

## **IAVP - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA**

Nome da vítima:

Idade:                      Escolaridade:

Raça:

Nacionalidade:

Nome do(a) agressor(a):

Vínculo entre a vítima e o(a) agressor(a):

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **PARTE 1: CONDUTAS DE VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA**

#### **CONDUTAS DE CONSTRANGIMENTO**

1. Criticava sua aparência (corpo, cabelo, roupas)?

( ) sim ( ) não

2. Proibia você de usar algumas roupas ou maquiagem?

( ) sim ( ) não

3. Constrangia você na frente de outras pessoas?

( ) sim ( ) não

4. Obrigava você a pedir desculpas, mesmo quando não era sua culpa?

( ) sim ( ) não

5. Constrangia você a fazer coisas que não gostava?

( ) sim ( ) não

Você gostaria de contar detalhes ou outra situação de constrangimento?

---

---

---

---

---

## **CONDUTAS DE HUMILHAÇÃO E RIDICULARIZAÇÃO**

6. Ofendia, envergonhava ou ridicularizava você quando estavam sozinhos?

( ) sim ( ) não

7. Ofendia, envergonhava ou ridicularizava você quando estavam na frente de outras pessoas?

( ) sim ( ) não

8. Humilhava você na frente de seus filhos?

( ) sim ( ) não

9. Fazia piadas sobre ou você sua família?

( ) sim ( ) não

10. Xingava você de louca, burra, incapaz ou que não fazia nada direito?

( ) sim ( ) não

11. Criava apelidos para você, que a deixavam constrangida ou triste?

( ) sim ( ) não

Você gostaria de contar mais detalhes ou mencionar alguma situação de humilhação ou ridicularização?

---

---

---

---

---

## **CONDUTAS DE MANIPULAÇÃO**

12. Alegava que “perdia a cabeça” e culpava você?

( ) sim ( ) não

13. Culpava você por tudo de ruim que acontecia (desemprego, dívidas e outros)?

( ) sim ( ) não

14. Usava seus medos e inseguranças dizendo que você não era capaz?

( ) sim ( ) não

15. Afirmava que você não era uma “boa dona de casa”, “boa mãe” e “esposa” para justificar o comportamento abusivo?

( ) sim ( ) não

16. Ameaçava que ia se matar ou matar seus filhos quando você tentava terminar a relação?

( ) sim ( ) não

17. Escondia coisas, invertia fatos e dizia que você estava louca?

( ) sim ( ) não

Você gostaria de contar mais detalhes ou alguma situação específica?

---

---

---

---

---

### **CONDUTAS DE ISOLAMENTO OU LIMITAÇÃO DO DIREITO DE IR E VIR**

18. Dificultava seu contato com familiares?

( ) sim ( ) não

19. Quando seus familiares ligavam, obrigava você a colocar em viva voz?

( ) sim ( ) não

20. Reclamava quando você saía sozinha?

( ) sim ( ) não

21. Reclamava quando você saía para estudar ou trabalhar?

( ) sim ( ) não

22. Ficava aborrecido ou bravo se você conversava com homens que não eram da família?

( ) sim ( ) não

23. Escolhia suas amizades?

( ) sim ( ) não

24. Controlava você por mensagens, ligações ou de outro modo?

( ) sim ( ) não

25. Exigia que você lhe desse suas senhas em redes sociais?

( ) sim ( ) não

26. Tinha ciúmes se alguma pessoa lhe desse atenção ou se aproximasse de você?

( ) sim ( ) não

Você gostaria de contar mais detalhes ou outra situação de isolamento?

---

---

---

---

---

## **CONDUTAS AMEAÇADORAS**

27. Gritava ou explodia por qualquer coisa?

( ) sim ( ) não

28. Explodia por ciúmes, dizia que você tinha amantes ou estava paquerando?

( ) sim ( ) não

29. Destruía ou escondia suas coisas pessoais?

( ) sim ( ) não

30. Destruía móveis ou utensílios da casa?

( ) sim ( ) não

31. Maltratava ou ameaçava seus animais de estimação?

( ) sim ( ) não

32. Ameaçava contar seus segredos pessoais ou divulgar fotos suas para outras pessoas?

( ) sim ( ) não

33. Dizia que, se o deixasse, entraria com vários processos e ficaria sem nada?

( ) sim ( ) não

34. Exibia armas de fogo, facas ou objetos como forma de intimidação?

( ) sim ( ) não

Você gostaria de contar mais detalhes ou outra situação que lhe causava medo?

