cerulli, C., McNutt, L. A., & Kaslow, N. (2008). Differences in Female and Male Victims and Perpetrators of Partner Violence With Respect to WEB Scores. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(8), 1041-1055. <https://doi.org/10.1177/0886260507313969>
- Huntley, A., Potter, L., Williamson, E., Malpass, A., Szilaasy, E., & Feder, G. (2019). Help-seeking by male victims of domestic violence and abuse (DVA): a systematic review and qualitative evidence synthesis. *BMJ Open*, 9(6), 21960. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021960>
- Lagdon, S., Armour, C., & Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimization: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 24794. Advance online publication. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24794>
- Liberati, A., Altman, D., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P., Ioannidis, J., Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 65-94. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Machado, A., & Matos, M. (2012). Victimization against men in intimacy (research version). *Unpublished instrument*.
- Machado, A., & Matos, M. (2014). Homens vítimas de violência na intimidade: análise metodológica dos estudos de prevalência. *Psicologia e Sociedade*, 26(3), 726-736. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000300021>
- Machado, A., & Matos, M. (2016). Help-Seeking and Needs of Male Victims of Intimate Partner Violence in Portugal. *Psychology of Men & Masculinity*, 17(3), 255-264. <http://dx.doi.org/10.1037/men0000013>

- Machado, A., Matos, M., & Hines, D. (2017). Characteristics of Intimate Partner Violence Victimization Experienced by a Sample of Portuguese Men. *Violence and Victims*, 33(1), 157-175. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.33.1.157>
- Office for National Statistics (2019). Crime Survey for England and Wales. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/crimeandjustice/bulletins/domesticabuseinenglandandwalesoverview/november2019>
- Okuda, M., Olfson, M., Hasin, D., Grant, B. F., Lin, K., & Blanco, C. (2011). Mental Health of Victims of Intimate Partner Violence: Results From a National Epidemiologic Survey. *Psychiatric Services*, 62 (1), 959-962. [https://doi.org/10.1176/ps.62.8.pss6208\\_0959](https://doi.org/10.1176/ps.62.8.pss6208_0959)
- Próspero, M. (2007). Mental Health Symptoms Among Male Victims of Partner Violence. *American Journal of Men's Health*, 4(1), 269-277. <https://doi.org/10.1177/1557988306297794>
- Próspero, M., & Kim, M. (2008). Mutual Partner Violence: Mental Health Symptoms Among Female and Male Victims in Four Racial/Ethnic Groups. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(12), 2039-2056. <https://doi.org/10.1177/0886260508327705>
- Randle, A. & Graham, C. (2011). A Review of the Evidence on the Effects of Intimate Partner Violence on Men. *Psychology of Men & Masculinity*, 12(2), 97-111. <https://doi.org/10.1037/a0021944>
- Reid, R., Bonomi, A., Rivara, F., Anderson, M., Fishman, P., Carrell, D., & Thompson, R. (2008). Intimate partner violence among men: Prevalence, chronicity, and health effects. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(6), 478-485. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.01.029>
- RASI - Relatório Anual de Segurança Interna (2019). Relatório anual de administração interna. Lisboa: Ministério de Administração Interna. <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=9f0d7743-7d45-40f3-8cf2-e448600f3af6>
- Rhodes, K. V., Houry, D., Cerulli, C., Strauss, H., Kaslow, N. J., & McNutt, L. (2009). Intimate Partner Violence and Comorbid Mental Health Conditions Among Urban Male Patients. *The Annals of Family Medicine*, 7(1), 47-55. <https://doi.org/10.1370/afm.936>

- Romito, P., & Grassi, M. (2007). Does violence affect one gender more than the other? The mental health impact of violence among male and female university students. *Social Science & Medicine*, 65(6), 1222-1234.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.017>
- Shaffer, C., Adjei, J., Viljoen, J., Douglas, K., & Saewyc, E. (2018). Ten-Year Trends in Physical Dating Violence Victimization Among Adolescent Boys and Girls in British Columbia, Canada. *Journal of Interpersonal Violence*, 886260518788367. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/0886260518788367>
- Shelby, K., & Lohman, B. J. (2007). Dating Violence Victimization, Relationship Satisfaction, Mental Health Problems, and Acceptability of Violence: A Comparison of Men and Women. *Journal of Family Violence*, 22(1), 367-381.  
<https://doi.org/10.1007/s10896-007-9092-0>
- Sirriyeh, R., Lawton, R., Gardner, P. & Armitage, G. (2011). Rewriting studies with diverse designs: the development and evaluation of a new tool. *Journal of evaluation in clinical practice*, 18(4), 746-752.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01662.x>
- Smith, S., Zhang, X., Basille, K., Merrick, M., Wang, J., Kresnow, M. & Chen, J. (2018). The national intimate partner and sexual violence survey: 2015 data brief – updated release. Georgia: National Center for Injury Prevention and Control Centers for Disease Control and Prevention.  
<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/2015data-brief508.pdf>
- Stewart, I. A., Gabora, N., & Allegri, N. (2014). Profile of Female Perpetrators of Intimate Partner Violence in an Offender Population: Implications for Treatment. *Partner Abuse*, 5(2), 168-188. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.5.2.168>
- 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 metaanalytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 10(1), 65-98.  
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.09.001>
- Tsui, V. (2014). Male victims of intimate partner abuse: Use and helpfulness of services. *Social Work*, 59(2), 121-130. <https://doi.org/10.1093/sw/swu007>

## Apêndice

*Avaliação dos artigos de acordo com os critérios de qualidade definidos*

Critérios	Artigos						
	Bates (2019)	Cerulli et al. (2013)	Douglas (2011)	Hines & Douglas (2012)	Hines & Douglas (2014)	Hines & Douglas (2015)	Prospero (2009)
Enquadramento teórico explícito	3	3	3	3	3	3	3
Declaração de metas/objetivos no corpo principal	3	3	3	3	3	3	3
Descrição clara da configuração da pesquisa	3	3	3	3	3	3	3
Evidência do tamanho da amostra considerado na análise	2	2	2	2	2	2	2
Amostra representativa do grupo alvo	2	2	2	2	2	2	2
Descrição do procedimento da recolha de dados	3	2	3	3	3	3	3
Fundamentação das ferramentas de recolha de dados	3	3	3	2	2	2	3
Detalhe acerca da recolha de dados	3	3	3	3	3	3	3
Avaliação estatística das ferramentas de medição	3	2	3	3	3	3	3
Harmonia entre a pergunta de investigação e análise	2	3	3	3	3	2	3
Boa justificação dos métodos analíticos selecionados	2	2	2	2	2	2	2
Avaliação da credibilidade do processo analítico	2	2	3	3	3	3	3
Evidência do envolvimento dos participantes no projeto	2	1	2	2	2	2	3
Pontos fortes e limitações discutidas de forma crítica	3	3	3	3	3	3	3
Pontuação total	36/42	34/42	38/42	37/42	37/42	36/42	39/42
Percentagem	85,7%	80,9%	90,5%	88,1%	88,1%	85,7%	92,9%

0 = não presente; 1 = ligeiramente; 2 = moderadamente; 3 = totalmente