---

---

---

---

---

### **VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA DIGITAL**

35. Para alguma das condutas anteriores, foi utilizada Inteligência Artificial (como programas ou aplicativos) ou outro recurso tecnológico para alterar imagem pessoal ou voz (fotos ou vídeos montados com sua imagem ou voz)?

( ) sim ( ) não

---

---

---

---

---

**CONDUTAS DE VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA RELACIONADAS A FILHOS (violência vicária)**

36. Ameaçava pedir a guarda dos filhos?

( ) sim ( ) não

37. Ameaçava seus filhos para você desistir de algum processo?

( ) sim ( ) não

38. Agia com agressividade com os filhos como forma de puni-la?

( ) sim ( ) não

39. Deixava de dar remédios para filhos doentes ou que necessitavam de cuidados especiais como forma de puni-la?

( ) sim ( ) não

40. Colocava seus filhos em situações de risco como forma de puni-la?

( ) sim ( ) não

41. Recusava-se a pegar pensão para os filhos como forma de chantagem ou punição?

( ) sim ( ) não

Outras situações

---

---

---

---

---

**FREQUÊNCIA DAS CONDUTAS**

As condutas de constrangimento, humilhação, manipulação, de isolamento ou ameaçadoras que você descreveu aconteciam com que frequência (poucas vezes, muitas vezes, sempre)?

---

---

---

---

---

## **PARTE 2: DANO EMOCIONAL**

Sintomas que surgiram após as condutas praticadas pelo agente e descritas na Parte 1.

42. Passou a evitar pessoas ou lugares que relembram os fatos?

( ) sim ( ) não

43. Medo de ficar sozinha em casa ou sair desacompanhada?

( ) sim ( ) não

44. Pesadelos ou dificuldade para dormir?

( ) sim ( ) não

45. Tristeza profunda ou crises de choro?

( ) sim ( ) não

46. Constante estado de alerta (atenção e medo)?

( ) sim ( ) não

47. Dificuldade para realizar as atividades do dia a dia, que antes você fazia normalmente?

( ) sim ( ) não

48. Afastamento do trabalho ou estudos?

( ) sim ( ) não

49. Afastamento de familiares ou amigos/as?

( ) sim ( ) não

50. Deixou de se relacionar sexualmente ou afetivamente com outras pessoas (por medo ou desconfiança)?

( ) sim ( ) não

51. Deixou de se relacionar com pessoas do mesmo sexo do agressor (por medo ou desconfiança)?

( ) sim ( ) não

52. Desenvolveu alguma fobia ou medo específico (altura, animais, pessoas, sangue)?

( ) sim ( ) não

53. Teve alterações do apetite com aumento ou perda de peso?

( ) sim ( ) não

54. Passou a ficar doente com frequência (dores crônicas, lesões ou doenças de pele, alterações hormonais, pressão alta, queda de cabelo, alterações da visão, ou outro sintoma físico)?

( ) sim ( ) não

55. Tremores ao relembrar dos fatos?

( ) sim ( ) não

56. Coração acelerado (taquicardia) ou falta de ar quando alguém do sexo oposto chega próximo?

( ) sim ( ) não

57. Estado de desânimo, apatia ou indiferença em ambientes de lazer?

( ) sim ( ) não

58. Passou a se sentir incapaz, fracassada ou sem valor?

( ) sim ( ) não

59. Passou a ver o mundo como um lugar perigoso e não consegue confiar nas pessoas?

( ) sim ( ) não

60. Passou a ter irritabilidade constante?

( ) sim ( ) não

61. Perdeu a vontade de viver ou teve ideação suicida?

( ) sim ( ) não

## **PERSISTÊNCIA DOS SINTOMAS**

Os sintomas ainda persistem? Descreva, apontando se há necessidade de atendimento ou encaminhamento da vítima

---

---

---

---

---

Observações profissionais:

---

---

---

---

---

Encaminhamentos:

Profissional (nome completo):

Cargo/função:

Serviço/Órgão:

Assinatura profissional:

Assinatura da vítima: