



Violência Doméstica Contra as Mulheres e seus Impactos na Saúde.

Da Experiência das Vítimas à Intervenção dos Profissionais de Saúde

Solange Marina Fazenda de Almeida Moreira Franco

Tese para obtenção do Grau de Doutor em
Sociologia
(3º ciclo de estudos)

Orientador: Professora Doutora Amélia Maria Cavaca Augusto

julho de 2022

Júri Constituído pelos Seguintes Elementos:

- Doutor Joaquim Mateus Paulo Serra, Professor Catedrático da Universidade da Beira Interior, Presidente por Delegação do Reitor
- Doutor Carlos Alberto da Silva, Professor Catedrático da Universidade de Évora
- Doutor David Miguel de Oliveira Cabral Tavares, Professor Coordenador da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa do Instituto Politécnico de Lisboa
- Doutora Maria de Fátima Pereira Alves, Professora Associada da Universidade Aberta
- Doutora Amélia Maria Cavaca Augusto, Professora Auxiliar da Universidade da Beira Interior
- Doutora Sílvia Margarida Violante Portugal Correia, Professora Auxiliar da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
- Doutora Catarina Sales Barbas de Oliveira, Professora Auxiliar da Universidade da Beira interior

Dedicatória

Ao meu marido, Mário Franco, pelo apoio e motivação para a concretização desta investigação.

À minha filha, Mariana Franco, pelo seu apoio e maturidade, que sempre me encorajou a não desistir, cujas palavras foram sempre motivadoras e confortantes.

Aos meus pais, Francisco Moreira e Isabel Fazenda Moreira, por estarem sempre presentes nas etapas importantes da minha vida. Sempre me apoiaram e motivaram em todas as etapas. Esta foi mais uma.

Não podia esquecer os meus queridos avós, que desde pequena acompanharam o meu crescimento e o meu percurso académico. Mesmo os que já não estão comigo, se sentirão orgulhosos, por ter conseguido chegar ao fim deste meu grande e importante desafio.

Agradecimentos

O retomar da vida académica foi uma decisão por mim tomada, mesmo sabendo da dedicação e do tempo necessários, para conseguir concluir um trabalho que requer muita horas de pesquisas, leituras e de reflexão. Nesta minha decisão, o meu marido, filha e os meus pais sempre me motivaram para concretizar este meu objetivo. Mesmo nos momentos de cansaço, sempre me preencheram com palavras de conforto e motivação para concluir mais este objetivo que sempre desejei.

Agradeço a todos os professores de doutoramento, pelos conhecimentos e ensinamentos transmitidos e por acreditarem sempre no sucesso de todo este percurso. À minha orientadora, Professora Doutora Amélia Augusto, por quem tenho enorme estima, por ter acreditado nas minhas competências e pelo apoio necessário em todos os momentos do processo de investigação. Obrigada, Professora Amélia Augusto, pela transmissão de conhecimentos, motivação, amizade que definitivamente me ajudou a chegar ao fim de mais uma etapa.

Agradeço também, a uma grande amiga, Margarida Rodrigues, que esteve sempre presente, que me apoiou, motivou, sendo um marco crucial para a conclusão desta investigação.

Aos meus amigos enfermeiros Carlos Martins – Vogal do Conselho Clínico e de Saúde e Presidente da Direção de Enfermagem do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da Cova da Beira e Cristina Martins, com funções de chefia na UCSP Tortosendo, pelo apoio incondicional no processo para a realização dos *focus group* com os profissionais de saúde da ACeS Cova da Beira.

Ao Gabinete de Apoio à Vítima, pela indicação de mulheres vítimas de violência doméstica, o que me possibilitou realizar as entrevistas às mulheres e a disponibilização das suas instalações com a cedência de sala para a realização das mesmas.

Aos Profissionais de saúde, médicos/as, enfermeiros/as, assistentes sociais, que participaram na realização dos *focus group*, o meu obrigado/a, pois sem eles não seria possível a realização desta investigação.

Às mulheres vítimas de violência que aceitaram participar na investigação, prestando os seus relatos e histórias de vida, peças essenciais para esta investigação.

A todos/as o meu obrigado/a

Resumo:

A violência doméstica contra as mulheres é um fenómeno social complexo, multidimensional e transversal. A sua persistência na sociedade contemporânea é expressão das assimetrias de poder ainda existentes entre os géneros, e como outras formas de desigualdade, tem impactos na saúde, neste caso das vítimas, tendo a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerado tratar-se de uma questão de saúde pública. Neste contexto, a presente investigação procura contribuir para o conhecimento deste fenómeno, ao propor-se analisar os impactos em saúde da violência doméstica contra as mulheres, tanto a partir da perspectiva das vítimas, como a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. Pretende, ainda, analisar o modo como as vítimas avaliam a intervenção destes profissionais, no que à violência doméstica diz respeito, bem como o modo como estes configuram a sua intervenção, procurando recensar as potencialidades e os condicionalismos que reconhecem à prática profissional neste domínio.

Para dar resposta a estes objetivos, optou-se por uma metodologia de carácter qualitativo, tendo-se recorrido à realização de entrevistas a mulheres vítimas de violência doméstica e de *focus-group* com profissionais de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da Cova da Beira, assim como à análise de documentos relevantes.

Relativamente às mulheres vítimas de violência doméstica, conclui-se sobre a existência de regularidades nas suas histórias de vida, resultado de vivências prolongadas de situações de violência, que nalguns casos se iniciaram logo na infância. A permanência numa relação abusiva, resultado de dependência financeira, da vergonha em assumir a sua situação ou da falta de apoio, impactou negativamente na sua saúde e bem-estar, com consequências duradouras a nível físico, mas também e sobretudo a nível psicológico. Reconhecem a omissão da situação de violência junto dos profissionais de saúde, mas consideram que deveria existir mais empatia e preparação por parte destes para lidar com potenciais vítimas de violência doméstica.

No que diz respeito aos profissionais de saúde, as evidências empíricas obtidas permitem concluir que a intervenção em saúde nas vítimas de violência doméstica ainda carece da ultrapassagem do modelo biomédico em que assenta, o que exige uma outra conceção de saúde e de intervenção em saúde neste domínio; que a formação em violência doméstica é escassa, tanto em contexto académico como em contexto profissional, o que é impeditivo de um adequado atendimento clínico integrado; pela falta de informação dos profissionais de saúde sobre os recursos disponíveis, bem como da inexistência de um

guião de atendimento protocolado emitido pelas autoridades de saúde, o que gera incerteza e ansiedade na atuação destes profissionais.

Palavras-chave:

Violência doméstica, desigualdade de género, saúde, profissionais de saúde, intervenção em saúde.

Abstract:

Domestic violence against women is a complex, multi-dimensional and transversal social problem. Its persistence in contemporary society is an expression of power asymmetries that still exist between the sexes, and like other forms of inequality, it has impacts on health, in this case that of the victims, with the World Health Organisation (WHO) considering it a public health issue. This research aims to contribute to knowledge of this phenomenon, by proposing to analyse the impacts on health of domestic violence against women, from the perspectives of both victims and health professionals. The intention is also to analyse how victims assess these professionals' intervention, regarding domestic violence, and how the latter configure their intervention, seeking to enumerate the possibilities and impediments they recognise in professional practice in this area.

To fulfil these objectives, qualitative methodology was adopted, interviewing female victims of domestic violence and a *focus group* with health professionals from the AC&S of Cova da Beira, as well as analysis of relevant documents.

Regarding the female victims of domestic violence, we concluded that there are regularities in their life stories, resulting from prolonged experiences of situations of violence, which in some cases started in childhood. Staying in an abusive relationship, resulting from economic dependence, the shame in assuming their situation or the lack of support, had a negative impact on their health and well-being, with long-lasting consequences at a physical level, but also and above all at a psychological level. They recognised the omission of the situation of violence from the health professionals but considered that there should be more empathy and preparation on their part to deal with potential victims of domestic violence.

As for the health professionals, the empirical evidence obtained leads to the conclusion that intervention in the health of victims of domestic violence still needs to go beyond the bio-medical model it is based on. This requires another conception of health and health intervention in this area. Training in domestic violence is scarce in both the academic and professional context, which prevents appropriate, integrated clinical treatment. Health professionals lack information about the resources available, and no treatment protocol has been issued by the health authorities, which creates uncertainty and anxiety in these professionals' work.

Key-words:

Domestic violence, gender inequality, health, health professionals, intervention in health.

Índice

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	1
1.1. Contextualização da Violência Doméstica	1
1.2. Objetivos de Investigação.....	7
1.3. Estrutura da Tese	8
CAPÍTULO 2 - VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E DESIGUALDADE DE GÊNERO.....	9
2.1. Conceito de Violência Doméstica e suas Diferentes Formas.....	9
2.2.1. Violência doméstica como fenómeno social: aspeto e âmbito sociológico ...	13
2.2. Desigualdade e Violência de Género.....	17
2.3. Fatores Socioculturais e Demográficos no Contexto da Violência Doméstica.	23
2.4. Síntese dos Efeitos e das Consequências Traumáticas nas Vítimas de Violência doméstica.....	37
CAPÍTULO 3 - VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E SAÚDE	41
3.1. O Requisito de uma Noção Alargada de Saúde	41
3.2. Papel dos Profissionais de Saúde na Violência Doméstica.....	50
3.2.1. A formação para a intervenção/assistência em violência doméstica	52
3.2.2. Viés de género na medicina.....	57
3.3. A Intervenção da Violência Contra as Mulheres no Âmbito da Saúde.....	60
3.3.1. Protocolos e ética.....	61
3.3.2. Denúncias e notificações	63
3.3.3. Redes/parcerias	65
3.4. Síntese das Intervenções a Realizar pelos Profissionais de Saúde	78
CAPÍTULO 4 – A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES EM PORTUGAL....	81
4.1. Legislação e Mecanismos de Apoio à Vítima.....	81
4.2. Violência Contra as Mulheres em Números.....	85
CAPÍTULO 5 - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	93
5.1. Abordagem de Investigação	93
5.2. Técnicas de Recolha de Dados.....	95
5.2.1. Entrevistas.....	95
5.2.2. <i>Focus Group</i>	96
5.3. Seleção dos Participantes	98
5.4. Procedimentos Éticos	102
5.5. Organização, Tratamento e Análise da Informação.....	104

CAPÍTULO 6 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS.....	110
6.1. Sobre as Vítimas	110
6.1.1. Histórias de violência das vítimas e seu significado	110
6.1.2. Intervenção por parte dos profissionais de saúde	122
6.1.3. Impactos na saúde e bem-estar das vítimas	132
6.1.4. Síntese das experiências de vida das vítimas	136
6.2. Sobre os Profissionais de Saúde.....	137
6.2.1. Discussão dos resultados dos <i>focus group</i>	137
6.2.1.1. Percepções individuais.....	137
6.2.1.2. Prática profissional	161
6.2.1.3. Formação acadêmica e profissional.....	178
6.2.2. Síntese das evidências empíricas dos profissionais de saúde	184
CAPÍTULO 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	188
REFERÊNCIAS.....	197
ANEXOS.....	221
Anexo 1 – Guião de entrevistas às mulheres	
Anexo 2 – Contacto com o Gabinete de Apoio à Vítima	
Anexo 3 – Guião de entrevista aos profissionais de saúde	
Anexo 4 – Consentimento informado às mulheres e profissionais de saúde	
Anexo 5 – Carta de pedido de autorização	
Anexo 6 – Autorização do Conselho de Ética	

Lista de Figuras

Figura 1	Ciclo de Violência	40
Figura 2	Framework para auxílio às vítimas de violência doméstica	79
Figura 3	Percentagem da violência doméstica na União Europeia	86
Figura 4	Evolução da violência doméstica entre 2018/2019	86
Figura 5	Volume das ocorrências registadas pelas Forças de Segurança.....	87
Figura 6	Distribuição geográfica das ocorrências de violência doméstica em Portugal	88
Figura 7	Tipologia das queixas-crime pelas vítimas.....	89
Figura 8	Caraterização social das vítimas	90
Figura 9	Outras caraterísticas da violência exercida	90
Figura 10	Tipologia da vitimação	91
Figura 11	Nuvem de palavras das entrevistas do <i>focus group</i>	105
Figura 12	Identificação das temáticas das entrevistas do <i>focus group</i>	106
Figura 13	Contribuição dos participantes por temática.....	107
Figura 14	Modelo de ocorrência dos códigos.....	108
Figura 15	Principais dimensões das entrevistas e a força das suas conexões	109
Figura 16	Autocaracterização das mulheres.....	110
Figura 17	Nuvem de palavras sobre os comportamentos das vítimas	145
Figura 18	Nuvem de palavras sobre as perceções individuais.....	160

Lista de Tabelas

Tabela 1	Formas de exercício da violência doméstica.....	12
Tabela 2	Tipologia prevalente dos atos de violência doméstica contra a mulher	30
Tabela 3	Estudos sobre as intervenções do setor da saúde em mulheres vítimas de violência	73
Tabela 4	Protocolo das entrevistas.....	96
Tabela 5	Caraterização sociodemográfica das vítimas entrevistadas (unidade de análise 1)	100
Tabela 6	Caraterização sociodemográfica dos <i>focus group</i> (unidade de análise 2)	101
Tabela 7	Síntese das experiências de vida das vítimas.....	136
Tabela 8	Síntese das evidências empíricas oriundas dos profissionais de saúde	184

CAPÍTULO 1

Introdução

1.1. Contextualização da Violência Doméstica

As manifestações de violência constituem um fenômeno que, através dos tempos, tem afetado todas as sociedades (de Oliveira, 2008). Contudo, tal não implica a naturalização da violência, nem significa a inexorabilidade da mesma. Nas últimas décadas, as práticas de violência foram progressivamente constituídas num problema social (Lisboa et al., 2008; Patrício, 2014). Na maioria dos países da Europa, a violência é considerada como um problema social que se situa no âmbito da violação dos direitos humanos e é vista como um obstáculo ao pleno desenvolvimento da democracia (Lisboa et al., 2008). Por esta razão, a violência é uma questão prioritária nas agendas políticas e sociais, internacionais e nacionais (Patrício, 2014).

A violência doméstica e familiar, e mais precisamente a violência contra a mulher, tem-se vindo a constituir-se como um fenômeno de crescente visibilidade social, dada não apenas a sua elevada prevalência, mas também a consciência social das suas causas e consequências. De Souza, da Costa e da Cruz (2018) argumentam que as recorrências desta tipologia de violência, que pode assumir formas e intensidades diversas, representam uma motivação para a prática de crimes e violações graves que contrariam os direitos humanos. Izumino (2004) e de Souza et al. (2018) postularam que a violência familiar difere da violência doméstica, embora sejam inúmeras vezes compreendidas como tendo o mesmo significado. Porém, a primeira integra os membros da família mais extensivos ou nucleares, autonomamente da localização da residência do agressor, já a doméstica acontece no seio domiciliário, independentemente do grau de parentesco entre os envolvidos.

Embora o uso da expressão violência possa ter diversos significados, dependendo de suas implicações empíricas e teóricas, segundo Almeida (2008), os seus variados usos semânticos têm, muitas vezes, sentidos equivalentes nas distintas nomações: violência contra a mulher, violência doméstica, violência intrafamiliar, violência conjugal, violência familiar e violência de género (Bandeira, 2014). No presente estudo, os termos

adotados para a referenciação da violência aqui em análise são a violência contra as mulheres ou somente violência doméstica, os quais serão usados de forma similar e terão o mesmo significado, baseado nos argumentos de Almeida (2008), remetendo para a violência perpetrada por parceiro íntimo.

A violência é transversal a todas as classes sociais, diferenciando-se, contudo, quando analisada segundo as suas formas/tipos de manifestação (Pais, 1998), mas não deixa de ser considerada como uma transgressão de valores definida num determinado momento (Alves, 2005). De facto, a violência doméstica afeta indivíduos de todas as classes sociais, etnias, nacionalidades e sistemas de crença e pode também colocar um indivíduo em risco, levando-o a outras formas de violência (Sulak, Saxon, & Fearon, 2014). Contudo, as mulheres são as mais suscetíveis de se tornar vítimas de violência doméstica e também são elas as que mais sofrem lesões às mãos de um agressor (Archer, 2000). Atualmente, a violência doméstica contra as mulheres é um grave problema e é considerada um fenómeno social e um problema de saúde pública complexo, com reverberações mundiais (de Almeida, 2008). Este argumento é comprovado pelas estatísticas, as quais mostram que, em todo o mundo, pelo menos uma em cada três mulheres já foi agredida, forçada ao sexo e sofreu outros tipos de abuso durante a vida (Heise & Ellsberg, 1999), onde o companheiro é o agressor mais comum (Heise & Ellsberg, 1999; Moura, Netto, & Souza, 2012; Saliba et al., 2007).

Para Andrade e Fonseca (2008), o fenómeno da violência doméstica é de difícil conceituação e pode ser compreendido como todo o acontecimento apresentado por relações, ações, negligências e omissões que causam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a outrem. As estruturas sociais, económicas e políticas, bem como as consciências individuais podem ser vistas como origens da violência.

De acordo com Almeida (2008), a violência contra a mulher constitui-se num fenómeno social persistente, multiforme e articulado por facetas psicológica, moral e física. As suas manifestações são formas de estabelecer uma relação de submissão ou de poder, implicando sempre situações de medo, isolamento, dependência e intimidação para a mulher. A violência é considerada como uma ação que envolve o uso da força real ou simbólica, por parte de alguém, com a finalidade de submeter o corpo e a mente à vontade e liberdade de outrem. Ainda para este autor, a maior parte das agressões sofridas pelas mulheres é decorrente de conflitos interpessoais, o que acaba por merecer pouca atenção e a sua exposição causa algum embaraço. Por conseguinte, a violência doméstica é um fenómeno bastante complexo e composto por diversos fatores, sejam

eles sociais, culturais, psicológicos, ideológicos, económicos, entre outros (Alves, 2005; Costa, 2003).

A discussão sobre a violência contra a mulher teve maior visibilidade nos anos 70 tornando-se objeto de estudos, debates, conferências, programas sociais específicos, para além de outras iniciativas oriundas do movimento feminista. Tratava-se de tornar este fenómeno mais visível, com vista a denunciar e combater a violência doméstica e não aceitar as teses “*machistas*” (Almeida, 2008; Grossi et al., 2020). Em 1993, na Declaração sobre Eliminação da Violência contra as Mulheres apareceu um significado oficial de violência de género, como todos os atos de violência contra as mulheres que resultam, ou podem resultar, em danos ou sofrimento físico, psicológico e sexual, incluindo ameaças, coerção ou privação arbitrária de liberdade, quer aconteça na vida privada ou pública. Contudo, essa Declaração foi também abrangente no que respeita aos contextos de violência exercida pelo Estado contra as mulheres (abrangendo violência perpetrada pelo Estado ou não condenada pelo mesmo) (Costa, 2010).

A violência contra as mulheres causa sofrimento às vítimas e suas famílias nas sociedades de todo o mundo. Este fenómeno acontece principalmente dentro de relacionamentos íntimos ou entre pessoas conhecidas. Resulta de uma construção social baseada num consenso societal sobre os diferentes (e diferentemente valorizados) papéis e direitos de homens e mulheres. Duas formas prevalentes de violência contra as mulheres são a vitimização física e sexual por um parceiro íntimo e vitimização sexual fora de relacionamentos íntimos (Krahé, 2018). Contudo, a violência contra as mulheres é um fenómeno complexo cujas causas e consequências vão muito além da dimensão física (Caracci, 2003).

A violência doméstica é definida de uma forma global como um comportamento violento continuado, ou um padrão de controlo coercivo exercido, direta ou indiretamente, sobre qualquer pessoa que habite no mesmo agregado familiar (Magalhães, 2010; Paulino & Rodrigues, 2016). No entanto, o foco da presente investigação incide fundamentalmente na violência por parceiro íntimo, exercida na relação entre o cônjuge/companheiro e a mulher, ainda que este tipo de violência seja também extensível aos filhos que possam existir no agregado familiar.

Com base na análise de um inquérito nacional relativo à violência contra as mulheres, realizado em Portugal, Lourenço, Lisboa e Pais (1997, p. 119) chegaram à conclusão que é a casa “*o espaço privilegiado da violência contra as mulheres*”. Segundo dados

divulgados no IV Congresso Português de Sociologia (Dias, 2000), os agressores são principalmente homens e as vítimas de violência doméstica são sobretudo mulheres.

A violência doméstica e a ameaça constante desta violência aumentam a probabilidade de doenças físicas e mentais e o uso de serviços sociais e de saúde (Andrade, 2012; Virkki et al., 2015). De facto, a violência e o seu impacto na vida das pessoas são um problema de saúde pública nacional e mundial e devem ser analisados como prioridade, devido à sua complexidade (Oliveira, Zocche, & Rohden, 2017).

A exposição à violência doméstica tem sido associada a resultados negativos de saúde mental, incluindo depressão e ansiedade, tanto para as vítimas quanto para as testemunhas de outros membros da família, o que pode significar que as vítimas necessitarão de outros serviços, para além da assistência legal (Adams, 2006). Outros resultados negativos associados à violência doméstica incluem padrões comportamentais antissociais, aumento da agressão, baixa autoestima e abuso de substâncias (Graham-Bermann & Levendosky, 1993). A exposição à violência também tem sido associada a sintomas de transtorno de *stress* pós-traumático, e as vítimas de violência doméstica parecem estar em risco aumentado de comportamentos suicidas e abuso de substâncias (Adams, 2006; Clarkh & Foy, 2000). Qualquer tipo de abuso pode deixar profundas “*cicatrices*” psicológicas, prejudicar a saúde das mulheres, incluindo a sua saúde reprodutiva e sexual (Virkki et al., 2015).

Segundo Mafioletti (2010), o serviço de saúde é um dos locais mais procurados por mulheres nessa situação, pelo que se torna relevante analisar e compreender o papel destes serviços e dos profissionais de saúde na resposta e no apoio a vítimas de violência doméstica que a eles acorrem. Tem havido um reconhecimento internacional de que os prestadores de cuidados de saúde e sociais estão numa posição-chave quando se trata de reconhecer as vítimas de violência doméstica e ajudá-las. Por estar na vanguarda no esforço para promover o bem-estar humano, a intervenção na violência doméstica deve ser uma das tarefas centrais dos profissionais sociais e de saúde (Bonomi et al., 2006; Thompson et al., 2006).

Embora tenham sido reconhecidos os amplos efeitos que a violência contra as mulheres pode ter sobre a saúde e o bem-estar das mesmas, os sistemas sociais e de saúde, geralmente, têm sido lentos em identificar esta forma de violência. Assim, para melhorar a sua identificação, a triagem de rotina para a violência doméstica - definida como perguntando a todos os indivíduos adultos sobre violência doméstica quando se apresentam para receber serviços de saúde - foi introduzida em muitos contextos sociais

e de saúde (Spangaro et al., 2010), mas não a nível nacional, como é o caso de Portugal, em que apenas existem guiões de boas práticas de intervenção e de recursos (e.g., Estrutura de Missão contra a Violência Doméstica, 2006; Manita, Ribeiro, & Peixoto, 2009). Tem sido amplamente recomendado que a triagem para a violência doméstica seja incluída nas consultas de rotina, mas os profissionais de saúde, muitas vezes, não perguntam aos pacientes sobre a violência doméstica e não reconhecem a violência, mesmo nos casos em que os sinais de violência física são claramente evidentes (D'Avolio, 2011). Neste contexto, existem estudos que têm procurado explicar as reduzidas taxas de triagem (e.g., D'Avolio, 2011; Todahl & Walters, 2011). Essas investigações têm sugerido que os prestadores de serviços de saúde não questionam sobre a violência doméstica por causa de barreiras, tais como limitações de tempo, recursos insuficientes e apoio institucional inadequado para essa triagem. Aliás, as atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica e a compreensão do seu próprio papel na intervenção deste tipo de violência têm sido consideradas como tendo um grande efeito sobre a sua vontade de abordar a violência (Robinson, 2010).

Apesar destas tentativas, a falta de reconhecimento da existência de violência doméstica e de suas intervenções pode ter sérias consequências, como elevadas taxas de mortalidade, problemas de saúde relacionados à violência, problemas sociais e ciclos de violência duradouros (Virkki et al., 2015). Assim, dados os sérios impactos da violência doméstica e o papel dos profissionais de saúde na vanguarda das intervenções de violência doméstica, é importante examinar mais de perto as possibilidades de transformação das práticas sociais e de saúde numa intervenção de violência. Além disso, a violência doméstica contra a mulher é tema que pouco chega ao domínio público (Almeida, 2008) e que tem tendência a manter-se no espaço privado onde ocorre.

A violência contra a mulher deve ser analisada no âmbito mais amplo da violência de género, dado que remete para a compreensão do fenómeno enquanto resultado da desigual posição da mulher na sociedade, a qual é vítima de abusos de várias índoles, precisamente pelo facto de ser mulher e de ser socialmente entendida como tendo uma posição subalterna e desigual em relação ao homem. De facto, o feminismo foi um dos contributos mais significativos para o conhecimento teórico da violência contra as mulheres. Desde 1970 que a perspectiva feminista tem vindo a solidificar o significado do problema social incorporando-o no quadro mais amplo da violência de género (Costa, 2010). Assim, para esta investigadora, a formação das diferentes revelações de violência contra as mulheres é remetida a fatores de ordem estrutural que eternizam o sistema patriarcal.

A construção social do gênero é baseada em estereótipos relativos à masculinidade e feminilidade, os quais constroem expectativas sociais que guiam as atitudes e os comportamentos socialmente esperados de homens e mulheres. Estas diferentes características, papéis e expectativas levam à existência e justificam, muitas vezes, as desigualdades existentes entre homens e mulheres. Estas desigualdades de gênero estão estruturadas na sociedade e como tal refletem-se em todas as áreas do social. E isto acontece mesmo em campos considerados neutros e objetivos, como seja o da prática clínica. Na verdade, os médicos, enquanto atores sociais, têm as mesmas probabilidades de incorporar os valores e os estereótipos dominantes, o que em última instância se pode refletir, consciente ou inconscientemente, na sua relação terapêutica com mulheres vítimas de violência doméstica, nomeadamente no que concerne à sua propensão para detetar e denunciar o fenómeno. A violência doméstica pode ainda tonar-se invisibilizada na relação clínica quando a mesma decorre, essencialmente, sob um enfoque biomédico, o qual tende a focar-se na dimensão física dos cuidados e no tratamento das lesões, negligenciando a dimensão relacional e de proximidade que poderia potenciar a abertura por parte das vítimas de violência doméstica para denunciar o abuso.

Neste sentido, esta pesquisa assenta numa abordagem de investigação qualitativa, cujo objetivo se prende com o estudo da violência contra as mulheres e suas consequências na saúde, a partir da análise das perceções e experiências das próprias mulheres vítimas de violência doméstica. Pretende-se, ainda, perceber o modo como os profissionais constroem o fenómeno da violência doméstica e em que medida essa construção influencia as atitudes dos profissionais de saúde em contexto de intervenção clínica.

Hagemann-white, Katenbrink e Rabe (2006) explanaram que o acréscimo do conhecimento científico sobre o fenómeno social da violência não tem tido a mesma repercussão no incremento do conhecimento das soluções que respondam ao problema. Especificamente, persiste a escassez de estudos sobre a forma como as organizações de saúde trabalham com as vítimas de violência, sobre o tipo de apoio concedido e sobre o modo como colaboram entre si na prestação de um cuidado integrado e abrangente. Dito de outra forma, esta última lacuna materializa-se em duas dimensões, a primeira relaciona-se com os profissionais de saúde e a segunda com as próprias vítimas (mulheres) de violência doméstica, pois ambas não têm a consciência de que os serviços de saúde, também, são um espaço para a criação de diálogo, pelo que é urgente romper com o cuidar mais centrado no modelo biomédico e, conseqüentemente, exclusivamente nos problemas ligados às repercussões físicas. A não existência deste rompimento com os cuidados de saúde tradicionais transforma-se num silêncio, que se hospeda nos

serviços de saúde, similar ao que acontece no espaço privado da vítima, o que não minimiza a situação da violência vivida pela mulher e torna tal vivência solitária (Diniz et al., 2001).

A presente investigação pretende aumentar o corpo de conhecimento científico relativamente ao fenómeno da violência doméstica, dando voz às vítimas e concedendo espaço e relevância às suas experiências e percepções; seja no que respeita aos impactos que a violência teve na sua saúde e bem-estar, seja no modo como experienciaram e avaliaram o contacto e as relações com os serviços e os profissionais de saúde a quem recorreram.

Ao procurar compreender a representação e construção social da violência doméstica por parte dos profissionais de saúde, e em que medida ambas influenciam as suas práticas, este estudo visa contribuir, também, para fomentar intervenções que tenham em conta não apenas a ótica biomédica da relação terapêutica, mas também a dimensão pessoal, relacional e cultural da mesma.

Por último, a presente investigação, com um foco na violência contra as mulheres, mas que procura compreender também o posicionamento e as práticas dos profissionais de saúde, tenciona trazer uma perspectiva inovadora sobre a questão da violência, os seus impactos na vida e na saúde destas mulheres, e sobre o papel dos profissionais de saúde na intervenção sobre este fenómeno. Ao discutir as limitações do modelo biomédico como base na relação entre mulheres vítimas de violência doméstica e profissionais de saúde, preconiza-se e subscreve-se uma perspectiva holista e integral de saúde e, mais precisamente, da saúde das mulheres.

1.2. Objetivos de Investigação

A violência doméstica, como tema de natureza complexa, pode ser investigada a partir de diferentes abordagens, de acordo com o campo disciplinar, as escolas de pensamento e as funções profissionais (de Oliveira, 2008). Aliás, tem existido um interesse especial no estudo da violência doméstica sob a ótica sociológica. As ciências sociais, e particularmente a Sociologia, têm vindo a desenvolver um olhar sobre o comportamento humano, no que concerne ao comportamento violento (de Oliveira, 2008). Assim, discutir e analisar a violência doméstica implica estudá-la metodicamente e de acordo com diferentes pontos de vista, o que reitera a necessidade de aprofundar ainda mais estas discussões (Jorge, 2004). Tendo em conta a contextualização e a breve

problematização do fenómeno da violência doméstica antes realizadas e clarificados, enunciam-se os objetivos que norteiam a presente investigação:

- 1) Compreender o modo como as vítimas experimentam objetiva e subjetivamente a violência doméstica, e em que medida esta experiência influencia a sua autoavaliação em saúde e bem-estar.
- 2) Compreender o modo como as vítimas que recorreram a serviços de saúde avaliam a atuação dos profissionais de saúde, enquanto parte de uma intervenção integrada no âmbito da violência doméstica
- 3) Analisar o modo como os profissionais de saúde definem e constroem o fenómeno da violência doméstica, e perceber em que medida essa compreensão pode influenciar a sua prática profissional.
- 4) Analisar a perceção que os profissionais de saúde têm sobre o seu papel como parte da intervenção sobre a violência doméstica, e mapear as facilidades/dificuldades que, no seu entender, se colocam à sua atuação nesse âmbito.

1.3. Estrutura da Tese

A presente tese, para além da Introdução, é composta por 6 capítulos. O capítulo 2 aborda a violência doméstica nas suas diferentes formas, incluindo o seu cariz social e sociológico, a desigualdade de género e os fatores socioculturais envolvidos e discute o fenómeno da violência contra as mulheres. Adicionalmente, este capítulo ainda inclui uma síntese dos impactos dos atos de violência doméstica nas vítimas. O capítulo 3 analisa o seu enquadramento na área do conhecimento da saúde, especificamente o papel dos profissionais de saúde na deteção e intervenção no âmbito da violência doméstica, tendo por referência as suas funções. Já o capítulo 4 contextualiza este fenómeno em Portugal, na vertente legislativa e na vertente estatística. A metodologia utilizada nesta tese está descrita no capítulo 5, onde se abordam e justificam os procedimentos metodológicos adotados, e onde se clarifica o modo como se procedeu ao tratamento e análise dos dados recolhidos. No capítulo 6 analisam-se e discutem-se os dados empíricos à luz da literatura científica. Finalmente, o capítulo 7 apresenta as principais conclusões da presente investigação, as suas contribuições e implicações para a prática e para a teoria, as limitações e a agenda da investigação futura.

CAPÍTULO 2

Violência Contra as Mulheres e Desigualdade de Gênero

2.1. Conceito de Violência Doméstica e suas Diferentes Formas

O conceito de violência doméstica tem vindo a conhecer uma certa evolução e expansão. O seu campo conceptual abrange cada vez mais situações e comportamentos que outrora não eram considerados violentos. Atualmente, este conceito integra a agressão física, emocional, psicológica, simbólica, sexual. Como referem Grossi et al. (2020), a violência contra as mulheres define-se por ocorrer dentro do lar e cujo agressor é geralmente alguém que manteve ou ainda detém um vínculo de relação íntima com a vítima. Segundo Magalhães (2010) e Paulino e Rodrigues, (2016), caracteriza-se por diferentes aspetos, como as marcas visíveis no corpo, o atributo da violência física, ou em formas mais intácteis, como a violência psicológica, com danos expressivos na estrutura emocional das mulheres.

A UNICEF definiu violência doméstica como violência proveniente do cônjuge, do parceiro ou de outros membros da família, independentemente de fazerem parte do seio familiar (Kizilgol & Ipek, 2018). A violência doméstica assume qualquer comportamento agressivo praticado de forma frequente, diretamente/indiretamente, sobre qualquer pessoa que conviva no âmbito familiar da vítima (Grossi et al., 2020; Massena et al., 2016). Adicionalmente, o Manual de Violência Interpessoal, da Direção-Geral da Saúde, postula que a violência doméstica assume a forma de violência física, sexual e psicológica que ocorre numa relação íntima ou familiar, que pode traduzir-se em agressões físicas, abusos sexuais e/ou maus-tratos psicológicos (de Souza et al., 2018; Perdigão et al., 2014). Já Manita et al. (2009) explicaram que a violência doméstica se consubstancia nas seguintes tipologias: 1) Violência emocional e psicológica; 2) Intimidação, coação e ameaça; 3) Violência física; 4) Isolamento social; 5) Abuso económico; 6) Violência sexual. Importante referir que *“As situações de Violência Doméstica envolvem, geralmente, mais do que uma forma de violência”* (Manita et al., 2009, p. 19).

Neste sentido, a violência contra as mulheres abrange uma multiplicidade de formas. Estas formas de violência são principalmente:

- 1) A violência física que consiste no ato de instigar lesões corporais, com probabilidade de serem identificadas, cujo diagnóstico inclui lesões cutâneas, neurológicas, oculares e ósseas, como uma consequência de queimaduras, mordidas, bofetadas, espancamentos, ou qualquer outro tipo de ação que coloque em risco a integridade física da mulher (Fonseca & Lucas, 2006).
- 2) A violência psicológica que se materializa em comportamentos sistemáticos e padrão específico, visando o exercício de um controlo vinculado sobre a mulher. A inicialização desta violência começa com as tensões ditas normais das relações entre duas pessoas, provocadas por problemas causados pelos empregos, pelas preocupações financeiras, pelos hábitos irritantes e por simples diferenças de opinião. Isto quer dizer que, nestes relacionamentos, constata-se um incremento das tensões, o que leva a uma série de agressões psicológicas, até que o agressor chega a vias de facto. No sentido oposto, nos relacionamentos não violentos, as partes envolvidas discutem sobre essas tensões ou ignoram-nas, levando à diminuição das mesmas (Miller, 1990). O mesmo pesquisador considerou que as interações violentas de um casal se associam ao acréscimo do nível de tensão nas relações de poder instituídas, dado que a relação de dominação e subordinação carece de ser confirmada. Dito de outra forma, esta violência pode ser compreendida como uma tentativa de reincorporar o poder perdido, o poder nunca alcançado e a confirmação da identidade do agressor (Fonseca & Lucas, 2006).

A violência psicológica manifesta-se em experiências sofridas pelas mulheres, com uma duração temporal longa, o que induz as mulheres para um elevado sofrimento psíquico durante a sua vida. Nestas situações, o parceiro, maioritariamente, faz uso da violência, com o objetivo de atemorizar a mulher, caluniar uma falsa imagem da mesma, para que a mesma se sinta ignorada, esquecida ou até mesmo menosprezada. Percebe-se, então, que a violência psicológica afeta, quase sempre, a autoestima da mulher, originando sentimentos de tristeza, angústia, de infelicidade, de desvalorização, os quais interferem na sua qualidade de vida, especificamente na sua saúde mental (da Fonseca, Ribeiro, & Leal, 2012; Grossi et al., 2020).

O facto de a mulher se sentir denegrada é evidenciado nos atentados à sua competência emocional, através de tentativas de controlo das suas ações, crenças e decisões, com

recurso à intimidação, à manipulação, às ameaças orientadas a ela ou aos seus filhos, à humilhação, ao isolamento, à rejeição, à exploração e à agressão verbal. Por conseguinte, é tido como violento todo ato que provoque danos à saúde psicológica, à autodeterminação ou ao desenvolvimento pessoal, como a negação de carinho, o impedimento de ir trabalhar, de possuir amigos ou de sair de casa. Portanto, são considerados atos de hostilidade e agressividade que poderão ter influência na motivação, na autoimagem e na autoestima feminina (Fonseca & Lucas, 2006). Finalmente, este tipo de violência, baseado em ameaças, pode ser direcionado tanto para a mulher como para outros membros da família, sendo exercido por meio de promessas de agressões e gestos intimidativos. Comumente, aqueles que exercitam este tipo de violência são detentores da habilidade de descobrir o ponto fraco da mulher, que, muitas vezes, são os seus filhos, os quais são utilizados pelo agressor como alvo todas as vezes que pretender feri-la (Fonseca & Lucas, 2006).

- 3) A violência sexual praticada contra a mulher é equivalente a qualquer forma de atividade e prática sexual, sem a sua autorização, com uso de força, intimidações, chantagens, manipulações, ameaças ou qualquer outra instrumentalização que anule ou limite a vontade pessoal, como é o caso de a forçar a praticar atos sexuais que lhe desagradem ou criticar o seu desempenho sexual, e mesmo obrigá-la a ter relações sexuais com outras pessoas (Fonseca & Lucas, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência sexual como atos, tentativa ou investidas sexuais indesejadas, podendo ocorrer uso de coação. Estes atos podem ser praticados por qualquer pessoa e em qualquer contexto. Inclui atos como penetração forçada e assédios sexuais: atos e investidas, na forma de coerções e de pagamento ou favorecimento sexual nas relações hierárquicas. Esta forma de violência é apresentada como uma das mais graves expressões da iniquidade de gênero, visto que atinge, na sua maioria, meninas e mulheres. Este tipo de violência é menos verbalizado do que as outras, pois é aquela que as mulheres possuem maior dificuldade em se expressar, face aos preconceitos que esta prática envolve e pela vergonha de mostrar suas intimidades. A ocorrência desta violência engloba atos de assédio sexual, para exortar a mulher a ter relações íntimas sem seu consentimento, em que bastantes das vezes, as próprias acabam por serem obrigadas a encarar o ato sexual como um dever na sua relação conjugal (Moreira, Boris, & Venâncio, 2011).

Depreende-se, pelo supra exposto, que coexistem várias formas de exercer a violência doméstica, pelo que é crucial a compreensão das mesmas e como estas são levadas a cabo pelo agressor. Estas formas e manifestações estão exibidas na tabela 1.

Tabela 1 – Formas de exercício da violência doméstica

Formas	Manifestações do agressor
Coagir e ameaçar	. Ameaçar provocar lesões na pessoa da vítima; . Ameaçar abandonar, suicidar-se, queixar-se do cônjuge à Segurança Social; . Coagir para prática de condutas ilícitas.
Intimidar	. Atemorizar a propósito de olhares, atos, comportamentos; . Partir objetos; . Destruir pertences ou objetos pessoais do outro; . Maltratar os animais de companhia; . Exibir armas.
Usar a Violência Emocional	. Desmoralizar; . Fazer com que o outro se sinta mal consigo próprio; . Insultar e humilhar; . Fazer com que o outro se sinta mentalmente diminuído ou culpado;
Isolar	. Controlar a vida do outro: com quem fala, o que lê; as deslocações; . Limitar o envolvimento externo do outro; . Usar o ciúme como justificação.
Minimizar, negar, condenar	. Desvalorizar a violência e não levar em conta as preocupações do outro; . Afirmar que a agressão ou a violência nunca tiveram lugar; . Transferir para o outro a responsabilidade pelo comportamento violento; . Afirmar que a culpa é do outro.
Instrumentalizar os filhos	. Fazer o outro sentir-se culpado relativamente aos filhos; . Usar os filhos para passar mensagens; . Aproveitar as visitas de amigos para atormentar, hostilizar; . Ameaçar levar de casa os filhos.
Utilizar “Privilégios machistas”	. Tratar a mulher como criada; . Tomar sozinho todas as decisões importantes; . Ser o que define o papel da mulher e do homem.
Utilizar a violência económica	. Evitar que o outro tenha ou mantenha um emprego; . Forçar o pedido de dinheiro; . Fixar uma mesada; . Apossar-se do dinheiro do outro; . Impedir que o outro conheça ou aceda ao rendimento familiar.

Fonte: Adaptado de Machado e Gonçalves (2003)

Em suma, fica evidente que a violência doméstica é um fenômeno social envolto numa enorme complexidade, sendo que a área de conhecimento da sociologia proporciona uma mais-valia para a sua compreensão. A violência doméstica é um fenômeno multidimensional, com revelantes prejuízos para a saúde física e psicológica das vítimas, considerada pela OMS como um dos maiores problemas internacionais de saúde pública (Sarmiento, 2010). Resulta, na sua essência, de relações assimétricas de poder, as quais devem ser compreendidas no âmbito mais estrutural das desigualdades de gênero. Daí que a problematização dominante deste fenômeno social implique o desenvolvimento de conceitos e abordagens no âmbito da sociologia.

2.2.1. Violência doméstica como um fenômeno social: aspeto e âmbito sociológico

A violência doméstica contra as mulheres é uma realidade cada vez mais presente na sociedade contemporânea. Todavia, o conhecimento científico sobre o seu processo e sobre os efeitos nas vítimas ainda carece de aprofundamento, pois engloba múltiplos intervenientes num processo complexo, o qual exige a utilização de diferentes perspetivas teóricas para a sua compreensão (Machorrinho, 2019). Assim, este tema exige uma atenção especial, não apenas devido às múltiplas perspetivas que convoca, mas ainda pelos seus múltiplos intervenientes, meios de ação e impulsionadores, que devem ser levados em conta e que transformam esta temática num fenômeno multidimensional.

Por outro lado, a violência doméstica faz parte do fenômeno mais abrangente da violência contra as mulheres, a qual é um problema social muito importante e uma violação dos direitos humanos em todo o mundo. Na Declaração sobre a Dissolução da Violência Contra o Mulheres, divulgada em 1993, pelo Conselho Geral das Nações Unidas, o termo “*violência contra as mulheres*” foi definido como qualquer ato de violência que possa ocorrer publicamente ou na esfera privada e que pode prejudicar e causar dores físicas e sexuais (Caracci, 2003). Neste contexto, a violência doméstica é um grave problema social, mas também de saúde pública em todo o mundo (Krug et al., 2003). A prevalência da violência doméstica nas relações de intimidade, dependência ou confiança tem sido amplamente documentada em numerosas populações e culturas (Krug et al., 2003; Virkki et al., 2015). Em termos psicológicos, a violência pode incluir ameaças, tais como privar as mulheres da sua liberdade de forma coerciva e arbitrária (Kizilgol & Ipek, 2018). Como referiu Alves (2005), a violência doméstica é um fenômeno

que tem assumido, por todo o mundo, proporções bastante elevadas e que só foi denunciado a partir dos anos 60/70 pelos movimentos feministas. Resumindo, a violência doméstica é um fenómeno mundial e global, caracterizado por uma tipologia de conduta coerciva de abusos físicos, sexuais e psicológicos, que afeta várias mulheres.

Muitos autores e textos no âmbito da teoria sociológica, tanto "*clássicos*" como textos de referência mais contemporâneos, não tornaram a violência doméstica uma preocupação central. Os pais fundadores da sociologia, como homens do seu próprio tempo histórico, geralmente não estavam bem sintonizados com o primeiro plano da violência interpessoal contra a mulher (Hearn, 2013), nem relativamente às questões de género, como um todo. Por exemplo, Durkheim estava preocupado com a violência, especialmente com o suicídio, mas pouco com a violência doméstica. O seu trabalho tem sido aplicado na análise da guerra, tortura e violência comunitária, mas raramente na violência doméstica (Mukherjee, 2010). As teorias sociológicas "*clássicas*" abordavam mais frequentemente formas legítimas de controlo social, consenso e coesão (como em Durkheim) ou de exclusão e de conflito (como com Marx) (Hearn, 2013).

Gelles (1993) sugere que as teorias causais da violência doméstica podem ser categorizadas em três classificações gerais: (1) modelos individuais (Psicológicos), (2) modelos sociológicos (Sociopsicológicos) e (3) Socio-modelos (feministas).

Os modelos sociológicos examinam as estruturas sociais, particularmente a instituição da família, na tentativa de verificar como estes permitem a violência entre os parceiros. Tais modelos utilizam uma análise da dinâmica familiar para explicar o problema (Gelles, 1993, p. 9). Essas construções, valiosas para a sua diversidade, não se concentram numa única característica da vida social, o que possibilitar captar a multidimensionalidade do fenómeno (Dwyer et al., 1995).

Ainda que os movimentos feministas tenham iniciado o seu combate contra a violência na década de 70, só uma década depois é que esse fenómeno veio a ser apresentado como categoria sociológica e área de pesquisa, cuja configuração mais usada passou a ser a violência contra a mulher e caracterizou-se como a questão central do movimento feminista norte americano (Sulak et al., 2014). Posteriormente, muitas outras ações foram desenvolvidas, pelo que a violência é hoje assumida como um fenómeno social, a cuja investigação em Sociologia não pode ficar alheia (Lisboa et al., 2008). O tema da violência é objeto de investigação atual e ocupa lugar relevante no campo sociológico desde as três últimas décadas do século XX (Bandeira, 2014). A investigação e os

sucessivos debates teórico-metodológicos têm contribuído para a redefinição do objeto e formulação de políticas de combate à violência (Patrício, 2014).

Das teorias que proporcionam um enquadramento teórico para o estudo da violência doméstica nas suas várias incidências, a Teoria das Representações possibilita que se identifiquem os pensamentos e sentimentos das mulheres acerca dessa problemática (Alves, 2005; Grossi et al., 2020). Segundo esta teoria, a representação é definida como um conjunto de informações, crenças, julgamentos e atitudes, a respeito de um dado objeto social. Assim, esta teoria interessa-se pelos fenómenos coletivos e normas que dominam os pensamentos sociais; a ideologia do senso comum é originária, para identificar a visão que os indivíduos têm sobre o mundo ou os grupos com quem convivem. A origem das representações sociais surgiu na década de sessenta, através de estudos realizados por Serge Moscovici, porém a fonte inspiradora veio de Durkheim, com foco nas representações coletivas. Deste modo, as representações sociais caracterizam-se pelo conjunto de acontecimentos, como um conceito abrangente. Esta teoria foi fundada para explicar estes conceitos e a sua associação a um amplo campo de estudos psicossociológicos (Grossi et al., 2020).

Porém, as representações sociais e representações coletivas não têm o mesmo significado, embora exista proximidade entre elas. As representações coletivas referem-se às tradições, que são produzidas pela sociedade simples, enquanto as representações sociais abordam a diversidade e dinamismo, reproduzidos pela contemporaneidade, incluindo características da sociedade (Viana, 2008); têm um formato sociológico da psicologia social, a qual é um campo fenomenológico que estuda a interação entre os indivíduos e a sociedade, visto que a teoria das representações refere que o indivíduo é um agente de mudança e, ainda, um produto da sociedade (Grossi et al., 2020). Os casos de violência têm sido um dos instrumentos de estudos no campo das representações sociais, pelo facto de esta ser visualizada com seriedade e urgência. Deste modo, é imprescindível entender o que as pessoas pensam a respeito deste ato (Oliveira, Chamon, & Mauricio, 2010).

Sustentado na linha de pensamento acima e assumindo que a violência é uma representação social, entende-se que a violência tem a sua origem e a sua função social na sociedade, como postulado pela Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (Manita et al., 2009). Na definição e operacionalização da violência estão implícitas as noções de frequência, severidade e intencionalidade, ao que acresce o significado do ato, ou seja, à forma como é decifrada pelos participantes, o que também

está associado às normas culturais que influenciam as percepções dos indivíduos e ao dinamismo destas, pois estas evoluem ao longo dos tempos (Fernandes, 2002), pelo que se verifica alteração da gravidade social que é atribuída a esse ato (Manita et al., 2009). Ainda acresce que a transgressão das normas e dos valores socialmente instituídos em cada momento, é uma forma de exercício de poder pelo uso da força pelo que define dois participantes inclusivos: o de vitimador e o de vítima (Lino, 2012). Tratando-se de um fenómeno multidimensional, a violência contra as mulheres deve ser abordada tendo em conta seus aspetos sociais, culturais e contextuais (Caracci, 2003; WHO, 1997).

Apesar do trabalho de campanha e apoio voluntário das mulheres, a resposta dos serviços, o sistema legal (e.g., Mullender, 1996) e o sistema de saúde têm sido diferenciados e muitas vezes inúteis. O reconhecimento da violência doméstica como um problema social - isto é, político, em oposição a uma questão pessoal - ainda não se tornou uma norma. As mulheres recebem agressões físicas, psicológicas e sexuais por parte dos homens que, a longo prazo, podem causar problemas de saúde (Smith, Tessaro, & Earp, 1995). Alguns estudos realizados em todo o mundo têm demonstrado que as mulheres são esmagadoramente as vítimas e os homens os autores da violência nas relações íntimas (United Nations, 1993). Por exemplo, estudos na Grã-Bretanha têm demonstrado uma alta taxa de incidência - entre 1 em 4 (WAFE, 1992) e 1 em 10 relacionamentos íntimos que envolvem violência (Mullender, 1996). Por outro lado, a violência doméstica é provavelmente o crime mais subnotificado e sub-registado, e dada a sua complexidade, trata-se de um fenómeno de difícil acesso para a realização de estudos de investigação (Smith, 1989). Trata-se de um crime que envolve múltiplas vítimas, aumentando a incidência e gravidade ao longo do tempo (Abbott & Williamson, 1999).

A violência de que as mulheres são vítimas é uma questão política, e não apenas uma questão pessoal, já que encontra as suas raízes nas desigualdades de género, as quais fazem parte da estrutura da própria sociedade. Assim, o combate contra a violência exercida sobre as mulheres não deve ser feito apenas no domínio privado, e na resolução de casos pessoais, mas também no domínio público, exigindo mudanças sociais profundas na estrutura das desigualdades. A IV Conferência Mundial da Mulher, que decorreu em Pequim, em 1995 (Nações Unidas, 1995), reconheceu a necessidade de mudar o foco da mulher para o conceito de género, afirmando que toda a estrutura da sociedade, e as relações entre homens e mulheres que nela se processam, deveriam ser reavaliadas. Nessa conferência, reafirmou-se a ideia de que os direitos das mulheres são direitos humanos, e que a igualdade de género é uma questão de interesse universal. Uma

das 12 áreas definidas como preocupação, relativamente aos direitos das mulheres e raparigas, foi o da violência contra a mulher. Uma outra, foi a das mulheres e saúde. No nosso entender, as duas estão profundamente relacionadas.

2.2. Desigualdade e Violência de Género

Segundo Saffioti (1999) e Almeida (2008), o género refere-se a um conjunto de condutas e normas modeladoras dos seres humanos no homem e na mulher e relaciona-se com o cumprimento de papéis e responsabilidades culturalmente atribuídos ao sexo antes do nascimento. O género é uma construção cultural complexa de vários níveis que circunscrevem o significado de ser do sexo feminino ou masculino, numa situação específica (Russo & Pirlott, 2006); é referente aos comportamentos e expectativas socialmente aprendidos por ambos os sexos, formando uma categoria social que define as nossas contingências de vida e orienta as relações sociais (Dias, 2008). Sob outra perspectiva, género é uma categoria de análise que, à luz das relações de poder, esclarece as diferenças biológicas e socialmente produzidas entre mulheres e homens. A análise destas relações expõe que o exercício do poder se dá de forma diferente entre os sexos, sendo que as mulheres ocupam posições subalternas e secundárias (Andrade & Fonseca, 2008).

Considerando-se que o género funciona como um constructo organizador das relações em todas as culturas e sociedades (Anderson, 1997), possui uma forte determinação e influencia o comportamento e o modo de vida e as interações dos indivíduos, cuja padronização dos comportamentos é entendida como algo natural e interiorizado nas relações sociais (Anderson, 1997; Mota-Ribeiro, 2005), sendo reforçados no decorrer das interações e discursos sociais (Nogueira, 2001). Neste sentido, surge a dimensão adicional da inferioridade em relação à mulher, com o estigma da dominação e de estruturas hierárquicas entre os sexos, originando que a mulher seja vista como um ser subordinado.

A Plataforma de Ação de Pequim (1995-2005) define violência contra as mulheres como *“qualquer ato de violência baseado no género, de que resulte ou possa resultar sofrimento ou lesão física, sexual ou psicológica para as mulheres, incluindo a ameaça da prática de tais atos, a coação ou a privação arbitrária da liberdade, quer ocorram na esfera pública ou privada”* (CIG, 2013, p. 87). Também um estudo da Plataforma de Ação de Pequim, descreveu a violência contra as mulheres, como todo e qualquer ato de violência propiciado pela questão de género, os quais são comumente exercidos no

contexto familiar da vítima, podendo o agressor ser o próprio parceiro íntimo (Grossi et al., 2020).

O documento antes mencionado, resultante da Conferência de Pequim, salienta o facto de a violência contra as mulheres ser resultado da desigualdade histórica nas relações entre homens e mulheres, que conduziram à dominação das mulheres e impediram o seu desenvolvimento integral. Aí se entende que a violência contra as mulheres durante o seu ciclo vital resulta de padrões culturais e de todas discriminações determinadas pela raça, sexo, língua ou religião, as quais têm perpetuado o baixo estatuto das mulheres em várias esferas do social, nomeadamente na família. *“A violência contra as mulheres é acentuada por pressões sociais, nomeadamente a vergonha de denunciar certos atos cometidos contra mulheres; a falta de acesso das mulheres à informação, apoio ou proteção jurídicos; a inexistência de leis que efetivamente proibam a violência contra as mulheres; a incapacidade de reformar as leis existentes; o facto de as autoridades públicas não se esforçarem adequadamente por divulgar e forçar o cumprimento das leis existentes; e a ausência de meios educativos e outros para enfrentar as causas e as consequências da violência”* (CIG, 2013, p. 89).

Um outro marco na denúncia e na luta contra a violência de género e a violência doméstica resultou da Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica (Conselho da Europa, 2011), usualmente conhecida por Convenção de Istambul. Trata-se de um instrumento jurídico vinculativo, de âmbito internacional, que visa a proteção das mulheres contra todas as formas de violência, a prevenção, contribuindo para a promoção da igualdade entre mulheres e homens, por via da eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres. A Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica foi adotada em Istambul, a 11 de maio de 2011; aprovada pelo Governo português a 16 de novembro de 2012, ratificada pela Assembleia da República a 21 de janeiro de 2013 e entrou em vigor em Portugal a 1 de agosto de 2014. Aí se reconhece que: *“a violência contra as mulheres é uma manifestação das relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens que levou à dominação e discriminação das mulheres pelos homens; a natureza estrutural da violência contra as mulheres é baseada no género, e que a violência contra as mulheres é um dos mecanismos sociais cruciais através dos quais as mulheres são mantidas numa posição de subordinação em relação aos homens; as mulheres e as raparigas estão expostas a um maior risco de violência baseada no género que os homens; a violência doméstica afeta desproporcionalmente as mulheres; a realização*

de jure e de facto da igualdade entre as mulheres e os homens é um elemento chave na prevenção da violência contra as mulheres” (Conselho da Europa, 2011, pp. 2-3).

A violência doméstica contra a mulher deve ser, assim, perspectivada como uma violência de género. Este fenómeno diz respeito a atitudes e comportamentos que se justificam em normas culturais colocando a mulher numa posição social de inferioridade e submissão em relação aos seus homólogos masculinos (Almeida, 2008). Como referem Guedes, Silva e Fonseca (2009), a desigualdade de género constitui uma das grandes contradições da sociedade que se mantém ao longo da história da civilização e tem colocado as mulheres num lugar social de subordinação. Ainda para estes autores, essa desigualdade, e suas extremas formas de manifestação da violência contra as mulheres, decorrem de uma assimetria de poder que se exprime em relações de força e dominação. Deste modo, a violência baseada no género tem-se constituído num fenómeno social que influi no modo de viver, adoecer e morrer das mulheres. Saffioti (1999) e Gomes (2003) destacam ainda que a “*violência de género*” é uma expressão inserida pelo movimento feminista para conceder nome às agressões masculinas exercidas contra a população feminina, apesar de Almeida (2008) considerar que o termo não é sinónimo, necessariamente, de violência entre homens e mulheres.

A violência contra a mulher e a sua visibilidade surgem num contexto social e histórico específico, por relações de género, tendo a sua origem nas ligações de desigualdade e poder entre os sexos. Saffioti (1999) evidencia que o género diz respeito às relações de poder e às diferenciações entre qualidades culturais concedidos a cada um dos sexos e suas particularidades biológicas; as características ligadas ao género masculino e feminino são instruídas desde o nascimento e tomadas como verdadeiras, pela sua natureza cultural, ou seja, o género é o sexo socialmente moldado. Na vida social persistem demonstrações das relações de poder presentes nos papéis sociais atribuídos a cada um, onde à mulher é outorgado o papel de submissa, passiva e frágil, dedicada ao marido e aos filhos, pois ao homem cabe o papel de forte e poderoso, o protagonista da história, que exercita o domínio sobre a mulher (Santos et al., 2019). Já Russo e Pirlott (2006) defenderam que o casamento foi submetido a um escrutínio peculiar para dotar os homens do direito de bater nas suas esposas e fornecer-lhe legitimidade para as suas ações.

Vista a partir das relações de género, a violência doméstica contra a mulher distingue um tipo de domínio, de opressão e de crueldade nas relações entre homens e mulheres. Este tipo de violência é estruturalmente construído e assumido pelas mulheres, estando

associado a classes sociais, raças, etnias, níveis educacionais e faixas etárias distintas (Mafioletti, 2010; Minayo, 1994). A violência contra a mulher e a sua visibilidade surgem num contexto social e histórico específico, dado por relações de género. Este fenómeno teve início nas relações de desigualdade e poder entre os géneros. Os dados das pesquisas sobre a violência contra a mulher, analisados no trabalho de Mafioletti (2010), expõem que a violência se mostra de formas desiguais entre homens e mulheres, e quando se trata da violência doméstica, a mulher é a principal afetada – da infância à terceira idade. Trata-se de uma forma de violência frequentemente entendida como sendo privada, a qual denota a existência de uma relação de poder entre o agressor e a vítima. O facto de os atos de violência ocorrerem em espaços partilhados pela vítima e pelo companheiro, significa que este é um problema de elevada complexidade, devido a existência de uma transposição da fronteira da intimidade familiar e pessoal, e da privacidade exponenciada pela ausência de testemunhas (Ritt, Cagliari, & Costa, 2009).

Está-se assim perante atos de violência que são exercidos por um sexo sobre o sexo oposto, que de um modo geral, se referem a atos exercidos contra a mulher e tem a ver com os papéis atribuídos à diferenciação de género (APAV, 2020). Também a Convenção de Istambul, considerou que toda a violência contra a mulher, abrange todos os de violência de género daí resultantes (Conselho da Europa, 2011). Isto quer dizer que, a violência contra as mulheres para ser entendida, em toda a sua complexidade, deve ser, ainda, percebida como violência de género e o seu estudo deve ser feito não apenas em termos de atos individuais, já que este fenómeno é reflexo de uma diferença social, económica e política que é perpetuada pelas classes sociais que fortalecem ideologias sexistas, racistas e classistas (Andrade & Fonseca, 2008).

Estudos mostram que a violência doméstica pode prejudicar as mulheres em termos físicos e emocionais e pode afetar negativamente o seu estatuto profissional, bem como a sua produtividade na vida ativa e a sua participação na vida social. Além disso, através das crianças que testemunham a violência doméstica, os efeitos da violência são transferidos entre gerações. De facto, a violência também tem custos económicos importantes (Panda & Agarwal, 2005, p. 824). Apesar da importância deste fenómeno, a violência de género nem sempre está incluída nas estratégias que estão a ser desenvolvidas para aumentar o crescimento económico desses países (Kizilgol & Ipek, 2018).

Abordar o tema da violência contra a mulher envolve reconhecer que é um fenómeno complexo e multifacetado e que solicita uma ampla abordagem e várias perspetivas teóricas para ser entendida. As várias variáveis e dimensões desta forma de violência são

interconectadas e reforçam-se reciprocamente, com efeitos nas relações pessoais e nas instituições sociais. A partir da década de 90, a violência doméstica tem sido também concebida como uma questão de saúde baseada nas relações de gênero. Na maioria das vezes, a mulher é vítima de violência doméstica sendo o agressor, o companheiro íntimo. A violência baseada no gênero continua ainda muito presente na atualidade, sendo um fenômeno complexo e multifacetado que é vivido de forma diferente por mulheres e homens (Russo & Pirlott, 2006).

Analisando a violência associada ao gênero, Anderson (2005), citando Risman, procedeu a uma retrospectiva das abordagens teóricas sobre o gênero, a saber:

- 1) A individualista postula que os indivíduos são seres sexistas (Risman, citado por Anderson, 2005), pois a masculinidade e feminilidade são traços que homens e mulheres incorporam em si mesmos ou identidades, quer através de uma predisposição biologicamente determinada a estes traços ou através de processos de socialização (Anderson, 2005). As teorias individualistas pressupõem que a propensão para usar a agressão e a violência é uma característica inata ou aprendida de pessoas masculinas, embora esta abordagem reduza o gênero ao comportamento individual do homem e da mulher (Anderson, 2005), pelo que não consegue justificar as diferenças dentro do grupo das mulheres e dos homens. A não justificação destas diferenças sugere que esta abordagem não explana o porquê de só alguns homens e algumas mulheres serem agressores conjugais, uma vez que estes homens e mulheres são biologicamente similares e submetidos aos mesmos processos de socialização do que os outros indivíduos do seu gênero (Archer, 2000). Em síntese, esta abordagem desconsidera, na sua totalidade, a associação do gênero com as outras interações sociais.
- 2) A estruturalista foca-se no gênero como uma estrutura social que organiza as instituições sociais, as identidades, as atitudes e as interações. Esta perspectiva patenteia que o gênero é um sistema de estratificação, em que a mulher e o homem são dispostos por categorias, por papéis e por ocupações dissemelhantes (Anderson, 2005). É, então, sugerido que os homens e as mulheres experienciam a violência de forma distinta, devido a estarem adstritos a uma sociedade organizada pela desigualdade de gênero. Neste sentido, o ingresso na violência tem uma distribuição desigual, sendo ofertadas ao homem maiores oportunidades para instruir-se sobre a violência do que à mulher (De Welde, 2003; Fagot et al., 1985).

- 3) A integracionista emerge no século XX (década de 80), parcialmente como uma crítica à perspectiva individualista (Anderson, 2005). Assim, a perspectiva integracionista compreende o gênero como uma característica da interação social e não com uma característica de pessoas individuais, em que os desempenhos de masculinidade e feminilidade são construídos nas interações sociais uns com os outros, como função das expectativas sociais (Anderson, 2005).

O gênero é uma categoria analítica e que resulta de uma construção social, num ambiente histórico e cultural específico, funcionando como determinante dos atributos negativos ou positivos aplicados de maneira diferenciada aos homens e mulheres, desde o nascimento, como uma consequência dos órgãos genitais externos, direcionando esses indivíduos para certos papéis e funções na sociedade (Anderson, 2005; Archer, 2000). É, assim, uma consequência das práticas sociais e culturais e não uma característica individual que prediz o comportamento, o que originou o surgimento de estruturas binárias dicotômicas, uma vez que transformaram as diferenças sexuais em desigualdade de gênero, as quais têm sido usadas para conceber e preservar as mulheres numa posição de submissão, suportada pela elocução de ser natural (Flax, 1992; Scott & Geertz, 1990). Nestas circunstâncias, é fundamental repensar o gênero na compreensão da violência doméstica, de acordo com a abordagem integradora. Só com esta transição paradigmática e conceitual se explica a violência doméstica na sua vertente psicossocial, ou seja, uma justificação que vá para além de uma explicação simplista com base na sua vertente biológica (Quemada & Prieto, 2004).

A violência contra a mulher atua como um mecanismo de submissão da diversidade, impedindo o livre exercício da vontade (Campos & Carvalho, 2006). Adicionalmente, Figueiredo (2003) e Lino (2012) advogaram que o conteúdo dos papéis de gênero diz respeito às expectativas relativas às características e traços de personalidade conferidos ao homem e à mulher, funcionando como normas, com tendência para regulamentar o comportamento social dos indivíduos, condicionando as suas práticas familiares. Perante esta linha de pensamento, as relações assimétricas de poder entre os casais funcionam como impeditivos de existir uma relação de igualdade, pelo que a violência contra a mulher será visualizada como parte de um processo simbólico, que despromove o feminino e descerra espaço para um processo de exclusão e dominação/exploração da mulher baseado nas diferenças de sexo. Assim, quando se fala em casais, as relações íntimas, caracterizadas por mais afetividade constante e contínua, ocorrem em ambiente privado e com um envolvimento pessoal exponencialmente profundo do que as outras relações sociais, pelo que constituem per se um ambiente potencialmente envolto em

risco de ocorrência de violência (APAV, 2009). Em jeito de conclusão, as características próprias dos indivíduos, o contexto social e as normas culturais podem ser os quesitos que potenciam a violência doméstica entre casais.

2.3. Fatores Socioculturais e Demográficos no Contexto da Violência Doméstica

Embora o género, já amplamente discutido, seja também um fator sociocultural, existem outros que se correlacionam com a violência contra as mulheres e que merecem menção e análise.

Do exposto nas seções anteriores, é visível a coexistência de fatores dispares para se estudar a violência de género, como argumentou Sanchis (2005), as quais se dividem em dois grupos: (1) a análise dos fatores individuais e (2) a análise dos fatores socioculturais dos indivíduos. Para este autor, os fatores socioculturais circunscrevem o aparecimento de teorias socioculturais, divididas em sociológicas e psicossociais, que representam um método de resolução do conflito que subsiste dentro da família ou da comunidade envolvente, ou seja, as crenças e os valores culturais determinam, em grande escala, os maus-tratos.

O maior ou menor grau de invisibilidade da violência contra a mulher e da impunidade que rodeia este crime, especificamente quando praticado no espaço doméstico, tem graves consequências socioeconómicas e constitui um claro indicador do grau da igualdade de género presente em determinada sociedade (Pitanguy, 2013). A naturalização da desigualdade de género, para este autor, é um instrumento fundamental para a legitimação e aceitação social desta desigualdade.

No sentido do que foi discutido no ponto anterior, a violência contra as mulheres advém de uma construção sociocultural acerca da particularidade e desigualdade entre os géneros. Esta desigualdade de género é a principal responsável pelo surgimento da violência, já que existe uma cultura de valores enraizada onde a mulher deve ser submissa ao homem (Guimarães et al., 2018). Ao abordar a violência contra a mulher deve-se observar que existe um estigma que foi construído socialmente e culturalmente no decorrer dos tempos e que a mulher possui potencialidades inferiores face à figura masculina. Este mito tem permanecido na nossa sociedade (Carneiro & Fraga, 2012).

A violência doméstica é omnipresente em todas as classes sociais, porém, quanto mais baixo for o *status* socioeconómico destas mulheres, maior é o risco de estarem sujeitas a agressões frequentes, pois a insuficiência financeira as obriga a permanecerem com o parceiro (Grossi et al., 2020). Este argumento orientou de Souza et al. (2018) a defenderem que um problema social que incita danos físicos e psicológicos nas vítimas, atinge pessoas de diferentes raças, cor, escolaridade e *status* socioeconómico. Como tal, torna-se complexo definir violência, enquanto significado, o que passa pela sua desconstrução (Lisboa et al., 2003).

Num estudo realizado por Sorenson, Upchurch e Shen (1996), concluiu-se que os jovens que residiam em áreas urbanas e que tinham baixo rendimento enfrentaram mais os atos de violência física no seio familiar. Estes autores também descobriram que a origem étnica, o nível de rendimentos, a educação, o número de crianças na família, e a idade dessas crianças não estavam relacionadas com a vitimização das mulheres. Neste estudo concluiu-se ainda que as pessoas que enfrentaram violência física no seu casamento são muito similares às pessoas em geral, já que estas estão em maior risco de violência interpessoal (Kizilgol & Ipek, 2018). Panda e Agarwal (2005) apresentaram um estudo para a Índia. Apesar de se concentrarem nos efeitos de *status* de propriedade das mulheres sobre a violência que enfrentaram durante o casamento, eles também investigaram os efeitos de estrutura económica da família, características sociodemográficas, estatuto de educação e emprego das mulheres e dos seus maridos. Neste estudo foi concluído que a propriedade das mulheres afetou negativamente a violência física e psicológica. As evidências empíricas mostraram que a propriedade aumentou o poder de negociação das mulheres no casamento, e diminuiu a tolerância das mulheres à violência. Além desses resultados, foi também determinado que o apoio social da família ou vizinhos, o rendimento do agregado familiar e o emprego do marido tiveram efeitos significativos na diminuição da violência contra as mulheres. A empregabilidade das mulheres diminuiu o risco de enfrentar a violência física a longo prazo, mas apenas se o trabalho era regular (Kizilgol & Ipek, 2018).

Ergin et al. (2005) investigaram a prevalência, frequência, tipos e razões de violência conjugal contra a mulher numa cidade metropolitana da Turquia (Bursa). Este estudo concluiu que as mulheres sem educação foram mais expostas à violência do que aquelas que tinham formação universitária ou que tinham graus mais elevados de escolaridade. Contudo, não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre a idade, *status* de emprego, duração do casamento ou rendimentos familiares e a violência doméstica. O tipo de violência mais frequente foi a violência física seguida por violência

emocional. Kocacik e Dogan (2006) investigaram também as razões da violência contra as mulheres para a cidade de Sivas. De acordo com os resultados obtidos, a taxa da violência foi de 52%. Estes investigadores concluíram que, à medida que o nível de rendimento anual da família aumentava, as taxas de a violência doméstica diminuíram. O baixo nível educacional foi também considerado um elemento importante já que aumentou a violência doméstica. Neste estudo verificou-se ainda que 74% das mulheres que haviam sido expostas à violência eram donas de casa.

A situação de dependência financeira da mulher em relação ao homem pode ocorrer por duas ordens de razão. A primeira, reside na submissão à proibição de trabalhar imposta pelo homem, a segunda pela dificuldade ou comodidade de não ter um emprego, o que direciona estas mulheres para o sentido de obrigação de recorrer ao marido, sempre que carecerem de dinheiro, sendo que ambas as situações beneficiam a violência, atendendo a que o homem utiliza o seu poderio financeiro como um veículo para ameaçar e humilhar a mulher (Fonseca & Lucas, 2006).

Kocacik, Kutlar e Erselcan (2007) concluíram que 27,5% das 670 mulheres que foram incluídas no seu estudo enfrentaram a violência doméstica. Os resultados das análises empíricas podem ser resumidos da seguinte forma; (i) a prevalência de mulheres com menos de 20 anos de idade que enfrentaram a violência foi maior que os outros grupos etários; (ii) as vítimas com formação superior (Licenciatura) enfrentaram menos violência do que aquelas sem qualquer escolaridade; (iii) a probabilidade de mulheres trabalhadoras serem expostas à violência era quase três vezes mais do que aquelas que não trabalhavam; (iv) as mulheres que afirmaram que os seus maridos estavam envolvidos no setor do comércio foram expostas à violência quase duas vezes mais do que aquelas cujos maridos não trabalhavam; (v) a violência foi enfrentada menos por mulheres que vivem em famílias que estavam num ambiente melhor em termos sociais; (vi) houve uma relação positiva entre o rendimento ou o nível de rendimento da família e a violência doméstica; (vii) quando o número de crianças aumentou, a violência contra as mulheres aumentou também; (viii) muito provavelmente, mulheres que enfrentaram violência quando eram crianças também recebiam violência quando cresciam; (ix) as mulheres receberam mais violência nas famílias onde as decisões intrafamiliares eram tomadas sob o domínio dos maridos; (x) a frequência de mulheres que enfrentam violência aumentou quando as mulheres tiveram que ter permissão a partir do seu marido por algumas atividades. Altinay e Arat (2009) realizaram um estudo que se baseou em entrevistas *face-a-face* com 1800 mulheres já casadas e vítimas de violência doméstica, cujas conclusões destacam que existe uma relação negativa entre a violência

e o nível educacional das mulheres, o nível educacional do marido, o rendimento ou o nível de rendimento da família. Foi também determinado que, caso as mulheres tivessem rendimento ou ganhassem mais do que os seus maridos, o risco de serem expostas à violência aumentou. Yüksel-Kaptanoğlu, Türkyilmaz e Heise (2012) realizaram um outro estudo onde examinaram os determinantes de violência física e sexual enfrentada por mulheres já casadas, entre 15 e 49 anos na Turquia. De acordo com os resultados obtidos, existe uma relação significativa e positiva entre a violência enfrentada pelas mulheres por parte dos seus maridos e as experiências de abusos na infância, os casamentos programados, o alcoolismo e a imposição de a mulher não conviver com a sua família. Além destes, também foi verificado que os casamentos em que as famílias decidiram pelo uso de álcool e adultério do marido, e a falta de vontade do marido em ver os amigos e a família das mulheres, foram os fatores que aumentaram a violência. A idade das mulheres, a contribuição das mulheres para o rendimento, o apoio da família das mulheres, mulheres aceitando a autoridade do seu marido e diferenças regionais também foram determinantes que afetaram o risco de violência. Nenhuma relação significativa foi encontrada entre o *status* de emprego das mulheres e da violência que elas receberam dos seus maridos (Kizilgol & Ipek, 2018).

Relativamente aos estudos existentes em Portugal sobre violência, em geral, o Observatório Português da Violência de Género tem cerca de 44 estudos sobre este tópico, os quais abordam temáticas distintas. Alguns desses estudos relatam itens como: a violência no contexto da análise de processos de (pós)divórcio (Silva, 2019); as mulheres vítimas de violência e o crime (Guerreiro & Duarte, 2019); a análise de dados dos planos de prevenção (Soares, 2018; Soares & Sousa, 2018); as representações sociais, dimensões cognitivas e emocional e a violência nos idosos (e.g., Mendes, Pereira, & Zangão, 2018; Mendes, Zangão, & Mestre, 2018; Pereira et al., 2018), violência nas crianças (e.g., Marôpo, 2018; Tomás et al. 2018), entre outros. Estes estudos não se relacionam sobremaneira com a atuação dos profissionais de saúde perante casos de violência doméstica.

De uma breve sinopse destes estudos do Observatório Português da Violência de Género, retira-se que este tópico começou a ser analisado em Portugal a partir de 1995 por Lourenço et al. (1997), os quais lançaram um estudo nacional e pioneiro sobre a violência contra as mulheres; os resultados obtidos mostraram que existia em Portugal um predomínio da violência física, psicológica e sexual (48%), direcionando a pesquisa para um novo estudo sobre as causas e as consequências de tal. Neste contexto, Lisboa et al. (2008), Lisboa e Roque (2006) e Lisboa et al. (2003) lideraram estudos que concluíram

que as consequências dos atos físicos, embora com prevalência nas mulheres, incluem também os efeitos na sociedade em geral, dado a multiplicidade em cadeia dos mesmos no funcionamento e dinâmica dessa sociedade e que os custos económicos da violência doméstica sobre as mulheres em Portugal cujas conclusões apontam para um custo adicional de saúde de 140 €/ano por cada mulher vítima de violência doméstica, dos quais somente 127 € são custos do Sistema Nacional de Saúde, sendo o restante suportado pela vítima. Estes resultados corroboram as estimativas determinadas por Coker et al. (2004) e Rivara et al. (2007). Para todos estes autores, estes custos ficam aquém dos custos económicos e sociais associados às vítimas de violência doméstica. Um estudo anterior de Lisboa et al. (2009) quantificou o fenómeno da violência contra as mulheres doméstica e de género em Portugal, cujos números já denunciavam alguns indícios de crimes desta natureza. Os resultados destes estudos mostraram que 38% das mulheres inquiridas (maiores de 18 anos) já tinha sido vítima de violência física, sexual e psicológica mais de uma vez e que 37% dessas estavam sujeitos à consumação em simultâneo desses três tipos de atos de violência contra as mulheres. Ainda foi escrutinado neste estudo, que 74,7 % dos agressores são homens, dos quais cerca de 42% são parceiros íntimos, o que significa que estas mulheres são vítimas de violência doméstica em conformidade com a legislação em vigor em Portugal (Decreto-Lei 400/82 do Código Penal).

Face aos resultados obtidos a partir de estudos anteriores, pode-se concluir que a violência contra a mulher pode ser desencadeada por vários motivos, porém, a maior parte das mulheres que sofrem violência e que apresentam queixa nas autoridades policiais, o ato de violência é decorrente de um sentimento de posse e dominação masculina por parte do agressor, gerando sofrimento e submissão para as vítimas (Acosta et al., 2015). Nestas situações, está-se perante uma submissão e perda de liberdade.

Um estudo de significativa relevância realizada pela revista *The Lancet* também apontou que o nível mais elevado de escolaridade das mulheres está fortemente associado a redução dos riscos de sofrer violência por parceiros íntimos nas regiões onde há a “*naturalização*” da violência de género. Tal comprovação está em concordância com os resultados nesta pesquisa, na qual maior parte da amostra eram mulheres com baixo grau de escolaridade (Heise & Kotsadam, 2015).

Por último, a violência contra a mulher acontece principalmente no âmbito doméstico, onde o agressor, na maior parte das vezes, é um familiar, cônjuge ou parceiro íntimo.

Tais agressões repercutem-se negativamente, não só na vida da mulher, mas também nos seus familiares de forma imediata ou tardia, tendo repercussões que vão além das lesões corporais. O sofrimento psíquico tende a ser visto como uma doença de caráter mental com menor importância referiram ainda Guimarães et al. (2018). Quando existe violência doméstica contra a mulher, o durante e o pós período de violência assumem significados diferentes associadas a dimensões distintas, pelo que, recentemente, o estudo teórico sobre o Brasil, realizado por Curia et al. (2020), destacou sete dimensões relacionadas com a violência : (1) crenças/percepções sobre o fenómeno da violência, (2) caracterização da violência, (3) perfil da mulher vítima, (4) fatores de risco ou proteção para ocorrência de violência, (5) consequências da violência, (6) avaliação da rede de atendimento e (7) avaliação de intervenções.

Para além de todos estes estudos supra mencionados, recentemente Abdi et al. (2021) redigiram uma compilação de estudos sobre os determinantes sociais da violência doméstica nas mulheres suburbanas dos países em desenvolvimento. Este estudo vai ao encontro da OMS, que explanou que *“factors related to domestic violence can be divided into structural and socio-economic factors including education, employment, economic status, social class, gender, race, culture; intermediate factors including living conditions, psychological conditions, and social conditions; behavioral factors; and factors related to the health system.”* (Abdi et al., 2021, p. 134).

A tabela abaixo (Tabela 2) evidencia 30 artigos sobre a violência doméstica e os determinantes sociais relacionados com a mesma, com base no modelo da OMS. Dos tipos de violência doméstica, a violência física prevalece em 20 casos, a emocional em 14 casos e a física em 12 casos. Alhabib, Nur e Jones (2010), na sua meta-análise, asseveraram que a violência contra as mulheres atingiu proporções epidémicas em muitas sociedades (incluindo da Europa), independentemente das etnias, nacionalidades, ou grupos socioeconómicos. Esta afirmação está em consonância com outras pesquisas, como a de Dolatian et al. (2012); Sheikhan et al. (2014); Valdez-santiago et al. (2006); Zakar et al. (2012).

Relativamente à Europa, a revisão sistemática de Alhabib et al. (2010) identificou que apenas 16% dos estudos sobre este tópico diziam respeito à Europa. Acresce ainda que todos estes estudos perspetivaram a identificação dos fatores socioculturais como um dos determinantes da violência resumidos na tabela 2. Embora todos estes estudos

tenham sido realizados em países subdesenvolvidos, os seus resultados não deixam de ir ao encontro da literatura acima exposta.

Autores	Método	Amostra	Região	Faixa etária dos participantes	Tipologia dos atos de violência (%)						Determinantes socioculturais
					Doméstica	Física	Emocional	Sexual	Económica	Verbal	
Dasgupta et al., (2019)	<i>Cross-sectional</i>	1,047	India	17-45	29.4	-	-	-	-	-	Não reportados
Gibbs e al. (2018)	<i>Cross-sectional</i>	680	South African	18-30	-	48.5	66.5	21.2	43.7	-	Não reportados
Chowdhury et al., (2018)	<i>Cross-sectional</i>	87	Bangladesh	15-49	57.5	-	-	-	-	-	Idade no casamento, número de membros da família, índice de riqueza
Pal et al. (2017)	<i>Cross-sectional</i>	50	India	15-49	59.3	61.6	84.3	58.8	-	-	Mulheres pertencentes a famílias com baixo rendimento per capita, baixo nível de instrução do marido, sem capacidade de ter um filho masculino, desemprego entre os dois cônjuges, deixam o agregado familiar sob qualquer pretexto sem autorização prévia do marido, as esposas não frequentam devidamente as atividades domésticas

Tabela 2 - Tipologia prevalente dos atos de violência contra as mulheres

Autores	Método	Amostra	Região	Faixa etária dos participantes	Tipologia dos atos de violência (%)						Determinantes socioculturais
					Doméstica	Física	Emocional	Sexual	Económica	Verbal	
Mohapatra & Mistry (2017)	<i>Cross-sectional</i>	100	India	15-49	35	34	35	17	-	-	Vício de álcool, iliteracia do marido, problema relacionado com o dote, não ter um filho masculino, não cozinhar corretamente, falar com os vizinhos
Khayat et al. (2017)	<i>Cross-sectional</i>	400	Iran	15-49	-	18	-	39	-	-	Medo de destruir a relação
Silverman et al. (2016)	<i>Cross-sectional</i>	1,061	India	17-45	28.4	-	-	-	-	-	Iniquidade de género (privação nutricional, privação de sono, bloqueio do acesso aos cuidados de saúde durante a gravidez)
Sathe & Holcambe (2016)	<i>Cross-sectional</i>	115	India	15-45	55.83	28.16	49.03	-	-	-	Não cozinhar corretamente, não cuidar dos lares, não ter um filho masculino, problema relacionado com o dote, dependência alcoólica dos maridos
Parvin et al. (2016)	<i>Cross-sectional</i>	1,566	Bangladesh	15-29	60	-	-	-	-	-	Lesões necessárias à saúde, disputa verbal, percepção de desobediência da

Tabela 2 - Tipologia prevalente dos atos de violência contra as mulheres

Autores	Método	Amostra	Região	Faixa etária dos participantes	Tipologia dos atos de violência (%)						Determinantes socioculturais
					Doméstica	Física	Emocional	Sexual	Económica	Verbal	
											mulher, sem qualquer razão particular
Muthengi et al. (2016)	<i>Cross-sectional</i>	452	Kenya	15-19	25.6	-	-	-	-	-	Normas patriarcais de género, pobreza, emprego feminino, conflitos financeiros
Donta et al. (2016)	<i>Cross-sectional</i>	1,136	India	18-39	21	16.8	12.4	4.8	-	-	Mulheres sem poder de decisão, justificando o espancamento de mulheres
Swahn et al. (2015)	<i>Cross-sectional</i>	313	Uganda	14-24	-	36.9	-	-	-	-	Autocontrolo à noite, fome, embriaguez, tristeza
Dasgupta et al. (2015)	<i>Cross-sectional</i>	97	India	15-49	32.9	-	-	-	-	-	Abuso de álcool pelo cônjuge, nível de educação do cônjuge, rendimento per capita e ocupação das mulheres, discussão com o cônjuge, o cônjuge não gosta da comida cozinhada, negligenciando os filhos de acordo com o cônjuge, conversando com homens não relacionados

Tabela 2 - Tipologia prevalente dos atos de violência contra as mulheres

Autores	Método	Amostra	Região	Faixa etária dos participantes	Tipologia dos atos de violência (%)						Determinantes socioculturais
					Doméstica	Física	Emocional	Sexual	Económica	Verbal	
Begum et al. (2015)	<i>Cross-sectional</i>	1,137	India	18-39	21.2	16.8	12.4	4.8	-	-	Marido consumiu álcool, mulheres que justificaram espancamento de esposa, casadas antes dos 18 anos, mulheres analfabetas, duração conjugal superior a 5 anos, a trabalhar, a ter mais do que um filho
Barman et al. (2015)	<i>Cross-sectional</i>	300	India	15-19	2.3	-	-	-	-	-	Baixo estatuto socioeconómico (dificuldades financeiras), infidelidade
Hiremath and Debaje (2014)	<i>Cross-sectional</i>	59	India	15-19	38.15	-	-	-	-	-	Idade mais jovem, aumenta a pontuação de depressão, comportamento disruptivo na população adolescente
Gaikwad & Rao (2014)	<i>Cross-sectional</i>	548	India	15-45	36.86	26.82	12.59	24.64	-	33.21	Idade, analfabeto, estatuto socioeconómico mais baixo, - desempregado (menos de 18 anos), duração do casamento

Tabela 2 - Tipologia prevalente dos atos de violência contra as mulheres

Autores	Método	Amostra	Região	Faixa etária dos participantes	Tipologia dos atos de violência (%)						Determinantes socioculturais
					Doméstica	Física	Emocional	Sexual	Económica	Verbal	
											(5-10 anos), educação do marido (analfabeto), tipo de família (nuclear)
Shrivastava & Shrivastava (2013)	<i>Cross-sectional</i>	274	India	18-45	36.9	53.4	-	-	-	86.1	Idade, educação, alcoolismo conjugal, duração do casamento
Kambli et al. (2013)	<i>Cross-sectional</i>	105	India	15-45	100	48.57	-	-	-	71.4	Grupo etário 26-35 anos, iletrado
Fawole et al. (2013)	<i>Cross-sectional</i>	323	Nigeria	18≤	-	16.7	20.8	0.8	13.7	-	Níveis de conhecimento mais baixos, atitudes pouco igualitárias
Das et al. (2013)	<i>Cross-sectional</i>	2,139	India		14.9	11.54	7.8	1.63	-	-	Justificável se uma mulher desrespeitou os seus sogros, discutiu com o seu marido, não forneceu boa comida, tarefas domésticas e cuidados infantis, saiu sem autorização
Sinha et al. (2012)	<i>Cross-sectional</i>	159	India	15-45	54	41.9	19.8	-	-	-	Vício do álcool, parceiros sexuais múltiplos

Tabela 2 - Tipologia prevalente dos atos de violência contra as mulheres

Autores	Método	Amostra	Região	Faixa etária dos participantes	Tipologia dos atos de violência (%)						Determinantes socioculturais
					Doméstica	Física	Emocional	Sexual	Económica	Verbal	
Sambisa et al. (2011)	<i>Cross-sectional</i>	5,128	Bangladesh	15-49	35	-	-	-	-	-	Idade (19 anos ou menos), iletrado, riqueza familiar pobre, número de crianças
Bhatta et al. (2018)	<i>Cross-sectional</i>	120	Nepal	18≤	42.5	35.3	27.4	-	-	-	Abuso de substâncias, falta de estabilidade económica, fazer coisas que os estatutos não gostam, não fazer bem as tarefas domésticas, sair sem autorização, falar com amigos homens, recusa de sexo, caso extraconjugal do marido, falta de implicação legal,
Pandey et al. (2009)	<i>Cross-sectional</i>	751	India	15-45	17.6	-	-	-	-	-	Nível de educação, desemprego, baixo rendimento familiar por mês, álcool e outras substâncias psicotrópicas, relações extramatrimoniais, frequência de distritos de luz vermelha
Awusi et al. (2009)	<i>Cross-sectional</i>	400	Nigeria	15-43	36	31	-	11	-	58	Idade (26-30)

Tabela 2 - Tipologia prevalente dos atos de violência contra as mulheres

Autores	Método	Amostra	Região	Faixa etária dos participantes	Tipologia dos atos de violência (%)						Determinantes socioculturais
					Doméstica	Física	Emocional	Sexual	Económica	Verbal	
Islam and Dey (2013)	Misto	87	Bangladesh	14-40	73.78	71.12	42.22	4.44	24.45	-	Sem rendimentos, analfabetismo, procura de dote, relação conjugal extra de marido, conflito/inconsistência conjugal, insolvência financeira, toxicod dependência de maridos, razões desconhecidas
Deuba et al. (2016)	Qualitativo	20	Nepal	23-24	-	100	60	30	-	-	Recusou-se a ter relações sexuais, deu à luz uma rapariga, distúrbios relacionados com o consumo de álcool
Nasrullah et al. (2015)	Qualitativo	19	Pakistan	21-34	-	89.5	68.4	42.1	-	-	Assuntos de família, particularmente questões com sogros, instigação da sogra, má gestão da casa, trazer dote insuficiente, infertilidade, sexo não desejado
Ghosh (2015)	Qualitativo	52	India	20-46	-	53.8	-	-	-	-	Mulheres pobres

Fonte : adaptado de Abdi et al. (2021)

Um outro aspeto importante está relacionado com as opções de habitação para as sobreviventes de violência doméstica e familiar, com o intuito de as capacitar para uma nova etapa livre de violência, embora se perceção na literatura que existem barreiras e facilitadores deste salto das vítimas (Martz, Romero, & Anderson, 2020). Do estudo teórico destes autores, retornaram três barreiras relacionadas com os modelos de habitação disponibilizados, especificamente, a insensibilidade cultural, o isolamento social e a aplicação inconsistente das regras. Estas barreiras estão de sobremaneira inerentes aos fatores socioculturais do ambiente envolvente das vítimas. Já como itens facilitadores, Martz et al. (2020) identificaram o cumprimento criterioso e respeitável dos serviços fornecidos, a flexibilidade das regras e o acesso a recursos.

2.4. Síntese dos Efeitos e das Consequências Traumáticas nas Vítimas de Violência Doméstica

Guerra et al. (2016) resumiram os efeitos e as consequências que os atos de violência doméstica podem causar, nomeadamente pela sua continuidade temporal. Para estes autores, estes efeitos são diversos e provocam nas vítimas danos físicos, psicológicos, relacionais, entre outros; em casos extremos, estes atos poderão resultar em incapacitação, temporária ou permanente, da vítima ou, mesmo, a sua morte. Fica assim claro que estas vítimas passam por um processo traumático, cujos efeitos e consequências incluem (Guerra et al., 2016, p. 40):

- *“Lesões e mazelas físicos, corporais e cerebrais, por vezes irreversíveis (e.g., fraturas nas mandíbulas, perda de dentes, lesões óculo-visuais, perturbações da capacidade auditiva, fraturas de costelas, lesões abdominais, infertilidade na sequência de sucessivas infeções e/ou lesões vaginais e uterinas, entre muitas outras; algumas mulheres desenvolvem uma perturbação equivalente à dos lutadores de boxe, em virtude dos danos neurológicos provocados pelas pancadas sucessivas na zona do crânio e face - algo similar, nos seus efeitos, à doença de Parkinson)”;*
- *“Alterações dos padrões de sono e perturbações alimentares”;*
- *“Alterações da imagem corporal e disfunções sexuais”;*

- *“Distúrbios cognitivos e de memória (e.g., flashbacks de ataques violentos, pensamentos e memórias intrusivos, dificuldades de concentração, confusão cognitiva, perturbações de pensamento - não é raro as vítimas afirmarem que “estão a enlouquecer”, dado que a sua vida se torna ingerível e incompreensível)”;*
- *“Distúrbios de ansiedade, hiper vigilância, medos, fobias, ataques de pânico”;*
- *“Sentimentos de medo, vergonha, culpa • níveis reduzidos de autoestima e um autoconceito negativo”;*
- *“Vulnerabilidade ou dependência emocional, passividade, “desânimo aprendido””;*
- *“Isolamento social ou evitamento (resultantes, frequentemente, dos sentimentos de vergonha, auto-culpabilização, desvalorização pessoal, falta de confiança que as vítimas sentem)”;*
- *“Comportamentos depressivos, por vezes com tentativa de suicídio ou suicídio consumado”.*

Relativamente aos fatores contextuais que provocam estes efeitos nas vítimas, os mesmos autores (Guerra et al., 2016, pp. 40-41) destacam os seguintes:

- *“Frequência da ocorrência dos maus-tratos;*
- *Severidade dos maus-tratos;*
- *Condições e contextos de ocorrência;*
- *História anterior de vitimização;*
- *Gravidade dos danos;*
- *Rede de apoio social/familiar;*
- *Recursos pessoais, familiares, sociocomunitários e institucionais disponíveis”*

O explanado acima enquadra-se no denominado ciclo de violência doméstica, em que este inclui três fases distintas: *“A) aumento de tensão: as tensões acumuladas no quotidiano, as injúrias e as ameaças tecidas pelo agressor, criam, na vítima, uma*

sensação de perigo eminente; B) ataque violento: o agressor maltrata física e psicologicamente a vítima; estes maus-tratos tendem a escalar na sua frequência e intensidade; C) lua-de-mel: o agressor envolve agora a vítima de carinho e atenções, desculpando-se pelas agressões e prometendo mudar (nunca mais voltará a exercer violência)” (APAV, 2020). Também, o Instituto Maria da Penha (IMP) descreveu minuciosamente estas três fases. Para este Instituto, a primeira fase, o aumento da tensão, leva a que o agressor se mostre tenso e irritado por factos insignificantes, vindo a ter acessos de raiva, humilhando a vítima, fazendo ameaças e destruindo objetos; durante esta fase, a mulher tenta acalmar o companheiro, embora fique aflita, tentando evitar qualquer comportamento que possa ser compreendido como provocação, pelo agressor; perante este cenário, as vitimas assolam sentimentos de tristeza, angústia, ansiedade, medo e desilusão, entre outros. Apesar de a vítima entrar em negação sobre esta situação, a mesma oculta os factos das outras pessoas e, muitas vezes, pensa que fez algo de errado para justificar o comportamento violento do agressor; a temporalidade desta fase pode durar dias ou anos, com o aumento em escalada destes atos agressivos, tenderá a direcionar a vítima para a segunda fase do ciclo da violência. Isto significa que a segunda fase equivale à explosão do agressor, ou seja, escassez de controle com término em atos físicos de violência, seja verbal física, psicológica, moral ou patrimonial. Nesta fase, a vítima consciencializa-se que o parceiro está descontrolado e exerce um elevado poder aniquilador em relação à sua vida, pelo que nesta surge um sentimento de paralisia e de impossibilidade de reação. Nestes casos, a vítima sofre uma tensão psicológica severa (insónia, perda de peso, fadiga constante, ansiedade) e exhibe sentimentos de medo, ódio, solidão, pena de si mesma, vergonha, confusão e dor. Dito de outra forma, estes sentimentos e sensações negativas, não invalidam per si, que nesta fase, a vítima enverede por um processo de tomada de decisão face à situação destruidora em que se encontra, que pode passar por pedir ajuda, denunciar, esconder-se na casa de amigos e parentes, pedir a separação e, em último, pode levá-la ao suicídio. A última e terceira fase respeita ao arrependimento ou assunção de comportamentos carinhosos pelo agressor face à vítima, ou seja, é a “lua de mel”. As atitudes díspares daquele confundem a vítima e pressionam-na a manter a sua relação perante os outros, particularmente quando existem filhos; esta acalmia incrementa a responsabilidade da vítima perante o agressor, o que acresce a sua relação de dependência para com o mesmo e de culpabilização. Após esta fase, a tensão reaparece e retorna-se à fase um, com o reinício da agressão. Também Landenburger (1989) explanou este ciclo, mas incluiu uma quarta fase que respeita à recuperação e caracteriza-se pelo processo de empoderamento, apanágio e libertação final e consumada das vitimas.

Este ciclo tem a seguinte imagem gráfica (Figura 1).



Figura 1 – Ciclo de violência doméstica (elaboração própria)

Todas estas aspetos vão ao encontro da literatura anteriormente revisada, evidenciando a gravidade, severidade e os efeitos nefastos a montante e a jusante da violência doméstica, o que exige uma abordagem holística e abrangente ao nível da saúde pública e com contornos sociológicos, psicológicos e culturais. A necessidade desta perspetiva, focada na saúde e na assistência à saúde para vítimas de violência doméstica, entendida como um instrumento de auxílio crucial para as mesmas, direciona a pesquisa aqui apresentada para a próxima seção.

CAPÍTULO 3

Violência Contra as Mulheres e Saúde

3.1. O Requisito de uma Noção Alargada de Saúde

Apesar de todos os esforços, legislação e das posições assumidas por várias organizações, a violência doméstica foi durante muito tempo um tema censurado na vida diária de muitas famílias, eclipsado pela sociedade, incógnito para os meios de comunicação e afastado dos discursos políticos (Matos, 2006). Contudo, a sua tendência crescente, o cada vez maior reconhecimento dos direitos das mulheres e dos efeitos desta violência nos indivíduos e na sociedade, levou à transição para uma situação oposta, questionando-se o lugar e os papéis atribuídos à mulher na sociedade contemporânea (Lino, 2012; Villela & Monteiro, 2005), entendendo-se a desigualdade de gênero como geradora de violência.

Corroborando estas constatações, a OMS, em 2002, no seu Relatório Mundial Sobre Saúde e Violência, tinha especificado planos e estratégias de prevenção (Minayo, 2006), definindo violência como *“the intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation”* (Krug et al., 2002, p. 5). Neste contexto, os mesmos autores (Krug et al. 2002a, p. 1084) afirmaram que *“this particular definition encompasses all types of violence and covers the wide range of acts of commission and omission that constitute violence and outcomes beyond deaths and injuries.”* Para Agudelo (1990, p. 1), a *“violência afeta a saúde porque ela representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima”*.

No final da década de 90 do século XX, a partir de vários documentos e portarias, a OMS assumiu a violência contra a mulher como um grave problema de saúde pública devido à sua grande prevalência e às consequências para as pessoas (Hasse & Vieira, 2014; Vieira et al., 2011). Todavia, para a violência ser entendida como pertencente ao campo da saúde são importantes dois aspetos: (1) o alargamento do conceito de saúde, que considera qualquer ofensa e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações

interpessoais e à qualidade de vida como parte da sua atuação; e (2) o facto de a violência afetar profundamente a vida e a saúde das pessoas, além de ter alto potencial de morte (Hasse & Vieira, 2014; WHO, 2012). Ainda nesta década (1997), a OMS organizou uma Conferência Internacional sobre saúde, com todos os países membros, para debater e redimensionar o fenómeno da violência contra as mulheres como uma questão de saúde social e coletiva. Isto quer dizer que é o setor da saúde que deve atender essas vítimas no atendimento de urgência, no tratamento e na reabilitação (De Tilio, 2012), pois, para este autor, a saúde pública diz respeito à melhoria das condições de vida para o maior número de pessoas, tendo como preocupação a prevenção dos problemas de saúde e acréscimo de melhores cuidados e segurança para as populações, pela implementação de ações coletivas e multissetoriais (e.g., saúde, direitos e justiça, segurança, educação e assistência social), como uma forma de fazer face a este fenómeno (De Tilio, 2012).

As estatísticas comprovam esta preocupação. A APAV (2009) destacou que o maior volume de violência acontece no seio familiar, com incidência na mulher, similarmente ao que se passa na Austrália, Canadá, Israel, África do Sul e Estados Unidos da América (EUA), onde 40% a 70% das vítimas femininas foram mortas pelos seus parceiros em situações abusivas (Krug et al., 2002a). Para Garcia-Moreno et al. (2002), esta incidência é o espelho de as mulheres estarem numa situação de dependência emocional e financeira com o seu agressor, o que tem implícito implicações particulares na dinâmica do abuso e nas estratégias para lidar com o mesmo (Lino, 2012). Todos estes fatores a montante da violência, implicam que esta não deve ser encarada apenas como um ato per si, o que representa um desafio para que se integre as questões socioculturais no atendimento nos serviços de saúde às vítimas de violência doméstica (Quemada & Prieto, 2004). Porém, este ainda é um desafio que está aquém das expectativas, pois tem prevalecido alguma dificuldade na área da saúde em trabalhar com os fatores socioculturais (Natan & Rais, 2010), pelo que o seu uso tem decorrido mais no âmbito teórico (Lino, 2012).

Além de atender as vítimas de violência doméstica, os profissionais de saúde têm a função de elaborar estratégias de prevenção, de modo a promover a saúde. Logo, a violência, embora não seja um objeto restrito e específico da área da intervenção em saúde, está intrinsecamente ligado a ela, na medida em que este setor participa do conjunto das questões e relações da sociedade. A sua função tradicional tem sido cuidar as agressões físicas e emocionais geradas pelos conflitos sociais, sendo que hoje procura ultrapassar o seu papel apenas curativo, definindo medidas preventivas destas agressões

e de promoção à saúde, no seu conceito ampliado de saúde e bem-estar individual e coletivo (Deslandes & Minayo, 1998).

Assim, no sentido do que já foi afirmado em cima, considerar a violência contra as mulheres como uma questão de saúde exige uma conceção alargada da noção de saúde, que vá para além da dimensão bio fisiológica, e que reconheça a sua dimensão social, a vários níveis, assim como a inter-relação entre eles. Para tal, é necessário ultrapassar o modelo biomédico, o dualismo cartesiano que o fundamenta e a visão mecanicista do corpo que subescreve. *“A visão mecanicista, que conceptualiza o corpo como uma máquina desligada do meio social, negligencia a importância e a influência do contexto social e cultural dos indivíduos (nomeadamente no que respeita aos efeitos das desigualdades sociais)”*, assim como *“privilegia a assistência à saúde centrada no indivíduo e na doença, voltada para o diagnóstico e a terapêutica, o tecnicismo e as relações impessoais (...)”* (Augusto, 2020, p. 462).

Numerosos estudos sugerem que as vítimas de violência doméstica enfrentam na prática questões colocadas pelos médicos sobre como ocorreu o abuso que experimentaram (e.g., Caralis & Musialowski, 1997; McCauley et al., 1998). Assim, tal como acontece com a saúde, a violência doméstica deve ser vista como um fenómeno multidimensional e complexo. Sabemos que ainda persiste alguma hegemonia do modelo biologista na formação do saber em saúde. Para alguns autores (e.g., Guedes et al., 2009), deve existir uma abordagem de fatores transversais ligados ao fenómeno da violência, como o género e o status socioeconómico, para se evitar um reforço de um conceito limitado de saúde e de práticas reféns do modelo biomédico. Como consequência desse conceito restrito, a assistência fica limitada e sem hipótese de articulação com outros setores que poderiam ter respostas possíveis à violência (Guedes et al., 2009). Além disso, se a relação terapêutica se focar na biologia e no aspeto curativo, dificilmente criará abertura para a necessária confiança, por parte da vítima, para denunciar o abuso, e a necessária empatia, por parte do profissional de saúde, para olhar para lá das mazelas do corpo da vítima e procurar compreendê-la no âmbito do seu contexto social e da sua biografia particular.

Isto significa que o conceito de saúde deve ser alargado e ir para além da intervenção meramente baseada no modelo biomédico. Embora os médicos desempenhem um papel particularmente poderoso no diagnóstico e legitimação da doença, a intervenção destes profissionais, muitas vezes, limita-se ao diagnóstico e ao tratamento dos sintomas e sinais - as lesões físicas ou os problemas de saúde mental. Ao reconhecer que as mulheres

têm um problema que não é apenas do foro médico, mas que resulta de uma questão social e política numa sociedade patriarcal, os médicos têm um papel a desempenhar, de reconhecimento do abuso, de encaminhamento das mulheres, participando numa intervenção integrada, que reconhece a violência doméstica não apenas como um problema pessoal, mas também uma questão política que urge resolver.

Uma pesquisa realizada nos EUA sugere que poucos médicos ou outros profissionais de saúde identificam lesões, como por exemplo, parceiros do sexo masculino (Kurz & Stark, 1988) e que esta falha é ela mesma psicologicamente prejudicial para as mulheres (Warshaw, 1993). Os médicos tratam apenas as lesões físicas e satisfazem assim a sua obrigação médica (Warshaw, 1993), mas não conseguem reconhecer e abordar a causa subjacente dos ferimentos das mulheres. Trabalhando dentro de um modelo médico, estes profissionais medicalizam os problemas das mulheres e passam a vê-los como causa dos seus problemas de saúde. Os problemas secundários de saúde que as mulheres desenvolvem são rótulos individualizados e psiquiátricos. Kurz e Stark (1988) argumentam que a equipa médica sente-se desconfortável ao tratar mulheres que foram agredidas pelos seus parceiros, e rotulando-as como "*evasivas*" e "*repetidoras*". As mulheres argumentam que os profissionais de saúde não conseguem reconhecer que a violência doméstica é o problema; a violência nas vidas das mulheres é a causa dos seus sintomas. Isso pode exacerbar o sentimento de aprisionamento das mulheres e, portanto, contribuir para a vitimização (Abbott & Williamson, 1999).

Stark e Flitcraft (1996) identificaram quatro mitos que influenciam as conceções médicas: (1) que a violência é rara, (2) as mulheres são agredidas por causa da sua psicopatologia, (3) que as mulheres são responsáveis pela violência, e (4) que a violência, se não for aceitável, é uma parte inevitável da existência feminina. Warshaw (1993) sugere que é provável que os médicos vejam a situação apenas como um problema de índole doméstica, e não querem envolver-se na vida "*privada*" das pessoas. No entanto, ela continua a argumentar que o principal impedimento para o diagnóstico e intervenção médica é o domínio do modelo, que resulta na medicalização. O quadro médico significa que as lesões das mulheres são desincorporadas e descontextualizadas - as lesões físicas são diagnosticadas e tratadas sem qualquer reconhecimento de como elas foram causadas - ou, frequentemente, qualquer tentativa de descobrir como elas foram causadas. Notas médicas raramente registam como as lesões foram causadas ou quem as provocou. O papel do médico é aqui visto como tratar os ferimentos; a boa prática médica é entendida como tratamento de dimensões biopsiquiátricas individuais do problema. Neste âmbito, a prescrição de analgésicos pode realmente prolongar as relações violentas

amortecendo a dor e oprimindo, tornando mais difícil para as mulheres para avaliar as suas opções ou tomar decisões para se protegerem (Abbott & Williamson, 1999).

Um estudo desenvolvido por Guimarães et al. (2018), objetivou desenvolver um modelo de abordagem da violência baseado no fluxo de atendimento dos serviços de apoio e detecção de casos, e os resultados mostraram que a equipa de saúde ainda não está preparada para responder adequadamente e dar atenção necessária para os casos de violência. Estes profissionais ainda são restritos a intervenções curativas para os sinais e sintomas evidentes em casos de violência física (Guimarães et al., 2018).

Sendo a violência um problema de múltiplas faces, que tem as suas origens na construção histórica, cultural e social das relações de género, a intervenção e a prevenção devem-se fundamentar na desconstrução e reconstrução dessas relações perante os indivíduos, as famílias, as comunidades e a sociedade como um todo, com vista a se poder produzir e desenvolver estratégias eficazes de intervenção e prevenção e poder levar essas estratégias aos espaços sociais, onde a violência é construída e legitimada (Guedes et al., 2009).

3.2. Violência Contra as Mulheres como um Problema de Saúde Pública

Maioritariamente, os casos de violência são no domicílio das vítimas (Neumann, 2002), afetando sobretudo as mulheres, sendo que a mesma pode impactar direta ou indiretamente em todos os membros da família, nas várias fases de suas vidas. A violência contra as mulheres é um fenómeno omnipresente que corta as fronteiras da sociedade. Devido às suas graves consequências sobre a saúde física e psicológica, tem vindo gradualmente a ser vista como um problema de saúde pública (Caracci, 2003). Um vasto corpo de literatura documenta o amplo impacto que a violência tem na saúde física das mulheres (Römkens, 1997). As consequências incluem lesões de vários tipos, síndromes de dor crónica, distúrbios gastrointestinais e fibromialgia (McCauley et al., 1997). Não obstante, as agressões sofridas por mulheres dentro de relações afetivas geram um sofrimento que vai além das lesões corporais deixadas pelo ato violento. A vítima sofre marcas psicológicas que muitas vezes extrapolam o sentido que as lesões físicas podem ter provocado. Deste modo, podemos inferir que as mulheres que sofrem agressões físicas têm também um outro tipo de sofrimento que atinge a sua subjetividade (Guimarães et al., 2018). Para a OMS (2002) e Almeida (2008), a ocorrência da violência afeta não só o bem-estar da mulher, mas também a sua família e comunidade.

No tocante à violência psicológica, as vítimas sofrem humilhações por parte dos agressores, no intuito de denegrir a imagem da mulher. Este tipo de violência compromete a saúde psíquica da mulher, provocando à vítima um sofrimento intenso, conduzindo à construção de crenças de desvalorização e autodepreciação, comprometendo a sua autoestima (da Fonseca et al., 2012). De facto, muitas das consequências em saúde mental estão associadas à diminuição da autoestima e autoconceito. Vivemos numa sociedade que valoriza cada vez mais o corpo, e sabemos que a autoimagem faz parte do processo de construção da identidade. Quando uma mulher é ferida em relação à sua imagem, o que normalmente acontece num processo de desvalorização e menorização por parte do agressor, isso pode ter uma consequência psicológica grave, devido à potencial interiorização da visão daquele. Este tipo de violência é considerado, por muitos profissionais, como uma violência silenciosa, a qual se repercute de modo avassalador na saúde da mulher (Guimarães et al., 2018).

Também Gomes et al. (2012) afirmam que a violência doméstica traz para a mulher problemas de saúde que se sobrepõem aos danos físicos provocados pelas agressões, tais como sejam as sequelas de carácter emocional e moral que trazem implicações psicológicas para a sua saúde, as quais, muitas vezes, são de difícil identificação pelos profissionais de saúde. Trata-se de lesões que não são visíveis e os sintomas muitas vezes fogem do aspeto clínico, em termos de diagnóstico.

Os efeitos comuns da violência sobre a saúde estendem-se também ao nível da saúde reprodutiva, e tendem a incluir doenças transmissíveis, doença inflamatória pélvica, gravidezes, distúrbios ginecológicos, infertilidade, abortos inseguros, e disfunção sexual. A violência contra as mulheres grávidas tem sido associada ao aborto espontâneo, lesão fetal, parto prematuro e peso baixo ao nascer (Curry, Perrin, & Wall, 1998). As mulheres têm 16% mais hipóteses de gerar recém-nascidos de baixo peso, são duplicadas as possibilidades de aborto, existe quase o dobro de possibilidade de depressão e 1,5 vezes mais hipóteses de se infetarem pelo HIV, em comparação com mulheres que não sofreram estes tipos de violência (Lilia Blima Schraiber, D'Oliveira, & Couto, 2006).

Devido a esta ampla gama de efeitos adversos sobre a saúde, as vítimas tendem a usar, cada vez mais, os serviços de saúde e por períodos mais longos do que as mulheres que não foram vitimadas (Caracci, 2003). Walker et al. (1999) consideraram que os custos relacionados com a saúde são 2,5 vezes maiores nestas mulheres do que nas que não foram alvo de violência. Vários estudos referem elevadas situações de violência doméstica nos serviços de saúde, já que, dada a gravidade progressiva da situação, as vítimas recorrem várias vezes a este tipo de serviços. Contudo, apesar desta situação,

nem sempre a violência doméstica é reconhecida pelos profissionais de saúde (Andrade & Fonseca, 2008).

As mulheres, frequentemente, experimentam violência durante a gravidez (Casey, 1989). Uma investigação no Royal Women's Hospital, em Brisbane, Austrália, concluiu que 30% das mulheres entrevistadas eram vítimas de violência doméstica e 6% estavam em relações violentas no momento da entrevista (Webster, Chandler, & Battistutta, 1996). Em Londres, estima-se que 100.000 mulheres por ano procuram tratamento médico para lesões que recebem como resultado de violência por parte dos seus parceiros do sexo masculino (Abbott & Williamson, 1999).

As mulheres que são vítimas de violência doméstica sofrem de problemas ao nível da saúde, bem como na sua qualidade de vida. Por exemplo, Caracci (2003) chamou a atenção para o facto de adicionalmente às questões de saúde, se somar o elevado risco de desemprego ou empregos precários, associados ao seu baixo desempenho profissional. A experiência da violência está relacionada com problemas de depressão, suicídio, abuso de drogas e álcool, com queixas vagas, como cefaleias, distúrbios gastrintestinais e sofrimento psíquico em geral. Nestes casos, as mulheres procuram com mais frequência os serviços de saúde, mas, paradoxalmente, a violência não é registada nos diagnósticos realizados (Andrade & Fonseca, 2008), o que pode significar que, nesses casos, a mesma não terá sido abordada pelo médico. Dada a extensão da violência física, mental e sexual que as mulheres experimentam às mãos dos seus parceiros, é importante investigar as suas consequências para a saúde e o papel que os profissionais de cuidados de saúde podem assumir.

As mulheres que vivem relacionamentos violentos têm problemas de saúde mais significativos do que as mulheres que não vivem tais relacionamentos. O impacto psicológico da violência doméstica pode ser mais debilitante do que as lesões físicas. Miller (1990) descobriu que uma relação violenta era, para as mulheres, um forte preditor de alcoolismo, e as mulheres que sofrem violência de um parceiro íntimo são mais propensas a tentar o suicídio. Aliás, *“uma revisão bibliográfica sublinha a provável importância da violência masculina como causa do suicídio feminino”* (Stark & Flitcraft, 1995, p. 43) Adicionalmente, Devries et al. (2011) sublinharam que existe uma forte associação de sentimentos e de tentativas suicidas com a violência contra as mulheres. Há também a longo prazo problemas de saúde vários e distintos (Almeida, 2008; OMS, 2002; Souza, 2007).

As mulheres que vivem com homens violentos tendem, assim, a desenvolver problemas de saúde como consequência da violência repetida e do medo deste tipo de experiência (Abbott, 1999). Os processos violentos inibem, modificam e enfraquecem tanto a qualidade como a capacidade de vida dos indivíduos. Vários estudiosos (e.g., Duffy et al., 1999; Eisenstat & Brancroft, 1999) observaram que se torna cada vez mais necessária uma epidemiologia da violência, inclusive uma epidemiologia dos problemas psiquiátricos gerados por ela.

Muitas mulheres que procuram serviços de saúde são vítimas de violência doméstica. Estudos realizados em diferentes contextos de cuidados de saúde (por exemplo, urgência, cuidados primários) sugerem que aproximadamente 10% a 50% das mulheres que procuram cuidados médicos encontram-se em relações abusivas ou têm histórias de violência física (e.g., Duffy et al., 1999; Eisenstat & Brancroft, 1999). Por outro lado, existem pesquisas que mostram claramente que, em todo o sistema de saúde, a prevalência de mulheres que lutam com o impacto da violência doméstica, tanto nas suas relações atuais, quanto durante o período de vida, é elevada (Abbott et al., 1995; McGrath, Hogan, & Peipert, 1998). Além disso, a investigação sugere também que a violência doméstica tem um forte impacto sobre as vítimas, tanto em termos de problemas de saúde física e mental, quanto de custos de saúde (Coben, Forjuoh, & Gondolf, 1999).

Todos os tipos de violência provocam danos ao nível da saúde. A violência psicológica é o tipo de violência que não deixa marcas visíveis, mas tem efeitos nefastos na saúde mental das vítimas de violência praticada pelo parceiro, e que tem como consequências transtorno de ordem emocional, depressão, ansiedade, baixa autoestima, insônia e transtornos de humor (Lilia Blima Schraiber et al., 2006). Contudo, essas formas de violência consideradas como as mais subtis, silenciadas, e que ocorrem no interior do seio familiar, provocam nas mulheres vítimas de violência danos ao nível da saúde que vão para além das formas de manifestações mais visíveis (Guedes *et al.*, 2009). Embora se preveja que os maus tratos se revelem em mazelas físicas, o ato de agressão física gera angústia e ansiedade, cujas manifestações passam por vários sintomas indefinidos, mas que devem ser apreciados na definição de um diagnóstico de violência, como por exemplo, as dores abdominais, as torácicas ou as pélvicas crónicas, os problemas de digestão, de sono, as dores de cabeça e musculares não específicas, a fadiga crónica, as dores de costas, e as arritmias (Manita et al., 2009; Quemada & Prieto, 2004). É ainda essencial que, quando as vítimas exibam dificuldades no reconhecimento da origem dos

maus-tratos, os profissionais de saúde indagam junto de outros profissionais essa confirmação (Quemada & Prieto, 2004).

São cada vez mais evidentes os sinais de alterações no corpo de vítimas de violência doméstica, que podem passar por um “*adormecimento*” sensorial (menor sensibilidade interoceptiva) e afetivo, consequências próprias de depressão (apatia, desinteresse, inércia, tristeza, perda de libido) e do stress pós-traumático (bloqueio, confusão, insónias, pesadelos, híper vigilância) (Tsur et al., 2018; Van der Kolk, 2014). Existem “*dados epidemiológicos que indicam uma prevalência considerável de sintomas de depressão, ansiedade, stress pós-traumático, alterações do comportamento alimentar, abuso de substâncias e despersonalização entre mulheres vítimas de violência doméstica, sendo que a intensidade e duração da violência, bem como a violência sexual parecem ser agravantes na cronicidade desses sintomas*” (Bennice et al., citados por Machorrinho, 2019, p. 214). Embora a depressão, por um lado, e a ansiedade e o stress pós-traumático, por outro, possam parecer condições opostas, todas se evidenciam numa incapacidade da vítima para sentir e controlar o seu corpo e as suas emoções, o que provoca sentimentos de medo, de frustração e de incapacidade (Grossi et al., 2020). Em suma, a violência contra as mulheres tem inúmeras consequências, para a saúde das mesmas, incluindo ferimentos, síndromas de dor crónica, gravidezes acidentais e não desejadas, complicações da gravidez, infeções sexualmente transmitidas e um grande número de problemas de saúde mental (APAV, 2009).

A violência doméstica é, assim, um problema social de segurança e saúde pública, que tem impactos na saúde das mulheres e nas suas relações sociais, implicando uma clara e frequente procura dos serviços de saúde, originando custos financeiros e humanos. Considerando o elevado número de casos de violência doméstica, e os seus grandes impactos na saúde, existem vários estudos (e.g., Abbott & Williamson, 1999; Stark & Flitcraft, 1996) que mostram como os fatores ligados a este fenómeno são de grande interesse para dar visibilidade a este grave problema e implementar políticas públicas que contribuem para a diminuição deste tipo de violência contra as mulheres.

Segundo Krug et al. (2002), o incremento da procura dos serviços de saúde por parte destas vítimas, acresceu substancialmente os custos nos serviços de urgência, cuidado médico e reabilitação, que são muito mais onerosos do que a maior parte dos cuidados convencionais em saúde. De qualquer forma, a violência contra mulheres é um grave problema de saúde pública, pelo que o volume de custos adicionais não deve originar a negligência destas vítimas pelo sector da saúde, seja no atendimento de urgência, na

reabilitação das vítimas e no desenvolvimento de estratégias de prevenção do problema (Minayo, 2006). Lisboa et al. (2003) também refletiram sobre os custos da violência doméstica. Custos sociais (família, amigos e atividade profissional), custos com a saúde física (recursos a serviços de saúde e incapacidade), com a saúde psicológica, custos ao nível da educação (tanto no que concerne às vítimas como no que respeita aos seus filhos). Contudo, como o coordenador do estudo afirma, “os custos sociais deste fenómeno são difíceis de medir” (Lisboa et al., 2003, p. 89). Na verdade, ainda que estas consequências recaiam de forma desproporcional sobre as vítimas, elas também se fazem sentir sobre a sociedade, como um todo.

3.2. Papel dos Profissionais de Saúde na Violência Doméstica

As mulheres que sofrem violência são utentes frequentes dos cuidados de saúde primários (CSP), logo os enfermeiros de família estão, conseqüentemente, numa posição privilegiada para identificar e apoiar as vítimas deste tipo de violência, incluindo a sua referenciação para apoios psicossociais, legais e outros; a sua intervenção permite reduzir o impacto da violência na saúde e no bem-estar da mulher e da família, e pode igualmente ajudar a prevenir futuros episódios de violência.

A assunção de que o problema da violência doméstica é gravíssimo, não é impeditivo que este seja rastreado de forma eficaz nos serviços de saúde gerais, pois é consensual a existência de sintomas tipificados nestas situações (Aghakhani et al., 2015). Também é comumente descrito que o rastreio é o primeiro passo para se enveredar para uma estratégia de controlo da violência doméstica (Khadivzadeh & Erfanian, 2011). Esta linha de pensamento evidencia a importância da atuação dos profissionais de saúde, pois como argumentaram Babaee, Tehrani-banihashem, Asadi-aliabadi e Sheykholeslami (2021, p. 95), “*in contrast, any delay in the early detection of this phenomenon can cause serious harm to the well-being of women and children*”, embora ainda subsistam “*(...) less evidence-based approaches in primary health care services for the prevention and control of Domestic Violence against women.*”.

Das conclusões de Babaee et al. (2021) emerge que a violência contra as mulheres é um fenómeno de abrangência nacional e de custos relevantes para os países, pelo que o estudo da relação existente entre esta e a saúde, nas suas várias dimensões, afigura-se da maior importância. Esta importância reside no facto de a violência doméstica ser cada vez mais vista como um problema de saúde, com implicações para a saúde física e emocional imediata e a longo prazo e para o bem-estar das mulheres. Idealmente, as

organizações de cuidados de saúde podem ser vistas como um local para aumentar a intervenção da violência doméstica e oferecer uma assistência adequada.

Os cuidados de saúde primários (CSP), por definição, estão focados na perspectiva biopsicossocial e, como tal, deveriam estar preparados para lidar com questões problemáticas a jusante da enfermidade orgânica, tal como a violência doméstica. Neste cenário, os profissionais de saúde dos CSP são atores cruciais para despistar e acompanhar estes casos, já que reúnem condições para manter o contacto direto com a vítima e com todos os membros da família, promovem a globalidade, a continuidade e a integralidade dos cuidados prestados e, acima de tudo, estabelecem uma relação de confiança com as suas utentes (vítimas). Deste modo, os serviços e profissionais de saúde, nos quais se incluem os enfermeiros, ocupam uma posição privilegiada para detetar e intervir precocemente em situações de violência doméstica, pois normalmente são o elo de contacto entre o sistema de saúde e a vítima/família, em que a sua agilidade profissional, a sua experiência, para reconhecer e intervir nestas situações, poderá eventualmente funcionar como a única “*boia de salvação*” para as vítimas (Manita et al., 2009).

Sendo esta a situação ideal, verifica-se que, apesar de ter vindo a ganhar visibilidade nos últimos anos, quer a nível nacional quer internacional, a violência contra as mulheres continua a ser negligenciada por muitos setores da sociedade, inclusive o setor da saúde. Torna-se, por isso, premente que os profissionais da área da saúde encarem este flagelo como parte integrante da sua prática clínica e, nesse sentido, se preparem para uma situação de denúncia em que o apoio total à vítima e a tentativa constante de reabilitação do agressor sejam as prioridades (Silva, 2018). Assim, torna-se imperativo que todos os profissionais do setor da saúde, especialmente os médicos, saibam como abordar, diagnosticar e intervir nestas situações, garantindo o seu dever de segredo médico e de confidencialidade, argumentou o mesmo autor.

Sob uma outra perspetiva, os reflexos da violência são claramente compreendidos no âmbito dos serviços de saúde, quer pelos custos que representam, como pela complexidade do seu atendimento (Deslandes, Gomes, & Silva, 2000). Desta forma, o setor da saúde desempenha um papel essencial no contexto da violência doméstica. Todavia, os profissionais desta área tendem a subavaliar a importância deste fenómeno (de Moura & Reichenheim, 2005), direcionando as suas atenções somente para as lesões físicas, pelo que raramente se empenham em prevenir ou diagnosticar a origem das ofensas (Deslandes, 1999). Esta situação estará relacionada com a falta de preparação

profissional (formação), ou simplesmente, com a decisão de não se envolverem com os casos que reportam ofensas. De acordo com D'Oliveira e Schraiber (1999) e Saliba et al. (2007), os profissionais de saúde tendem a compreender a violência doméstica como uma problemática adstrita aos campos da Segurança Pública e da Justiça, e não da assistência médica. Na verdade, a noção ainda existente de que a violência doméstica constitui uma questão do domínio doméstico, e por isso privado, conjuntamente com a falta de uma consciência da prevalente desigualdade de gênero, e dos seus efeitos sobre as mulheres, nomeadamente ao nível da violência, pode contribuir para que os profissionais de saúde sintam que o seu papel não é o de intervenção sobre o fenómeno, mas sim sobre a vítima, no sentido mais individualizado (curativo) desta intervenção.

A ideia de que a intervenção em violência não inclui a vertente da saúde deve ser veementemente contestada, porque os profissionais da área de saúde têm um importante papel a desempenhar na identificação, tratamento e encaminhamento de casos de violência. Estudos realizados em vários países têm destacado a necessidade de educação continuada para profissionais da área de saúde, relacionada com o reconhecimento e relato de sinais e sintomas de violência, como postulado pela WHO (Krug et al., 2002). Todavia, a prática quotidiana desses profissionais de saúde revela dificuldades de intervenções efetivas no caso de violência doméstica contra as mulheres. Outra questão importante, segundo Minayo (1994), é o efeito da violência sobre a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde, sobretudo quando as pessoas envolvidas nos conflitos afetam os profissionais, pelas ameaças, pelos danos físicos e/ou psicológicos. Segundo a autora, tais situações são frequentes nos hospitais, nas urgências e, até, nos Centros de Saúde.

Por fim, os profissionais de saúde podem ser os primeiros a detetar os casos de violência, no entanto, o não reconhecimento do papel do profissional nesta questão é um fator impeditivo para o encaminhamento e tratamento das vítimas e agressores. Contudo, para Bandeira (2014), a principal barreira nesta questão é a falta de formação de profissionais para lidar com as vítimas, mas também o impacto subjetivo nelas provocadas pelo trabalho com o quotidiano da violência.

3.2.1. A formação para a intervenção/assistência em violência doméstica

Até recentemente, o campo da saúde olhava o fenómeno da violência doméstica como um mero espetador, um contador de eventos, um reparador dos danos provocados

(Hasse & Vieira, 2014). No sentido do antes referenciado, esta situação pode estar relacionada com simples decisão de não querer envolver-se neste tipo de situações ou com a falta de formação profissional. Por outro lado, a tendência para a medicalização dos casos e a pouca articulação entre os diferentes setores da sociedade, assim como outros fatores como a insensibilidade, o tabu, o medo, o preconceito e a falta de capacitação dos profissionais de saúde, tornam o problema da violência ainda mais complexo e de difícil abordagem (Marinheiro, Vieira, & Souza, 2006). Muitas vezes, as próprias mulheres vítimas de violência não divulgam a situação por razões diversas, como o medo, a dependência financeira e afetiva do parceiro, o estigma, entre outros motivos (Mafioletti, 2010). Segundo Day et al. (2003), os profissionais de saúde mantêm ainda uma posição de falta de informação, indiferença, negação e medo em relação à violência doméstica e as suas consequências, bem como na detecção e prevenção de situações perigosas (em risco).

Guimarães et al. (2018) observaram que a maioria dos cursos ligados à área da saúde não possuem nos seus currículos e programas de educação, a formação e aspetos relacionados com a violência. Por isso, os profissionais de saúde não se encontram preparados para oferecer um cuidado que tenha impacto efetivo à saúde das vítimas. A falta de preparação do profissional de saúde em lidar com as vítimas de violência que recorrem ao seu serviço, deve-se, possivelmente, ao desconhecimento acerca de como proceder face a esses casos (Hasse & Vieira, 2014). Neste contexto, e ao certificar as consequências que a violência traz para a saúde das mulheres, é importante realçar a necessidade de formação dos profissionais de saúde para lidarem com estas situações, de forma sensível e eficaz em relação ao paciente violentado (Leal & Lopes, 2005). Deste modo, os profissionais de saúde não devem centrar-se na terapêutica das consequências provenientes da violência, mas também na sua prevenção primária (Guedes et al., 2009).

O estudo de Mendoza-Flores et al. (2006), numa unidade de saúde do México demonstrou que a maior parte dos enfermeiros asseverou que a violência é uma realidade com a qual se confrontam diariamente, mas a abordagem deste problema com essas mulheres é morosa, o que prejudicaria o tempo do atendimento aos restantes pacientes com outras patologias. No mesmo estudo, os resultados evidenciam que os enfermeiros afirmaram que, nos casos de violência, a falta de tempo nas consultas, a ausência de protocolos de detecção e seguimentos destas situações, a saturação dos serviços de saúde, são barreiras institucionais para a identificação destas vítimas. Mas também realçaram as barreiras pessoais, como o desinteresse dos enfermeiros para identificar casos de violência, o incómodo para tratar e identificar este tipo de problemas sociais. Porém, um

elevado número de enfermeiros assinalou a importância da necessidade de os dotarem de competências para lidar com este problema, nomeadamente através de formação no âmbito da violência, de conhecerem as suas estatísticas nacionais e regionais, de conhecer as implicações psicológicas da violência, de estar informado sobre os aspetos legais para apoio às vítimas, de conhecer instituições especializadas para referenciar as vítimas, e de contar com a informação sobre o impacto da violência na saúde das mulheres.

Também num outro estudo de Natan e Rais (2010), num hospital de Israel, verificou-se que apesar de os enfermeiros percecionarem a importância de identificar as vítimas de violência e de prevenir a sua recorrência, não transpõem os seus conhecimentos para o uso da prática clínica, isto é, estes não executam efetivamente práticas para o diagnóstico destas situações, nem preconizam intervenções adequadas. Potencialmente, estas atitudes podem ser compreendidas pela existência de baixas competências e capacidades para tratar estes casos, assim como pela ausência de protocolos nos serviços.

A partir de um estudo levado a cabo com 50 enfermeiros de famílias portuguesas, Oliveira et al. (2020) avançam que 78% destes profissionais refere não ter tido formação em violência doméstica. Embora estes reconheçam que a identificação e o encaminhamento das vítimas são responsabilidade dos profissionais de saúde, reconhecem falta de conhecimentos nesta área.

Para o Gabinete da Secretária de Estado da Saúde (2019), a violência doméstica é, indiscutivelmente, um problema de saúde pública, que dita a adoção de estratégias multissetoriais e de respostas eficazes e rápidas, de múltiplas índoles. Assim, é essencial a promoção da literacia e da prevenção da violência e, ainda, dar continuidade à sensibilização e formação dos profissionais de saúde para a deteção, o mais precoce possível, *“de fatores de risco e de perigo de ocorrência de situações de violência interpessoal, de modo que a resposta possa ser atempada e eficaz.* (Gabinete da Secretária de Estado da Saúde, 2019, p. 142). Nestes cenários de suspeitas ou de confirmação de violência, é necessário agir de forma concertada, protegendo, apoiando e assistindo a vítima através de todos os meios disponíveis, com o intuito de interromper o ciclo de violência, destacou o referido ministério.

O serviço de saúde e os profissionais de saúde tendem a não participar em projetos interinstitucionais, mas os profissionais de saúde estão numa boa posição para desempenhar uma triagem, isto é, proporcionar às mulheres a oportunidade de falar sobre a violência (Abbott & Williamson, 1999). Estes profissionais podem tentar dar

conselhos apropriados e encaminhar as mulheres para várias instituições; também poderão ser eles, ao detetar a violência, a dar início a uma intervenção em rede, envolvendo outras entidades que operam no apoio à vítima. Mais importante de tudo, para Abbott e Williamson (1999), é que estes profissionais possam capacitar as mulheres, explicando-lhes que não é culpa delas, ou seja, que elas não deveriam *"tolerar"* a violência, o que não sugere que a violência doméstica seja um problema médico (embora a lesões físicas e distúrbios de saúde mental, sem dúvida, sejam), que as mulheres ou os seus parceiros tenham um problema médico que *"causa"* a violência e que pode ser tratado. Assim, os profissionais de saúde devem desempenhar um papel para capacitar as mulheres que vivem com episódios de violência (Abbott & Williamson, 1999). Recentemente, Bright, Burton e Kosky (2020, p. 4) salientaram a importância de incluir *"proper training for all those in contact with Domestic Violence victims regarding their needs and an urgent need to assess the physical and emotional needs of Domestic Violence victims"*, precisamente, para os dotar das competências necessárias para lidarem com esses casos, no sentido do que foi proposto por Abbott e Williamson (1999).

A Convenção de Istambul, já antes referida, no seu artigo 20º, ponto 2 define que *"as Partes tomarão as medidas legislativas ou outras necessárias para assegurar que as vítimas tenham acesso a cuidados de saúde e serviços sociais e que os serviços disponham dos recursos adequados e os profissionais sejam formados [sublinhado nosso] a fim de oferecerem assistência às vítimas e de as orientarem para os serviços apropriados"* (Conselho da Europa, 2011, p. 10). Por último, refira-se que em Portugal, o V Plano Nacional Contra a Violência Doméstica, elaborado pela Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG), aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2013, na sua quarta Área Estratégica de Intervenção, tinha como objetivo essencial a qualificação e especialização profissional nas vertentes policial, judiciária, da saúde, da educação e formação. Algumas medidas desse plano passaram por estabelecer protocolos com as Universidades e Centros de Formação para criar ou atualizar módulos disciplinares sobre violência doméstica que possam ser integrados nos currículos académicos, nomeadamente, nas áreas de ciências humanas, sociais, criminais e de saúde e ainda, por promover a qualificação de profissionais de saúde, nomeadamente quem exerça atividades, na área da violência doméstica, nas urgências hospitalares e nos Centros de Saúde, e pela conceção de Guias de Boas Práticas dirigidos a estes mesmos profissionais (CIG, 2013; Lino, 2012).

A Equipe de Análise Retrospectiva de Homicídio em Violência Doméstica (EARHVD)¹, no seu Dossiê 4/2017-VP (Prazeres, 2017, p. 26-27), e no que concerne à área da Saúde, reitera a recomendação formulada no Dossiê nº1/2017-AC, aprovado em 31/10/2017: “a) Que e os/as prestadores/as de cuidados de saúde devem, de forma sistemática, proceder à deteção de risco de existência de violência doméstica e que em todos os processos de triagem sejam colocadas questões objetivas sobre a ocorrência de violência no seio da família, procedendo ao respetivo registo – de acordo com o referencial técnico “Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde” da Direção-Geral de Saúde; b) Que todos/as os/as profissionais dos serviços de saúde documentem as declarações de utentes sobre a violência a que possam estar sujeitos/as e as ocorrências que, neste domínio, detetem no exercício das suas funções; c). Que, sempre que exista a suspeita fundada ou confirmação de violência doméstica, os/as profissionais de saúde forneçam a informação existente sobre recursos de apoio à vítima e que diligenciem pelas medidas de segurança necessárias, bem como pelo relato dessa situação às entidades judiciais, apoiando-se, nomeadamente, no referencial técnico mencionado. 2. Recomenda ainda que todas estas situações devem ser referenciadas também às Equipas de Prevenção da Violência em Adultos – EPVA das respetivas unidades de saúde, as quais podem desenvolver interlocução privilegiada com as outras entidades no âmbito da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica e com as Entidades Judiciais. 3. Recomenda que seja reforçada a formação dos profissionais de saúde [sublinhado nosso] sobre violência nas relações de intimidade, violência contra as mulheres e violência doméstica, incluindo as vertentes da sua deteção e da intervenção subsequente”.

Constata-se, assim, num conjunto de documentos, internacionais e nacionais, a referência ao papel que se espera que os profissionais de saúde desempenhem no âmbito da intervenção em violência doméstica. Contudo, é também vastamente reconhecida a relevância de dotar estes profissionais de competências que lhe permitam dar uma resposta efetiva a essas expectativas, sendo que para tal se afigura necessária formação no domínio da violência doméstica, mas também formação no âmbito da desigualdade de género, dado que é nesse contexto que essa violência deve ser compreendida. Em consonância com o descrito, os serviços de saúde, enquanto instituições, desempenham

¹ Criada na Lei em 2015, foi regulada em outubro de 2016 e entrou em funcionamento em 1 de janeiro de 2017. Tem por missão e objetivos a análise retrospectiva das situações de homicídio ocorrido em contexto de violência doméstica e que tenham sido já objeto de decisão judicial transitada em julgado ou de decisão de arquivamento ou não pronúncia, visando retirar conclusões que permitam a implementação de novas metodologias preventivas ao nível dos respetivos procedimentos e também a produção de recomendações às entidades públicas ou privadas com intervenção neste domínio.

um papel chave na consciencialização dos seus profissionais para a violência e suas consequências, oferecendo aos mesmos a formação adequada, a criação de um ambiente seguro e encorajador para as vítimas que recorrem aos serviços, desenvolvendo protocolos para apoiar as mulheres e adequados sistemas de referência, como parte de uma resposta pluri-institucional e holística à violência, são as linhas principais que se retiram do plano anual de formação conjunta violência contra as mulheres e violência doméstica (Secretária de Estado para a Cidadania e a Igualdade, 2020).

3.2.2. Viés de género na medicina

A intervenção dos profissionais de saúde no âmbito da violência contra as mulheres, e mais especificamente da violência por parte de parceiro íntimo, como já foi referenciado, exige que estes tenham formação nas questões de género, de modo a estarem conscientes da desigualdade de género, das relações de poder que as mesmas implicam, do sofrimento, do medo e da menorização que causam nas vítimas. Contudo, a par com essa falta de formação nas questões de género, a medicina é ainda marcada por um viés de género (*gender bias*), o que torna ainda mais premente a discussão e a análise crítica de género na intervenção em saúde. O viés de género comporta práticas distintas para com os homens e as mulheres, podendo o seu impacto ser positivo, negativo ou neutro (Lenhart, 1993). Os vieses de género podem ocorrer na medicina a diferentes níveis, refletindo-se na forma como são incluídas as questões de género nos planos curriculares dos cursos de medicina e similares, na definição das patologias, na prática clínica e nas políticas de saúde (Poínhos, 2011). Estes diferentes níveis têm ainda impacto uns sobre os outros, potenciando esses vieses.

Durante muito tempo não foi reconhecida a existência de vieses de género na medicina (Zelek, Phillips, & Lefebvre, 1997). Sobretudo ao longo da última década do século XX, começou a ser obtida evidência empírica acerca do possível tratamento médico inadequado das mulheres como resultado de vieses de género (Angell, 1993; Verbrugge, 1989). Na maioria dos casos, o viés reportado é desfavorável para as mulheres, refletindo-se em menores taxas de diagnóstico e/ou tratamento (Risberg, Johansson, & Hamberg, 2009). Esta tendência é verificada logo desde a formação académica, em que alunos de medicina apresentam melhor desempenho em testes, nos casos em que os doentes apresentados nos casos clínicos são do sexo masculino (Hatala & Case, 2000).

Os vieses de género podem ter um maior impacto nas fases iniciais de contacto entre doente e médico, centradas na exploração dos sintomas (Elderkin-Thompson & Waitzkin, 1999). Entre outras diferenças, os profissionais de saúde interpretam mais os

sintomas expressados pelos doentes do sexo masculino como orgânicos e os expressados pelas mulheres como psicossociais (Colameco, Becker, & Simpson, 1983). As diferentes atribuições em relação aos sintomas e o questionamento seletivo em função do género poderão contribuir para as diferenças verificadas em termos de especificidade de diagnósticos. Os doentes do sexo feminino recebem diagnósticos menos específico (Ruiz & Verbrugge, 1997). Por exemplo, Hamberg et al. (2002) mostraram que a taxa de diagnósticos preliminares não-específicos era superior para doentes do sexo feminino, apesar de terem sido usados casos clínicos com igual descrição sintomática entre sexos.

Bertakis et al. (2001) encontraram evidência da existência de viés de género no diagnóstico de depressão, que contribuirá para uma maior taxa de diagnóstico nas mulheres. Entre outros fatores, as diferenças de género no diagnóstico de depressão podem dever-se a uma avaliação diferente pelos clínicos dos sintomas referidos por homens e mulheres, resultante de as doentes mulheres serem consideradas mais emocionais e propensas a problemas psicológicos e psicossomáticos (Colameco et al., 1983).

Os vieses de género não se limitam ao diagnóstico, influenciando também as propostas de tratamento (Hatala & Case, 2000). Os vieses de género no tratamento de certas condições clínicas podem resultar de um viés já ao nível do diagnóstico. Segundo Bickell et al. (1992), o facto de as mulheres serem consideradas mais emocionais e os seus sintomas psicossomáticos (Colameco et al., 1983) levará a que sejam menos referenciadas para bypass. Talvez devido à mesma perceção por parte dos clínicos, verifica-se que são prescritos mais psicofármacos às mulheres do que aos homens (Linden et al., 1999).

À luz dos resultados de Bickell et al. (1992), o viés de género encontrado será favorável aos homens ou às mulheres conforme seja ou não considerada vantajosa uma intervenção mais invasiva (bypass) nos casos em que o seu benefício é reduzido.

Talvez um dos primeiros vieses de género a ser identificado tenha sido a sistemática exclusão das mulheres dos estudos biomédicos e dos ensaios clínicos. Hoje, sabemos que a inclusão de mulheres e a valorização das diferenças entre sexos nos estudos clínicos reconhece a heterogeneidade da população e permite que a evidência obtida seja válida para ambos os sexos, cumprindo a necessidade de que a investigação beneficie os vários grupos populacionais (Poínhos, 2011). No entanto, há investigadores que defendem que o impacto de medidas governamentais na promoção da equidade de género na investigação tem-se revelado pouco eficaz, tanto na participação de mulheres em estudos

quanto na análise de resultados por sexo (Ramasubbu, Gurm, & Litaker, 2001), mesmo em estudos financiados pelo governo (Vidaver et al., 2000). Hatala e Case (2000) sugerem que a redução dos vieses de gênero implicará a ativação conjunta de forças sociais, políticas e educacionais. O montante destas medidas estará o próprio estudo acerca dos vieses de gênero, sua origem e repercussões

Vários estudos verificaram que os serviços de saúde são mais acessíveis aos homens, os quais tendem a ser atendidos mais prontamente (Anson, Carmel, & Levin, 1991). Ruiz e Verbrugge (1997) referem que esta discrepância se deve à noção, infirmada por diversos trabalhos, de que, apesar de mais saudáveis, as mulheres terão uma pior percepção da sua saúde.

Raine (2000) salienta a importância de serem estudados os fatores na origem de um tratamento diferencial de homens e mulheres, de modo a verificar-se até que ponto essas diferenças podem dever-se a vieses de gênero e, conseqüentemente, reduzir a sua influência, e Martim (1996) releva a importância de analisar a frequência com que os estereótipos são usados para fazer inferências e julgamentos acerca do comportamento.

A redução dos vieses de gênero implica maior consciencialização dos valores e atitudes face ao gênero por parte da medicina. Nesse sentido, Hamberg et al. (2002) propõem que seja incitada a reflexão contínua por parte dos médicos acerca da influência do gênero na tomada de decisões clínicas. Na medicina, uma perspectiva que reduza a influência de vieses de gênero implica a consideração das diferenças em termos de papéis e expectativas sociais para homens e mulheres, devendo a construção social da masculinidade e da feminilidade ser tida em conta no exercício profissional. Isto contribuiria para que os profissionais de saúde estejam cientes da existência destes vieses e dos seus efeitos (Risberg et al., 2009).

Risberg et al. (2009) propõem algumas medidas que poderão contribuir para a redução dos vieses de gênero e minimização dos seus efeitos. Ao nível das situações de contacto com os doentes, será importante que o clínico reflita e avalie se a investigação do caso clínico e as propostas terapêuticas teriam sido diferentes caso o doente fosse do sexo oposto e, em caso afirmativo, em que medida essas diferenças podem resultar da expressão de vieses de gênero. Os autores salientam também a importância de promover a tomada de consciência destes aspetos ainda durante o período de formação dos médicos e de serem tomadas medidas que visem reduzir a disparidade entre sexos não baseada na evidência nos programas de investigação e políticas de saúde, nomeadamente através de uma avaliação documental mais cuidada.

É ainda imprescindível que os enfermeiros, por exemplo, entendam os estereótipos sociais de género e de violência nas relações afetivas, para evitar que eles próprios exteriorizem atitudes e comportamentos que obstruam um atendimento despojado de preconceitos, com o intuito de proporcionar uma relação profissional aberta às necessidades das utentes. Nesta relação terapêutica e médica, estas questões estão presentes, de modo espontâneo e inconsciente, não negligenciando o facto de que nas mesmas existe um confronto de crenças leigas, de crenças fundamentadas do saber científico do profissional e das expectativas de uns e de outros (Branco, 2007).

Hamberg et al. (2002) sugerem a inclusão do estudo das teorias de género e discussão sobre atitudes face ao género nos currículos académicos de modo a aumentar a consciência da existência de vieses de género. Também Verdonk et al. (2009) propõem que a consciencialização das questões relacionadas com o género e sua influência na saúde deva processar-se através da sua incorporação nos currículos. A favor da importância desta medida, Alexanderson, Wingren e Rosdahl (1998) verificaram que os manuais médicos apresentam uma norma masculinizada. Já Hatala e Case (2000) destacam a importância de monitorizar os efeitos dos novos currículos no desempenho clínico dos estudantes.

Para concluir, é relevante acrescentar que o viés de género pode ser consciente ou inconsciente e manifestar-se de modo mais explícito ou mais subtil. E pode mesmo ocorrer quando os profissionais procuram ter uma atitude neutra e isenta de género, constituindo, neste caso, o que se designa por *gender blindness*. Esta invisibilidade de género tem lugar quando este não é considerado em situações nas quais ele é efetivamente relevante. Ou seja, quando se pressupõe uma igualdade em situações em que se verificam diferenças, quer seja ao nível das circunstâncias e condições de vida, ao nível dos riscos, ou outras.

3.3. A Intervenção da Violência Contra as Mulheres no Âmbito da Saúde

Como já referido, a violência contra a mulher é um tema que durante muito tempo foi tratado como um exclusivo das esferas do direito e da segurança pública. Até há pouco tempo, a área da saúde observava este fenómeno como mero espetador, um calculista de dados, um restaurador dos danos provocados. No final da década de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) assumiram, legalmente e institucionalmente, o problema da violência contra a mulher como um grave problema

de saúde pública, devido ao seu elevado prevaecimento e às consequências para as pessoas (Hasse & Vieira, 2014; Vieira, Perdona, & Santos, 2011).

Apesar do setor da saúde ter tido um papel “*secundário*” no fenômeno da violência, ao longo dos últimos anos, tem havido uma explosão de investigação sobre a questão da violência doméstica como um problema de saúde pública, para o qual profissionais de saúde e prestadores de serviços têm um papel legítimo para a intervenção e prevenção (Burge, 1989; Koop & Lundberg, 1992).

Partindo do princípio de que a violência afeta claramente o processo saúde-doença das mulheres, pode-se considerar que os serviços de saúde são uma unidade privilegiada para identificar, assistir e referenciar as mulheres vitimizadas. Ao longo de suas vidas, as mulheres que passaram por situações de violência doméstica ou sexual têm mais problemas de saúde, logo recorrem, com mais frequência, aos serviços hospitalares e de urgência que outras pessoas que não sofrem maus-tratos, gerando deste modo mais custos nas unidades de saúde. Estudos apresentam que as mulheres em situação de violência procuram mais os serviços de saúde do que aquelas que não se encontram nestas situações (Saliba et al., 2007). Neste âmbito, os efeitos da violência são claramente entendidos no âmbito dos serviços de saúde, quer pelos custos quer pela complexidade do seu atendimento. Assim sendo, o setor da saúde tem um papel fundamental nesta área, mas ainda não dá a devida importância ao fenômeno, para além da sua dimensão biomédica. Ainda de acordo com Saliba et al. (2007), os profissionais de saúde dão mais atenção às lesões físicas, e raramente se dedicam em prevenir ou diagnosticar a origem das causas de agressão.

3.3.1. Protocolos e ética

Há já amplas evidências que realçam as barreiras e a falta de formação dos profissionais de saúde para lidar com as vítimas de violência que recorrem ao serviço de saúde (Méndez-Hernández et al., 2003), muitas vezes por desconhecimento acerca de como proceder face a estes casos. Relativamente a estas barreiras, em Portugal surgiu o manual SARAR “*dirigido preferencialmente aos profissionais do setor da Saúde, que representa um conjunto de propostas para a construção de um manual, relativamente à problemática da violência familiar/entre parceiros íntimos. Pretende, na prática, ajudar os profissionais da Saúde a criarem o seu guião, visando no dia a dia Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar e Referenciar os atores sociais, envolvidos em situações de violência familiar/entre parceiros íntimos, que a eles recorram*” (Redondo, Pimentel, & Correia, 2012, p. 15). A esta barreira, acresce a existência de vários entraves à notificação,

nomeadamente a escassez de regulamentos e protocolos que regulem os procedimentos técnicos para tal, assim como a ausência de mecanismos legais de proteção dos profissionais de saúde responsáveis por notificar as vítimas, a falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo profissional (Gonçalves & Ferreira, 2002).

Pitangui (2002) referiu que as mulheres em situação de violência conjugal que recorreram a um serviço de saúde não lhe foram prestados cuidados de saúde sensíveis à abordagem da violência doméstica e sexual, tendo também avançado que a maioria dos serviços de saúde não tinham protocolos de atenção à violência contra a mulher. Apesar do impacto da violência sobre a saúde das mulheres ainda ser invisível, mesmo quando a situação de violência é diagnosticada, ela não é convenientemente considerada, já que o saber instrumental que orienta as práticas profissionais está direcionado para tratar os danos físicos. Contudo, questões como a vulnerabilidade emocional e a desproteção são sentimentos que afetam a saúde mental e enfraquecem a capacidade das vítimas de violência doméstica (Guedes et al., 2009). Sendo assim, não serão obtidos os melhores níveis de saúde se as modificações não circundarem o setor saúde, por meio da ligação de outras áreas igualmente comprometidas com as necessidades sociais e com os direitos de cidadania (Guedes et al., 2009).

Nestas circunstâncias, o setor da saúde tem o dever de desempenhar um papel essencial na prevenção, identificação e apoio às vítimas de violência doméstica, uma vez que, num determinado momento da vida, a maioria entra em contacto com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), quer em consultas de vigilância, de doença ou por outros motivos. Aqui o médico de família assume um papel privilegiado para a prevenção, deteção e acompanhamento destas situações, justificada por: a) ser o primeiro ponto de contacto com o SNS; b) desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo e a sua família, c) ter responsabilidade específica pela saúde da comunidade; d) prestar e assegurar cuidados continuados longitudinalmente; e) lidar com os problemas de saúde em todas as suas dimensões – física, psicológica, social, cultural e existencial. Dito de outra forma, a forma de atuação do médico de família exige um modelo holístico para a WONCA Europa (Allen et al., 2005).

Porém, a atuação dos médicos é regida pelo Código Deontológico, que inclui um conjunto de normas de comportamento, cuja prática é recomendável e deve servir de orientação nos diferentes aspetos da relação humana que se estabelece no decurso do exercício profissional. O sigilo médico é condição essencial no relacionamento médico-utente, pressupondo e proporcionando uma breve base de verdade e de confiança mútuas. Como

tal, o segredo médico impõe-se em todas as circunstâncias, dado resultar de um direito indissociável de todos os direitos (Ordem dos Médicos, 2016). Assim, no contexto da violência doméstica, se a vítima não quiser apresentar denúncia e pedir expressamente que nem o médico o faça, apenas e só após autorização do Presidente da Ordem dos Médicos, é que o médico pode pedir escusa do segredo médico, revelando unicamente o que for absolutamente necessário a defesa da dignidade, da honra e dos legítimos interesses do utente e do médico (Ordem dos Médicos, 2016).

No caso de se tratar de uma denúncia feita em ambiente de consulta por parte de terceiros, pertencentes ou não à família da vítima ou do agressor, o segredo médico prevalecerá. Contudo, enquanto médicos de família salvaguardam a saúde dos utentes e de suas famílias, este profissional de saúde deve alertar o que foi feito e estar vigilante a quaisquer sinais de perigo que a potencial vítima demonstre ou verbalize e, simultaneamente, estar mais atento ao perfil e comportamento do alegado agressor. Os profissionais de saúde devem promover a literacia em saúde, enfatizando que a violência doméstica é um crime público e, como tal, qualquer pessoa, enquanto indivíduo pertencente a uma comunidade, pode e deve efetuar a denúncia (Silva, 2018).

Neste sentido, o profissional de saúde deve notificar os casos de qualquer tipo de violência que tiver conhecimento, pois se não o fizer incorre num crime de omissão, pois devem ser zelosos na saúde e dignidade dos seus pacientes. Isto é crucial, porque a notificação é um poderoso instrumento de política pública, dado que auxilia a dimensionar: a) a questão da violência familiar; b) a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância, assistência; e c) o conhecimento da dinâmica da violência doméstica (Gonçalves & Ferreira, 2002). Mas para que tal seja uma realidade, a tomada de consciência, a fratura de ideias pré-concebidas e a formação apropriada para diagnosticar situações de violência são quesitos, a montante, para que o profissional de saúde esteja dotado da capacidade de detetar e notificar, a quem for competente, essa realidade tão real nos serviços de saúde.

3.3.2. Denúncias e notificações

O desejo de romper com as situações de violência que experimentam diariamente, representa a vontade de imensas mulheres que gostariam de efetivar a denúncia, mas que não se sentem encorajadas a seguir em frente, devido ao medo da exposição, aos julgamentos da sociedade, ao preconceito da família e, estranhamente, ao afeto que ainda sentem pelo agressor (Grossi et al., 2020; Oliveira & Moreira, 2016). A maioria das mulheres que toma a iniciativa de denunciar as agressões sofridas, são assoladas por um

certo sentimento de alívio e uma sensação de libertação de algo que as aprisionava. Diante destas atitudes, torna-se nítida a vontade de mudança que estas ambicionam para a sua vida, a qual se caracteriza pelo abandono de paradigmas significativos, o que demonstra atitudes iniciais de poder (Grossi et al., 2020; Morais & Rodrigues, 2016).

Muitas mulheres sonham com uma vida perfeita, com base num sentimento esperançoso de um matrimónio realizado, e grandes expectativas com a nova família, mas no decurso desse sonho e expectativas aparece a frustração, ao perceberem que essas não constituíam uma verdade efetiva. Porém, continuam a acreditar que o companheiro possa mudar de atitudes, preferindo vivenciar uma vida de ilusões, para não ter que aceitar e encarar a cruel realidade. No entanto, quando a mulher toma a decisão de denunciar o parceiro, ela consegue ultrapassar a barreira do sonho e da ilusão, passar por cima dos seus medos e vergonhas e enfrentar o julgamento da sociedade (da Fonseca et al., 2012). Tentar quebrar o ciclo da violência doméstica é um processo extremamente difícil para a grande maioria das mulheres, que convivem diariamente neste tipo de relação com sentimentos contraditórios, isto é, assumem corajosamente que vão efetivar a denúncia e depois acabam por desistir. Esta desistência ocorre em função de promessas de não as agredir mais, por parte do parceiro, por ausência de autoestima e persistência de vergonha e, também, por falta de apoio da família e da sociedade (Grossi et al., 2020).

Segundo Guedes et al. (2009), a notificação de casos de violência doméstica pelos profissionais de saúde contribui para a epidemiologia do problema. Este autor concluiu, no seu estudo, que o profissional de saúde tem o dever de notificar os casos de violência do seu conhecimento, podendo inclusivamente responder por omissão.

A notificação é um instrumento importante que ajuda na identificação da violência no seio familiar e permite criar núcleos de vigilância e assistência, bem como permite o conhecimento da dinâmica da violência doméstica (Saliba et al., 2007). Contudo, a importância para diagnosticar situações de violência, o quebrar de ideias pré-concebidas e o atendimento correto, são condições necessárias para que os profissionais de saúde sejam capazes de identificar e notificar os intervenientes, seja qual for a sua área de atuação, referem também estes investigadores. De facto, é muito importante a notificação dos casos de violência, pois é através dessa participação que a violência ganha visibilidade e que permite perceber a dimensão do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção.

Muitas mulheres não conseguem testemunhar junto de um profissional de saúde que as atende que são vítimas de violência doméstica. Deste modo, a inadequação do saber cria

um obstáculo ao desenvolvimento de um processo de trabalho em saúde modificador da realidade (Guedes et al., 2009). Para Mafioletti (2010), percebe-se, ainda, a dificuldade dos serviços e profissionais de saúde em identificar a necessária e devida atenção às situações de violência doméstica.

O papel dos profissionais de saúde pode ser fundamental na desconstrução da naturalização da violência junto das vítimas, no encaminhamento destes casos para outros profissionais, nomeadamente assistentes sociais ou técnicos de apoio a vítimas, no apoio e no incentivo à denúncia.

3.3.3. Redes/parcerias

Neste contexto, destaca-se a importância do desenvolvimento de estratégias e políticas que detetem precocemente casos de violência doméstica contra a mulher. Deste modo, oferece-se uma melhor articulação com a rede de assistência (da Silva Soares et al., 2016), prevenindo então o surgimento de novos casos e os impactos negativos que esse fenómeno pode trazer ao nível individual e social (Guimarães et al., 2018).

É importante e necessário que exista acesso aos serviços de saúde e que os mesmos procedam em rede e articulem em parceria com outras entidades, para que possam encaminhar as mulheres para instituições especializadas, de forma a obterem um atendimento apropriado, sem revitimizar essas mulheres (González & Almeida, 2010).

O estudo da violência contra as mulheres carece de contribuições para a compreensão das consequências da subnotificação e falta de rastreio de rotina para detetar a fonte da violência psicológica ou sintomas físicos. A deteção é frequentemente identificada pela presença de alguns fatores, como seja o abuso de substâncias, o qual é um problema não específico da violência contra as mulheres. Na verdade, um estudo realizado por Kessler et al. (1994) demonstrou que quase 80% dos inquiridos tinham distúrbios desta natureza. Outros fatores que frequentemente interferem na licitação de dados com precisão sobre a violência contra as mulheres, são considerações culturais, estigma, vergonha, auto-culpa e medo da recorrência da violência. Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2001) publicou um documento delineando as recomendações de segurança para pesquisas sobre violência doméstica contra mulheres. Algumas das suas recomendações são:

- A segurança dos respondentes e da equipa de pesquisa é primordial e deve orientar todas as decisões de tratamento;

- Proteger a confidencialidade é essencial para garantir a segurança e qualidade dos dados;
- O desenho do estudo deve incluir ações destinadas a reduzir qualquer possível angústia causada ao participante pela pesquisa;
- Questões de violência só devem ser incorporadas em pesquisas concebidas para outros fins quando os requisitos éticos e metodológicos tenham sido satisfeitos;
- Os investigadores devem ser treinados para encaminhar as mulheres para assistência aos serviços locais disponíveis e fontes de apoio.

Estas diretrizes têm o potencial de melhorar bastante a sensibilidade, segurança e qualidade da pesquisa nesta área de investigação difícil (Caracci, 2003).

O setor de saúde não pode assumir por si só a responsabilidade no combate à violência, mas, cabe-lhe a ligação institucional, de modo a habilitar os seus profissionais para a intervenção sobre o problema, respaldados na compreensão das relações sociais (Saliba et al., 2007). A análise da violência doméstica contra as mulheres demonstra a necessidade de se reorganizarem práticas de assistência, a capacitação dos profissionais de saúde e a realização de parcerias com instituições públicas e privadas, grupos de mulheres e famílias (Andrade & Fonseca, 2008).

Para Ornelas e Moniz (2007), as parcerias mais eficazes são aquelas que se caracterizam por serem abrangentes, flexíveis e orientadas para respostas concretas, que são promotoras da ligação do indivíduo à família e destes à comunidade e que desenvolvem um efetivo empoderamento psicológico, nas suas três componentes (intrapessoal, interpessoal e organizacional). Os mesmos autores indicam quatro estratégias importantes para permitir um bom funcionamento e que contribuem para o aprofundamento do trabalho em parceria: o trabalho em rede, a coordenação, a cooperação e a colaboração. Neste sentido, Silva (2018) defende a união de forças, a otimização dos recursos, com o intuito de potenciar, cada vez mais, o trabalho em rede, para assegurar cuidados de saúde que proporcionem saúde e bem-estar de quem os procura. Ao nível dos recursos, Ornelas & Moniz (2007) advogaram que as famílias possuem as forças e os recursos necessários para ultrapassar as dificuldades, que são capazes de alterar comportamentos para solucionar os problemas. Ainda referem a relevância do poder psicológico dos indivíduos, das expectativas normativas e das questões não problemáticas da sua cultura, como o estatuto económico, a etnia, o género, e a religião (Ornelas & Moniz, 2007), que colide positivamente com os princípios

definidos no referencial da enfermagem de saúde familiar centrados nas capacidades e no poder detido pela família (Lino, 2012).

Para que tal seja uma realidade, pesquisas sobre as práticas dos profissionais das equipas de saúde da família, relacionadas para as mulheres em situação de violência, indicam a necessidade de se debater a questão da violência doméstica no quotidiano dos serviços de saúde (de Oliveira, 2008), habilitando, assim, os profissionais e criando parcerias com outros serviços. O fenómeno da violência doméstica, dada a sua complexidade e contradições, presume uma abordagem e intervenções interdisciplinares e intersectoriais (Andrade & Fonseca, 2008).

Ainda de acordo com estes autores, os profissionais de saúde, ao tomarem conhecimento da situação das mulheres que vivenciam experiências de violência, podem iniciar ações de promoção de saúde. Para o início dessas ações, é importante o trabalho de parceria com vários setores da sociedade, uma vez que a solução não pode ser procurada somente na família ou nas equipas de saúde.

Em diferentes populações e culturas num mesmo país, mas à escala internacional, os prestadores de cuidados de saúde e sociais estão numa posição-chave quando se trata de reconhecer vítimas de violência doméstica, porque compreendem particularmente sinais, situações e ambientes. No entanto, segundo Andrade (2012) e Virkki et al. (2015), os sistemas de saúde são lentos na identificação da violência doméstica. Para melhorar esta situação, os autores propõem melhorias nos respetivos sistemas, especialmente na “*identificação*” e na “*triagem*” das situações, com implementação de algoritmos de atuação nos serviços.

Por exemplo, a perspetiva tradicional do Sistema Nacional de Saúde (SNS Portugal) tem vindo a ser alterada nos últimos anos, verificando-se a promoção da eficiência económico-financeiro, pela racionalização de recursos, o que conduziu a uma nova cultura no setor da saúde (Nunes & Harfouche, 2015). Isto não significa a alteração total do paradigma do atendimento das vítimas de violência doméstica, uma vez que o modelo biomédico tradicional não foi totalmente abandonado, como referido em seções anteriores, pois tal passa pela alteração na forma de atendimento destes pacientes, nomeadamente nos Centros de Saúde, em que Pina (2013, pp. 252-253) argumentou que: *“O papel do Médico de Família passará, mais do que oferecer o ombro amigo, por apoiar nas decisões e ouvir as queixas das vítimas. É necessário compreender a dinâmica da Violência Conjugal, questionar sobre a existência dos vários tipos de agressão para avaliar o risco/gravidade associado e, pelo menos, incentivar a*

segurança dos utentes e fazê-los conhecer os seus direitos ou fornecer referências apropriadas para que possam procurá-las.”

Porém, tal implica uma equipa multiprofissional de saúde, sobretudo, de enfermeiros, os quais precisam estar preparados para prestar uma assistência qualificada às vítimas da violência doméstica. Este tipo de equipa deve estar capacitado para identificar os casos de violência e conduzi-los de forma criteriosa e unificada. Para isso, os mesmos profissionais devem possuir conhecimento acerca do funcionamento dos órgãos e setores que podem dar apoio e resolução nos diversos tipos de violência. O acolhimento e a escuta qualificada podem ser ferramentas essenciais no trabalho do enfermeiro. A vítima de violência precisa sentir segurança no trabalho do profissional de saúde e que o mesmo está a prestar ajuda, vislumbrando minimizar os impactos na autoestima de mulheres vítimas de violência (Guimarães et al., 2018).

Isto quer dizer que os cuidados de saúde primários pretendem contribuir para uma melhoria dos cuidados de enfermagem a prestar às mulheres vítimas de violência doméstica, o que representa um desafio, porque a origem deste problema é multifatorial e exige a integração dos diversos fatores socioculturais no atendimento efetuado pelo sector da saúde a essas mesmas vítimas (Quemada & Prieto, 2004) e na sua avaliação familiar ecossistémica (Figueiredo, 2009). Esta violência contra as mulheres acarreta inúmeras repercussões para a saúde das mesmas, pelo que a utilização dos serviços de saúde por parte desta é bastante frequente, originando que os profissionais de saúde devem estar sensibilizados para esta problemática e conseguir lidar com as especificidades emocionais e comportamentais das vítimas (Manita et al., 2009).

Deste modo, estes profissionais devem saber quais os tipos de apoio disponíveis, encaminhamentos e de articulação com outros serviços disponíveis em cada área, pois a violência exige uma intervenção multidisciplinar peculiar para cada vítima. A entrevista a uma potencial vítima de violência, tem que ser fundamentada numa avaliação holística e sistémica da pessoa, de forma a serem prestados cuidados globais e integradores, com respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais construtos indicados no código deontológico que guiam a boa prática de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Isto vai ao encontro dos argumentos de Manita et al. (2009), que reforçou que a criação de uma relação de empatia e confiança, a afirmação do direito a uma vida sem violência e a defesa de que o recurso a esta nunca é justificável, é crucial. Estes profissionais devem, ainda, apoiar e assistir todas as decisões informadas da vítima, não realizar juízos de valor, de estereótipos e crenças infundadas, devem encorajar a mulher a sair de casa ou da relação, em função de uma planificação conjunta com a vítima na

definição de planos de segurança responsivos às necessidades desta; devem encorajar a procura de serviços/recursos de apoios na comunidade. Contudo, muitas vezes, as vítimas não são espontâneas na revelação da origem das suas lesões, dos maus-tratos sofridos, alegando uma causa pouco plausível, pelo que os profissionais devem estar atentos a determinados sinais clínicos de alerta, que sustentam a hipótese de um eventual ato de violência, o que permite uma melhor orientação do diagnóstico e realizar um acompanhamento mais apropriado (Manita et al., 2009).

Para Antunes (2002), estes sinais clínicos serão um tipo de lesões característicos e recorrentes destes casos, que levam ao recurso regular dos serviços de saúde com lesões semelhantes, com alterações emocionais e comportamentais, angústia, ansiedade, depressão e medo e outras manifestações psicossomáticas recorrentes. Manita et al. (2009, p. 47), referem ainda que algumas das questões e indicadores mais relevantes para a identificação de sinais e sintomas clínicos/recolha de indícios para diagnosticar e sinalizar um caso eventual de violência são:

- Avaliação da existência de historial de perda de consciência ou de sinais de tentativas de estrangulamento.
- Avaliação das consequências do âmbito da saúde mental, que são as mais profundas e duradouras. *“A vítima parece assustada, excessivamente ansiosa, deprimida ou angustiada; (...) existe uma história de doença mental ou abuso de substâncias. (...) manifestações ansiosas, depressivas, fóbicas, sinais de autonegligência e/ou automutilação; alcoolismo ou toxicod dependência consumo abusivo de medicamentos; ideação suicida e tentativas de suicídio”* (Manita et al., 2009, p. 47).
- Falta da vítima às marcações ou a persistência de atrasos frequentes às consultas, bem como surgir nas consultas acompanhada por um membro da família, ou pelo companheiro, exibindo uma atitude passiva e de medo, é um indicador de existência de violência. Também a presença de um companheiro agressivo ou dominador ou de este se mostrar relutante em deixar a mulher falar ou estar sozinha com o profissional de saúde pode ser significativo (Manita et al., 2009).
- Se todos estes aspetos forem cumulativos ou per si, os profissionais de saúde devem considerar a hipótese de estarem perante um caso de violência, cujos sinais de alarme devem ser avaliados de forma profunda.

A fase de diagnóstico é fundamental e deve incluir uma avaliação do risco que a vítima corre ao ser identificada como vítima de violência doméstica, pois tal pode antever a possibilidade de aumento de frequência ou gravidade da mesma e levar ao aparecimento do risco de homicídio conjugal. Por conseguinte, a avaliação deste risco é definida como um processo de recolha de informação sobre as pessoas envolvidas, para que o processo de decisão seja efetivado de acordo com um eventual risco de reincidência da violência (Krug et al., 2002). Esta avaliação visa a prevenção, ou seja, a determinação de qual o caminho a tomar para minimização dos riscos, mas sem predizer se o agressor será recorrente dos atos de violência, pelo que a avaliação de outras premissas é exigida, nomeadamente a natureza, a iminência, a severidade e a frequência da violência. Neste cenário, do guia de intervenção preparado por Manita et al. (2009) retira-se a ilação que os profissionais devem selecionar adequadamente as estratégias de gestão do risco, baseadas em quatro vetores: 1) monitorização/vigilância; 2) avaliação/tratamento; 3) controlo/supervisão, e 4) planos de segurança da vítima. Adicionalmente, a dita avaliação de risco, ainda, deve identificar a história de violência em relação à vítima e aos seus filhos (tipo de violência, intensidade, frequência); se o abusador ameaça, assusta ou perturba os amigos, vizinhos; se ameaça ou magoa os filhos; se consome de forma excessiva álcool ou outras drogas que o tornam ainda mais violento; avaliar o grau de medo que a vítima sente no momento e a sua perceção atual do risco; se ocorreram lesões autoinfligidas e tentativas de suicídio por parte da vítima, tentativas ou pedidos de ajuda ao longo dos últimos 12 meses; avaliar as redes de suporte que a vítima possui, como a viabilidade de encontrar um refúgio para onde possa ir se não quiser ou não puder voltar para o seu domicílio (Manita et al., 2009). Todas estas premissas fazem com que as vítimas se sintam expostas a agressões reiteradas e a ameaças físicas e psicológicas, que as faz duvidar das suas emoções, da sua capacidade de compreensão do problema e ao desenvolvimento níveis superiores de tolerância à violência e à dor, não se apercebendo da gravidade dos danos que tal provoca no seu ser, o que faz com que não se apercebem da presença de um perigo real para a sua integridade, face à sua incapacidade de avaliar a gravidade da situação. Este cenário dantesco, é aquele em que as vítimas devem ser auxiliadas pelos profissionais de saúde, para que estes procedam a uma avaliação objetiva dos riscos envolvidos em cada situação de violência (Manita et al., 2009).

Após a identificação de uma situação de violência contra a mulher, a resposta e o apoio à vítima deve ser imediata às lesões físicas (Manita et al., 2009), o que inclui a determinação dos danos físicos, psicológicos, sexuais, sociais causados por esse ato, dos recursos e das capacidades que a vítima tem para tomar decisões e concretizar autonomamente projetos alternativos à relação abusiva. Evidente que esta avaliação,

principalmente das suas componentes físicas e psicológicas, deve ser realizada por profissionais médicos especializados e por profissionais de psicologia (Quemada & Prieto, 2004). Estes profissionais, devem apoiar sem limites a vítima, se esta optar pela separação e/ou avançar com uma queixa-crime, devendo ser elucidada dos procedimentos legais e das suas implicações. Independentemente da decisão da vítima relativamente ao agressor, o profissional de saúde deverá prestar auxílio na elaboração de um plano de segurança pessoal, isto é, a definir um conjunto de estratégias para a proteger e incrementar o seu grau de segurança, o que inclui a análise dos contextos específicos da ocorrência do ato de violência, porque se precipitaram e que alternativas de fuga existem nesse âmbito, tendo sempre em atenção a reação da vítima nessas situações, pois podem levar a um risco acrescido, deduz-se do Guia de Intervenção elaborado pelo CIG (2016), que tem como objetivo a definição dos requisitos mínimos da intervenção dos profissionais de saúde no âmbito da violência doméstica e de género.

Ao longo do atendimento da vítima, o profissional de saúde deve documentar todo o processo, para identificar e caracterizar as lesões e os factos que terão estado na origem do ato agressivo (elaborar com o maior grau de detalhe possível um relatório de lesões), com a descrição de todos os vestígios de agressão, enumeração das marcas atuais e anteriores, juntar fotografias das lesões, se possível, com declaração de autorização assinada pela vítima; Referência cuidadosa ao estado psico-emocional da vítima; reprodução de todas as suas afirmações e registo do encaminhamento para profissionais de outras áreas (Manita et al., 2009; Quemada & Prieto, 2004). Contudo, Angulo-Tuesta (1997), Deslandes (1999) e de Diniz et al. (2001) referiram que os profissionais de saúde, muitas vezes, não compreendem os sinais e sintomas característicos de violência doméstica e/ou conjugal e, também, quando são identificados, não são descritos nos relatórios clínicos.

Esta negligência involuntária dos profissionais de saúde, salienta que, ainda, subsiste uma escassa atenção para estabelecer uma relação entre a identificação das lesões físicas, pelas quais as mulheres se dirigem aos serviços de saúde, e o contexto no qual estas foram produzidas, o que explica, parcialmente, os sub-registos desses casos (Branco, 2007). Num momento em que toda a literatura vai no sentido de identificar os maus-tratos como um problema de saúde, é clara a responsabilidade das instituições e dos profissionais que aí exercem, sobre o diagnóstico dessas situações e a urgência de uma intervenção abrangente, ao nível da educação e prevenção, para além do tratamento médico. Esta emergência reflete-se nos argumentos de Trindade e Teixeira (2000) que explanaram que as necessidades em saúde ultrapassam as necessidades físicas dos utentes dos

centros de saúde, por isso, é premente que os profissionais do setor desenvolvam uma relação com os utentes capaz de gerar a confiança, exigida para o reconhecimento da sua capacidade de os auxiliar na resolução de determinada situação.

Para Mendoza-Flores et al. (2006), existem poucos estudos sobre as práticas dos enfermeiros na identificação e encaminhamento dos casos de violência contra as mulheres. Um dos estudos de Bispo, Almeida e Diniz (2007), informa que os enfermeiros se aportam ao modelo biomédico no atendimento a estas utentes, valorizando mais as lesões físicas das mulheres em negligência de outros aspetos, considerando que estes estão mais direcionados para as assistentes sociais, psicólogos e profissionais jurídicos. De acordo com Lavis et al. (2005), a integração da violência, na área da saúde, eliminou as fronteiras entre as diversas áreas da saúde, pela integração de um complexo problema social e criminal nas obrigações e responsabilidades dos profissionais de saúde, mas sem alterações na forma de atuação destes, pelo que os tratamentos convencionais e tradicionais continuam a ser uma realidade - categorias de diagnóstico (alterações da saúde física ou psíquica) e de tratamento (psicoterapia, farmacoterapia).

Babae et al. (2021) elaboraram uma pesquisa teórica e bibliométrica para procederem à avaliação das estratégias e intervenções existentes na prevenção da violência doméstica em instituições de saúde, com o intuito de determinar a sua eficácia. A importância de realçar este estudo reside na identificação de dezoito estudos sobre intervenções nas vítimas de violência, entre 2000 e 2019, o que baliza a escassa adesão dos académicos em relação à posição privilegiada dos profissionais de saúde em presença destas vítimas. Assim, a tabela 3 seguinte exhibe um resumo destes estudos.

Tabela 3 – Estudos sobre as intervenções do setor da saúde em situações de violência

Autores	Participantes	Intervenções	Metodologia	Resultados	
Intervenções de emancipação ("Empoderamento") das mulheres					
Agnes Tiwari et al. (18), 2012	18 anos ou mais Mulheres e Positivo para violência do parceiro íntimo (VPI)	Mulheres que utilizam cuidados infantis, (100 mulheres por grupo)	Intervenção de empoderamento, e Serviços Comunitários/9 meses	Auto-relato	A intervenção foi eficaz
Hannah et al. (19), 2018	Mulheres de língua espanhola, com IPV experiente a passados 2 anos, com criança (4-12 anos)	Tratamento de mães latinas de língua espanhola Tratamento (n=55) Controlo (n=40)	Programa de Capacitação das Mães (PCM) / 10 semanas	Entrevistas e auto-relato	Os participantes do PCM reportaram um VPI total mais baixo
Jhumka Gupta et al. (20), 2013	Mulheres com 18 anos de idade ou mais	Tratamento (n=513), controlo (n=421)	Intervenção de associações de poupança e de abrigos seguros e de grupos de diálogo sobre o género/ 4 meses	Auto-relato das mulheres e entrevistas	Intervenção reduziu significativamente o VPI
Sandra et al. (21), 2015	Mulheres com VPI e com crianças entre os 6 e 12 anos de idade.	Mãe mais filho (n=61), Só criança (n=62), e grupo de comparação (n=58)	Uma intervenção de grupo terapêutico de base comunitária	Utilização da Gravidade da Violência contra a Escala da Mulher	O programa de intervenção foi bem-sucedido em mudanças moderadas no VPI

Tabela 3 – Estudos sobre as intervenções do setor da saúde em situações de violência

Autores	Participantes	Intervenções	Metodologia	Resultados	
Intervenções para grupos-alvo específicos					
Coker et al. (22), 2017	Não houve critério específico.	89,707 estudantes, 46 escolas secundárias em intervenção ou controlo de condições	O programa de prevenção da violência do Ponto Verde / 3 anos	Auto-relato e entrevistas	Este programa mostrou ser efetivo
Gilbert et al. (23), 2006	Mulheres com 18 anos ou mais velhas, usando qualquer droga ilícita e VPI afetado	Intervenção (n = 16), controlo (n=18)	Prevenção de recaídas e segurança das relações / 3 meses	Medição de VPI utilizando as Escalas de Táticas de Conflito Revisadas	Prevenção de recaídas e segurança das relações foi efetiva
Laeheem et al. (24), 2017	Casais Thai muçulmanos casados	40 Thai muçulmanos casados casais, Experiência (n=20) Controlo (n=20)	Atividades Felizes da Família Muçulmana /12 semanas	Pré-teste e Pós-teste	Intervenção no grupo experimental foi eficaz
Langhinrichsen-Rohling et al. (25), 2012	Jovens mulheres adolescentes em risco	Intervenção (n=39) controlo (n=33)	Construir um programa de amor duradouro / 6 semanas	Subescala de Agressão Psicológica, lista de verificação	O programa teve algum impacto no controlo de VPI
Mejdoubi et al. (26), 2013	Mulheres desfavorecidas <26 anos, sem nados-vivos anteriores	Mulheres grávidas,	Parceria Enfermeira-Família / 32 semanas	Auto-relato	A intervenção foi eficaz durante a gravidez e após o parto

Tabela 3 – Estudos sobre as intervenções do setor da saúde em situações de violência

Autores	Participantes		Intervenções	Metodologia	Resultados
		controle (n=223), intervenção (n=237)			
Intervenções baseadas na Internet					
Koziol- McLain et al. (27), 2018	Mulheres de língua inglesa com 16 anos de idade ou mais	População em geral (mulheres) Controle(n = 226) Intervenção (n=186)	Ajuda à decisão de segurança baseada na Web/ 12 meses	Checklist e escalas	A intervenção foi eficaz na redução do VPI e da depressão
Choi et al. (28), 2017	Coreano ou coreano americano, ambos membros do clero	Líderes religiosos coreanos americanos Intervenção (n = 27), controle (n = 28)	Clero coreano para Famílias Saudáveis /3 meses	Questionário auto-administrado	Aumento dos conhecimentos e atitudes sobre os recursos para lidar com o VPI
Glass et al. (29), 2017	Mulheres abusadas durante 6 meses	Mulheres atualmente abusadas, intervenção (n=418) controle (n=423)	Uma ajuda à decisão de segurança à medida baseada na Internet / 6-12 meses	Auto reportagem baseada na Internet	A intervenção aumentou os comportamentos de segurança e reduziu o VPI
Pronyk et al. (30), 2006	Mulheres, co-residentes domésticas com	8 aldeias, Cohort um (860) Cohort dois (1835)	Intervenção com Micro finanças para a SIDA e equidade de género / 2-3 anos	Entrevistas estruturada Face-to-face	Violência VPI reduzida no grupo de intervenção

Tabela 3 – Estudos sobre as intervenções do setor da saúde em situações de violência

Autores	Participantes		Intervenções	Metodologia	Resultados
	idades entre 14-35 anos				
Intervenções financeiras					
Sarnquist et al. (31), 2018	Mulheres adultas sobreviventes de VPI, 18 anos de idade ou mais	Mulheres adultas sobreviventes de VPI / intervenção (n = 82) controlo (n = 81)	Combinação de Formação Empresarial, Microfinanças e apoio VPI/ 8 semanas	Inquéritos demográficos e sanitários sobre violência doméstica	A intervenção aumentou a margem de lucro diária e diminuiu o VPI
Kathryn et al. (32), 2015	Mulheres com 18 anos ou mais sem experiência prévia em microfinanças	Grupo de intervenção (934) mulheres parceiras, em 24 aldeias em zonas rurais	Programa combinado de Empoderamento Social e Económico / 2 anos	Auto-relato das mulheres e entrevistas	Foi eficaz em participantes com um historial de casamento de adultos
Raj et al. (33), 2017	Casais de 18-30 anos para o marido e de 15 + anos para a esposa	Casais jovens rurais casados (N = 1091)	Capacitação Económica das Mulheres/ 9 -18 meses	Auto-relato	A intervenção reduziu o risco de VPI entre mulheres casadas

Tabela 3 – Estudos sobre as intervenções do setor da saúde em situações de violência

	Autores	Participantes	Intervenções	Metodologia	Resultados	
	Outras intervenções					
	Abramsky et al. (34), 2012	Estando em risco de violência doméstica, homens e mulheres com idades compreendidas entre os 18 e 49 anos	Oito locais, grupos de controlo e intervenção (800 homens, 800 mulheres)	Intervenção (Intervenção Centrada no Género)/4 Anos	Entrevistas	Impacto positivo na redução da violência doméstica
	Sullivan et al. (35), 2003	Mulheres recrutadas do programa de abrigo contra a violência doméstica	Intervenção (n=143), (n=131)	Modelo experimental de Inovação Social e Divulgação / 6-24 meses	Entrevistas	Mulheres em grupo de intervenção apresentam menor grau de novos abusos

Fonte: Adaptado de Babae et al. (2021)

Estes autores concluíram, com base na tabela supra, que: *“in this systematic review, we examined the effectiveness of applied interventions and existing strategies to prevent IPV in 18 selected RCT articles. Reviewing the studies revealed that different interventions and therapeutic methods have been developed to control and reduce violence against women in different regions and countries. Included studies were also reviewed methodologically. Reviewing the papers also revealed that the selection of suitable screening tools, determining the amount of inflicted violence, and selecting effective methods to outcome assessment of interventions should be considered widely by researchers. The results of the studies showed that there are various screening tools for violence”* (Babae et al., 2021, p. 102). Acresce, ainda que estas intervenções são similares, pois foram selecionadas com base no tipo de violência e no grupo-alvo.

3.4. Síntese das Intervenções a Realizar pelos Profissionais de Saúde

Os profissionais de saúde devem ter consciência da dificuldade que a maioria das vítimas têm na assunção de se identificarem como tal, o que não as impede de a qualquer momento e corajosamente abortarem e denunciarem essa situação violência (Guerra et al., 2016). Porém, mesmo que as vítimas afastem este cenário, os profissionais de saúde devem ser os primeiros incentivadores à sua revelação, através do reconhecimento de sinais indiciadores desses atos violentos, argumentaram os mesmos autores. Evidente que esta postura dos profissionais de saúde deve ser alicerçada com formação adequada (Guerra et al., 2016).

A figura 2 mostra de forma expressiva as etapas que os profissionais de saúde devem percorrer para identificar claramente eventuais vítimas de violência doméstica.



Figura 2 – Framework para auxílio às vítimas de violência doméstica (adaptado de Guerra et al., 2016)

Todas estas etapas são cruciais para lidar clinicamente com as vítimas de violência doméstica, pelo que os profissionais de saúde devem conseguir garantir que exercem uma escuta ativa perante as vítimas, que criam uma relação de empatia para com elas, que são pró-ativos no atendimento presencial e que transmitem calma às mesmas (Guerra et al., 2016). Existe um conjunto de aspetos a ter em conta quando se trata de apoio a vítimas de violência doméstica, os quais devem ser garantidos pelas entidades e pelos profissionais envolvidos. *“Os espaços físicos onde decorre a entrevista são de extrema importância. A existência de uma sala onde a vítima possa ser atendida com privacidade é um dos mais importantes. Se existirem condições para acolher e manter distraídas as crianças, melhor ainda. No contacto com a vítima de VD/VC devem ser evitados espaços onde se encontrem ou circulem outras pessoas, pois estes não garantem nem a tranquilidade nem a confidencialidade que deve enformar essa relação. A vítima não deverá também permanecer muito tempo numa sala de espera ou em locais públicos, pois poderá sentir-se desconfortável ou constrangida face ao olhar de terceiros, se apresentar sinais evidentes de ter sido maltratada. As vítimas de crime procuram ajuda, quase sempre, em situação de crise e, mesmo que não estejam em crise, passaram por situações traumáticas que deixaram marcas ao nível psicológico-emocional. Encontram-se fragilizadas, são, quase sempre híper vigilantes e muito sensíveis a todos os pormenores do comportamento dos outros, designadamente ao nível da comunicação não-verbal. Os profissionais de atendimento devem ter formação específica, possuir adequadas competências de comunicação e atendimento e estar preparados para implementar estilos de comunicação adequados a cada tipo de situação. Perante a necessidade de colocar questões, o profissional de*

atendimento a vítimas deve fazê-lo de forma sensível e direta, preservando sempre o clima de escuta ativa, neutralidade e confidencialidade, evitando produzir juízos de valor.”(Guerra et al., 2016, p. 61).

CAPÍTULO 4

A Violência Contra as Mulheres em Portugal

4.1. Legislação e Mecanismos de Apoio à Vítima

Até 1852, a legislação portuguesa permitia que o marido batesse na mulher, o Código Penal de 1886 considerava o adultério da esposa como uma atenuante para o homicídio conjugal, embora o contrário não se verificasse (Azambuja, 2008; Pais, 1998). O Código Civil Português de 1867 decretava à mulher o dever de obediência ao seu marido, pois era este que a controlava, cuja subalternidade se manteve até à reforma do Código Civil de 1977. Nesta legislação, os maus-tratos conjugais não eram censurados, pois existia legitimidade social para o exercício do poder de controlo do marido sobre a mulher, coadjuvado pelo enquadramento jurídico-penal distinto entre o adultério do marido e da esposa e, até, que este exercesse violência (Azambuja, 2008; Féria, 2005). Beleza (2007) referiu que com a publicação do Código Penal de 1982 (e suas posteriores revisões), esta exacerbação da legalidade da violência foi alterada e clarificada (Decreto-Lei 400/82).

Este Novo Código Penal postulou que o crime de maus-tratos conjugais fosse pela primeira vez penalizado (prisão de seis meses a três anos e multa até 100 dias) e considerado de natureza pública (isto é, não precisa de apresentação de queixa por parte da vítima para instauração do processo (Azambuja, 2008). Mais tarde, a Lei nº 61/91, de 13 de agosto, introduziu novas alterações na disciplina jurídico-penal do crime de maus-tratos, mas de cariz processual. A definição e a natureza legal e a pena ficaram inalteradas, alterando apenas o regime específico para a suspensão provisória do processo e inseriu-se a possibilidade de aplicação da medida de coação de afastamento da residência. Porém, esta Lei nunca foi regulamentada, provocando constrangimentos relevantes às pessoas que tentavam aplicá-la. Em 1995, uma nova alteração do Código Penal implementou outras alterações positivas: a) a conduta de maus-tratos passou a ser passível de punição; b) a inclusão dos maus-tratos psíquicos, passou a considerar como agente do crime, para além do marido, as pessoas equiparadas ao cônjuge; c) a moldura penal para este crime a prisão de 1 a 5 anos. Todavia, este crime deixou de ser crime público e passou a ser de natureza particular, com obrigação de efetivar a queixa para dar início ao procedimento criminal. Esta última alteração foi revogada com Lei nº

65/98, passando a ter uma natureza de crime quase público, embora com manutenção da queixa, mas concedendo legitimidade ao Ministério Público para iniciar o procedimento criminal, sempre que o interesse da vítima se impusesse e desde que, até à formalização da acusação, o ofendido não manifestasse a sua oposição (Féria, 2005). Assim, em 1996, a Associação Portuguesa de Mulheres Juristas (APMJ) avisou o Procurador-Geral da República sobre a necessidade da promoção pelo Ministério Público sobre a aplicação desta medida, levando à emissão de uma Circular endereçada a todos os(as) Magistrados(as) do Ministério Público, com carácter vinculativo (Féria, 2005).

Em 03 de agosto de 1999, a Lei nº 107/99, estabeleceu o quadro geral da rede pública de casas de apoio às mulheres vítimas de violência, sendo do estado a responsabilidade de assegurar a sua criação, instalação, funcionamento e manutenção. Esta lei definiu que a rede pública de casas de apoio fosse constituída por, no mínimo, uma casa em cada distrito no continente (duas nas regiões metropolitanas de Lisboa e Porto) e em cada uma das Regiões Autónomas. Estas casas são constituídas por uma casa de abrigo e um ou mais centros de atendimentos para tratamento e reencaminhamento de mulheres vítimas de violência, com todos serviços oferecidos gratuitamente. Posteriormente esta lei foi regulamentada pelo Decreto-Lei nº 323/2000, em 19 de dezembro de 2000 (Azambuja, 2008; CIDM, 2003). O regime penal dos maus-tratos foi novamente alterado em 2000, com a publicação da Lei nº 7/00, de 27 de maio, em que de Azambuja, Nogueira e Saavedra (2007, p. 212) explicaram que *“Nesta, é alargado ao progenitor de descendente comum em 1º grau a qualidade de sujeito passivo do crime de maus-tratos e acrescenta à pena principal – cuja moldura penal mantém – uma pena acessória de proibição de contatos com a vítima, incluindo o afastamento da residência desta por um período máximo de dois anos.”* E, ainda, alterou novamente este crime para natureza pública (Féria, 2005).

Sintetizando, somente a partir da década de oitenta é que a violência doméstica foi reconhecida como um problema social. Este reconhecimento iniciou-se pelos maus-tratos infantis, enquanto a violência contra a mulher no seu domicílio tinha o apoio de algumas Organizações Não Governamentais (e.g., Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, a Associação de Apoio à Vítima e a Associação de Mulheres contra a Violência). Só com a legislação da década de 90, noventa, é que Portugal começou a dar resposta ao problema social da violência doméstica, como consequência da tomada de consciência dos seus impactos nas vítimas e da implementação de algumas recomendações europeias. Todavia, com o passar dos anos, existe no Estado português,

o Guia de Recursos na área da Violência Doméstica da autoria da Estrutura de Missão contra a Violência doméstica (Estrutura de Missão contra a Violência Doméstica, 2006), que informa como a rede de apoio à violência doméstica é assegurada em todo o território nacional, a saber (Azambuja, 2008, pp. 50-51):

- 1) *“Proteção e Integração Social: estruturas de atendimento especializado (rede nacional de núcleos de atendimento para vítimas de violência doméstica e núcleos, centros e gabinetes de atendimento) e estruturas de atendimento não-especializado (ISS, IP/Centros Distritais de Segurança Social, Serviços Locais, Espaços de Informação Mulher, Gabinetes para a Igualdade);”*
- 2) *“Segurança e Justiça: Guarda Nacional Republicana (Núcleos Mulher-Menor, Equipas de Investigação e Inquérito e Postos Territoriais), Polícia de Segurança Pública (Equipas de Proximidade e Apoio às Vítimas EPAV, esquadras), serviços e piquetes da Polícia Judiciária, Ministério Público/Tribunais e delegações e gabinetes médico-legais do Instituto Nacional de Medicina Legal;”*
- 3) *“Acesso ao direito (gabinetes de consulta jurídica da Ordem dos Advogados);”*
- 4) *“Saúde (Centros de Saúde e Hospitais);”*
- 5) *“Emprego e formação profissional (centros de emprego, centros de formação profissional de gestão direta, unidades de inserção na vida ativa, clubes de emprego);”*
- 6) *“Imigração (centros locais de apoio à integração de imigrantes, centros nacionais de apoio ao imigrante);”*
- 7) *“Proteção de crianças e jovens (comissões de proteção de crianças e jovens em risco);”*
- 8) *“Intervenção com agressores (direções do Instituto de Reinserção Social e programas de Universidades).”*

Com esta legislação em vigor, no ano de 1995 foi realizado, em Portugal, o primeiro inquérito sobre a violência contra as mulheres (Lourenço et al., 1997), onde se destacou que 50,7% foi alvo de violência psicológica, 28,1% de violência sexual, 14,1% de discriminação sociocultural e 6,7% de agressão física. Face a estes resultados, a violência

contra as mulheres ganhou visibilidade, o que proporcionou que se redefinisse o papel de género, se construísse uma nova consciência social e de cidadania e, ainda, uma maior ênfase nos direitos humanos (Lino, 2012). Este autor considerou que esta alteração do paradigma da violência, originou que as instituições políticas implementassem medidas para combater este fenómeno social, que foi silenciado durante muito tempo.

No contexto destas medidas, a APAV (2009) concluiu que o crime de violência doméstica é o mais praticado em Portugal (90% do total), e as relações entre o agressor e a vítima são, na sua generalidade, relações familiares, uma vez que 55,3% dos agressores são cônjuges ou companheiros das vítimas, 67,2% desses crimes são realizados na residência comum, o que direcionou que estes crimes para uma vitimização continuada (80%). Este estudo identificou 6980 casos de violência doméstica, maioritariamente na faixa etária entre os 26 e os 45 anos de idade (34,6%), com status de casadas (47,6%) e com família nuclear com filhos (51,6%) (Lino, 2012). Um outro estudo realizado em 2016 pela APAV, confirmou a tendência crescente de estudos anteriores sobre este crime, em que a violência doméstica soma mais de 70% das queixas criminais com maior incidência sobre as mulheres, mas também direta e/ou indiretamente, sobre crianças, sénior e outras pessoas que estão em situações de maior vulnerabilidade (e.g., pessoas portadoras de deficiência); conclui-se, então que qualquer pessoa pode ser vítima de violência doméstica, independentemente do seu estatuto social, situação económica e profissional, idade, cultura ou religião, representando um problema de cariz transversal a toda a sociedade (Silva, 2018). Recentemente, a APAV (2020) registou 54 403 atendimentos, dos quais cerca de 11 676 vítimas de violência receberam apoio. Dos apoios ofertados, verificou-se que a maioria era do sexo feminino (80,5%), com uma faixa etária entre os 25 e os 54 anos de idade (36,6%). Adicionalmente, 66% dos autores dos crimes eram do sexo masculino, em que 45,4% dos crimes existiam relações íntimas entre o autor do crime e a vítima. Estes resultados indicam uma prevalência da violência com base no género contra as mulheres.

Todos estes estudos e o cruzamento de dados de outras fontes (programa INOVAR, da PSP, da APAV e da CIDM) permitiram que se operassem mudanças legislativas em relação à violência, particularizada no Código Penal de práticas de violência dentro da família (criminalização do ato), passando a ser possível a sinalização dos casos de maus-tratos e a proteção das vítimas. Como uma consequência prática da tendência crescente deste crime, ainda acresce que foram implementados os Planos Nacionais contra a Violência (I a V).

Em suma, “a consolidação destas respostas institucionais – essencialmente, geridas por organizações não-governamentais mas, na totalidade, subvencionadas pelo Estado Português (por via dos acordos estabelecidos com entidades da administração pública e/ou por via dos financiamentos comunitários) – surge num quadro mais amplo de produção legislativa em matéria de violência doméstica e assente nas prioridades definidas nos sucessivos Planos Nacionais Contra a Violência Doméstica que, desde 1999, delineiam a estratégia e política governamentais na prevenção e combate à violência doméstica e agora também de género. Desde então, verificou-se o reforço e a implementação de medidas, e, nos últimos anos, tem-se destacado a importância do apoio no acesso à educação, formação, emprego e habitação, elementos fulcrais para o processo de autonomização e de inclusão social das vítimas de violência doméstica, nomeadamente as acolhidas em casa de abrigo” (Guerra et al., 2016, p. 80).

Também Machado et al. (2020) defenderam que é possível a deteção, a prevenção destes atos pelos profissionais e um estabelecimento de uma relação de proximidade das vítimas com estes. Para estes autores, é esta proximidade que permite que se proceda a intervenções junto das vítimas, com o intuito de identificar o problema, prestar apoio às vítimas, encaminhá-las para os serviços psicossociais e legais, para que se minimize o efeito da violência no bem-estar e na saúde das mesmas. Dentro deste âmbito, estes autores, na sua revisão bibliométrica, encontraram três tópicos fundamentais para alavancar estas intervenções e que são as capacidades e competências dos profissionais de saúde, a forma como a triagem é efetivada e a tipologia das próprias intervenções; acresce que estas intervenções devem estar alinhadas com o contexto na qual a mulher está inserida, de modo que as suas especificidades familiares, locais e culturais sejam tidas em conta.

4.2. Violência Contra as Mulheres em Números

Em jeito de contextualização, a figura que se segue dá conta dos números da violência doméstica nos países membros da União Europeia.

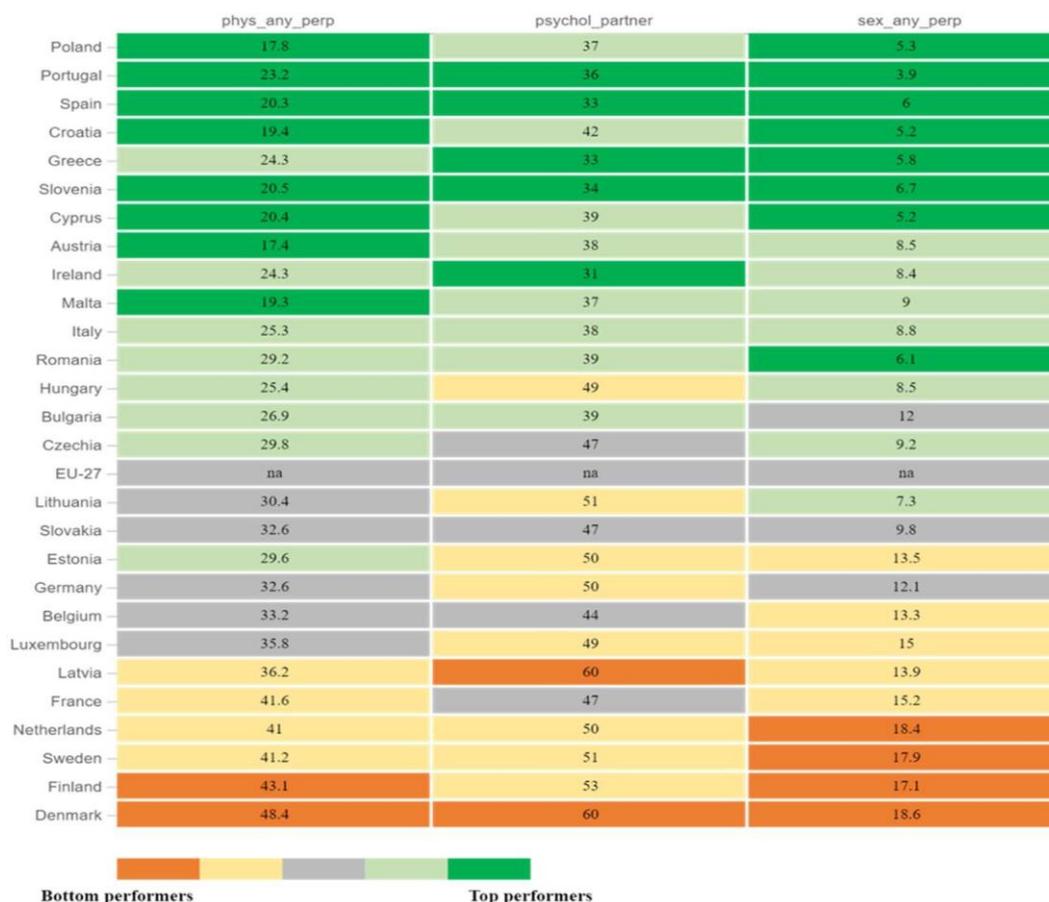


Figura 3 – Percentagens da violência doméstica na União Europeia (Fonte: GENDER EQUALITY STRATEGY Monitoring Portal | Rankings (europa.eu))

Em Portugal, os números da violência doméstica são monitorizados pelo Ministério da Administração Interna (Secretaria Geral do MAI) e, ainda pela APAV (APAV PT). Assim, o último relatório de monitorização disponível respeita ao ano de 2019, constante no site do referido Ministério, pelo que seguidamente exibe-se os principais resultados para se enquadrar a violência doméstica no território português.

A figura 4 mostra a evolução dos atos de violência doméstica ocorridos entre 2018 e 2019.



Figura 4 - Evolução da violência doméstica entre 2018/2019 (Fonte: SGMAI, 2020)

A leitura da figura 4 mostra que taxa de variação face ao mês homólogo de 2018 foi positiva, embora heterogénea, mês a mês. De março a setembro verificou-se uma desaceleração nas taxas de variação observadas, com exceção do mês de julho (11%), já de outubro a novembro o incremento no número de ocorrências participadas às forças de segurança voltou a ser crescente (SGMAI, 2020).

Já a figura 5 mostra as ocorrências de violência doméstica entre 2017 e 2019, para todo o território nacional

	Nº total de participações				GNR				PSP			
	2017	2018	2019	Tx. var. ⁶ (%)	2017	2018	2019	Tx. var. (%)	2017	2018	2019	Tx. var. (%)
Continente	24711	24609	27616	12,2	11228	11909	13499	13,4	13483	12700	14117	11,2
R.A. Açores	1052	950	997	4,9	2	3	2	-	1050	947	995	5,1
R.A. Madeira	983	873	860	-1,5	1	1	2	-	982	872	858	-1,6
Portugal	26746	26432	29473	11,5	11231	11913	13503	13,3	15515	14519	15970	10,0

Fonte: Cálculos da SGMAI com base nos dados fornecidos pelas Forças de Segurança.

Figura 5– Volume das ocorrências registadas pelas Forças de Segurança (Fonte: SGMAI, 2020).

Verificou-se que em 2019 se registaram 29473 participações de violência doméstica, o que representa um aumento de 3041 ocorrências em relação a 2018 (de 26432 para 29473, o que corresponde a +11,5%) (SGMAI, 2020).

Distrito/Comando	2018			2019			Peso no total (2019) (%)	Peso no total GNR (2019) (%)	Peso no total PSP (2019) (%)	Taxa de variação anual (2019-2018) (%)	Taxa de incidência (2019) por mil hab.
	GNR	PSP	Total	GNR	PSP	Total					
Aveiro	1318	486	1804	1560	475	2035	6,9	11,6	3,0	12,8	2,92
Beja	260	66	326	241	70	311	1,1	1,8	0,4	-4,6	2,19
Braga	1225	576	1801	1306	647	1953	6,6	9,7	4,1	8,4	2,35
Bragança	216	77	293	241	102	343	1,2	1,8	0,6	17,1	2,74
Castelo Branco	309	158	467	422	171	593	2,0	3,1	1,1	27,0	3,29
Coimbra	540	364	904	610	360	970	3,3	4,5	2,3	7,3	2,39
Évora	232	132	364	244	134	378	1,3	1,8	0,8	3,8	2,46
Faro	898	508	1406	1040	562	1602	5,4	7,7	3,5	13,9	3,65
Guarda	298	69	367	334	73	407	1,4	2,5	0,5	10,9	2,80
Leiria	469	410	879	589	476	1065	3,6	4,4	3,0	21,2	2,34
Lisboa	916	5065	5981	1119	5583	6702	22,7	8,3	35,0	12,1	2,96
Portalegre	207	122	329	183	129	312	1,1	1,4	0,8	-5,2	2,94
Porto	1991	2623	4614	2091	2905	4996	17,0	15,5	18,2	8,3	2,81
Santarém	516	261	777	663	394	1057	3,6	4,9	2,5	36,0	2,45
Setúbal	1165	1293	2458	1311	1518	2829	9,6	9,7	9,5	15,1	3,32
Viana do Castelo	399	180	579	443	193	636	2,2	3,3	1,2	9,8	2,75
Vila Real	335	113	448	366	120	486	1,6	2,7	0,8	8,5	2,53
Viseu	615	197	812	733	202	935	3,2	5,4	1,3	15,1	2,63
R. A. Açores	3	947	950	2	995	997	3,4	0,0	6,2	4,9	4,10
R. A. Madeira	1	872	873	2	858	860	2,9	0,0	5,4	-1,5	3,38
Total	11913	14519	26432	13503	15970	29473	100	100	100	11,5	2,87

Fonte: Cálculos da SGMAI com base nos dados disponibilizados pela GNR e PSP. Taxa de incidência calculada com base nas estimativas do Instituto Nacional de Estatística (INE) para a população média residente em Portugal (ano 2018) (atualizadas em 14/6/2019).

Figura 6 – Distribuição geográfica das ocorrências de violência doméstica em Portugal (Fonte: SGMAI, 2020).

A distribuição geográfica das participações de atos violentas (Figura 6), mostra um aumento generalizado em todas as capitais de distrito, salvo raras exceções (Beja e Portalegre). De destacar que Castelo Branco (área de incidência do estudo aqui exposto) apresentava em 2019 um registo de 593 queixas nas forças de Segurança Pública, o que mostra um acréscimo face a 2018 de 17,1%.

Não menos importante, é a tipologia da formalização da participação do crime de violência doméstica por parte da vítima, pelo que apresenta a figura 7.

		Total
Meio de comunicação da denúncia	Presencial	47,7
	Por telefone	25,5
	Através de ações de policiamento de proximidade	20,8
	Sistema de Queixa Eletrônica ¹³ ou por e-mail	0,3
	Outros/não definido (<i>inclui 112</i>)	5,7
Motivo da intervenção policial	Pedido da vítima	76,1
	Denúncia anônima	2,5
	Informação de familiares	6,4
	Informação de vizinhos/as	3,8
	Conhecimento direto das FS	3,4
Outro	7,7	
Entrada no domicílio (sim)		29,4
Tipo de entrada¹⁴	Autorização escrita da vítima e/ou denunciado/a	2,7
	Aut. verbal expressa da vítima	62,5
	Aut. verbal expressa do/a denunciado/a	7,0
	Aut. verbal expressa da vítima e denunciado/a	26,0
	Por iniciativa policial (<i>perigo efetivo atual ou iminente</i>)	1,5
Por mandado judicial	0,3	

Figura 7– Tipologia das queixas- crime pelas vitimas (Fonte: SGMAI, 2020).

A maioria das vítimas optou pela queixa presencial (47,7%), cerca de 26% pelo atendimento telefónico e as restantes pelos outros meios institucionais disponíveis. Destas, cerca de 76% exigiram a intervenção das Forças de Segurança. Por outro lado, 81,9 destas queixas foram apresentadas por mulheres, com maiores ocorrências na faixa etária entre os 35-44 anos. Importante ainda perceber como as vítimas se caracterizam socialmente (Figura 8).

		%
Tipo de relação vítima - denunciado/a	Conjugalidade presente	52,4
	Conjugalidade passada	21,3
	Vítima é descendente	6,6
	Vítima é ascendente	7,4
	Vítima é colateral	0,4
	Namoro - presente	5,1
	Namoro - passado	6,3
	Outras situações	0,7
Depende económica do/a denunciado/a (sim)		16,2
Com internamento hospitalar		0,7
Com baixa médica		0,3

Figura 8 – Caracterização social das vítimas (Fonte: SGMAI, 2020).

De destacar que 76% dos casos ocorrem numa residência particular, em que 81% destes casos se tratava da residência da vítima e do/a denunciado/a ou da residência apenas da vítima; 18% dos casos a situação aconteceu na via pública ou em locais públicos interiores (e.g., organismo público, estabelecimento comercial, estabelecimento de restauração e bebidas, entre outros), como se visualiza na figura 9 (SGMAI, 2020).

		%
Local da ocorrência	Residência particular	76,4
	Via pública	14,3
	Espaço público "fechado"	4,2
	Outro/desconhecido	5,1
Presença de menores (sim)		31,5
Ocorrências anteriores (sim)		19,9 (PSP)
Tipo de violência exercida (PSP)	Física	68,5
	Psicológica	88,9
	Sexual	3,0
	Económica	8,1
	Social	21,6
Consequências para a vítima	Sem lesões	62,3
	Ferimentos ligeiros	37,3
	Ferimentos graves	0,4

Figura 9 – Outras características da violência exercida

Por fim, a violência contra as mulheres está explicitada na figura seguinte (Figura 10), em que o agressor é o homem.

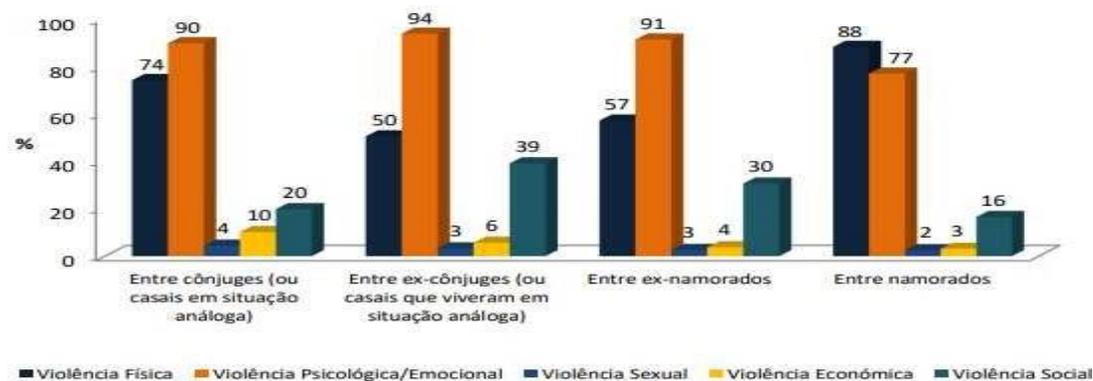


Figura 10 – Tipologia da vitimação (Fonte: SGMAI, 2020).

O SGMAI (2020, pp. 33-34) concluiu que “Cruzando o tipo de violência com o tipo de relação vítima-denunciado/a (tipologia de vitimação), constata-se que a proporção mais elevada de casos em que foi assinalada violência física se registou nas situações de violência doméstica entre namorados (88%) e contra cônjuges (75%). No que concerne à violência psicológica/emocional observam-se valores mais expressivos (iguais ou superiores a 90%) no âmbito das várias tipologias, assumindo valores ligeiramente inferiores quando a violência exercida é sobre atual cônjuge (88%) ou sobre namorado/a (75%). A violência social esteve presente em especial nas situações de violência contra ex-cônjuge e ex-namorado/a (27% e 30%, respetivamente). A violência económica foi especialmente sinalizada nas situações de violência contra ascendentes (21%) e a violência sexual surgiu em maior proporção nas situações de violência contra atual cônjuge (4%), sendo que nas restantes tipologias correspondeu a 2-3% (exceto na violência contra ascendentes em que se situou próximo de 0%).”

No tocante à APAV (2020), os dados de 2020 mostram que 8720 vítimas foram auxiliadas, maioritariamente, por atendimento presencial (61.6%). Destes atendimentos, 75,4% são de violência doméstica, em que o agressor é quase sempre homem (655), com uma idade média entre os 35 e 44 anos, em que prevalece a vitimização continuada (52%); as vítimas são na sua maioria mulheres (74,9%), com uma idade média de 40 anos, com habilitações educacionais razoáveis e que, ainda, tiveram relações com o agressor (e.g., cônjuge, companheiro, ex-companheiro).

Sendo a APAV uma instituição particular de solidariedade social, esta tem como objetivo promover e contribuir para a informação, proteger e apoiar os cidadãos vítimas de infração penais. É uma Instituição fundamental no combate da violência em Portugal,

contribuindo para uma sociedade mais inclusiva, apoiando as vítimas, suas famílias e amigos prestando serviços de qualidade, gratuitos e confidenciais. A APAV está presente através de uma rede de 18 gabinetes de apoio à vítima, localizados em território nacional que abrangem 25 localidades; três casas de abrigo, uma linha de apoio a vítimas; três redes de apoio especializado: crianças e jovens vítimas de violência sexual, familiares e amigos de vítimas de homicídio e vítimas migrantes e de discriminação. Porém, na Cova da Beira não existe nenhum gabinete de apoio à vítima, o que passa pelo encaminhamento destas para um Gabinete de outra zona geográfica.

Relativamente ao apoio prestado pelos profissionais de saúde, o relatório final da comissão técnica multidisciplinar, tornado público em 2020, identificou debilidades na formação ofertada sobre a violência, com foco nos referenciais de conteúdo, de harmonização, de hiato entre a teoria e a prática, manuais pouco esclarecedores e escassa formação específica, entre outros aspetos, o que tem dificultado a ação direta destes profissionais. Adicionalmente, recomendou a atualização contínua dos conhecimentos e competências dos profissionais de saúde para dar respostas às vítimas de violência, a formação de redes locais de intervenção integrada, a título de exemplo.

CAPÍTULO 5

Metodologia de Investigação

5.1. Abordagem de Investigação

Atendendo aos objetivos definidos para a presente investigação, adotou-se uma metodologia qualitativa, que tem vindo a ser vista como uma opção desvinculada dos referenciais positivistas e própria para o estudo de questões específicas, locais e delimitadas e aproximando-se dos participantes no ambiente em que vivem e se relacionam. Neste tipo de pesquisa, pode-se abranger uma realidade social mais característica de atores sociais, englobando o seu contexto social, tal como se pretende na análise do fenómeno da violência doméstica (Andrade et al., 2011).

Merriam (1988) identifica algumas características comuns a todos os tipos de investigação qualitativa: a primeira, baseada na visão de que a realidade é construída por indivíduos interagindo com os seus mundos sociais; a segunda, na visão de que o investigador constitui o instrumento primário para a recolha e análise dos dados. Tal tipo de investigação envolve, frequentemente, um trabalho de campo, emprega uma estratégia indutiva de investigação e resulta num produto intensamente descritivo. Ela permite uma análise mais profunda das relações e de processos, já que se trabalha mais intensamente com o universo de significados crenças, valores e atitudes.

Para Patton (1990), a investigação qualitativa é humanista, indutiva e centra-se nas pessoas, cenários e grupos de modo holístico (encarados como um todo, e não reduzidos a variáveis), além de procurar compreender as pessoas tendo em conta o seu quadro de referências. Perante este cenário, a metodologia qualitativa assenta numa posição epistemológica interpretativa, dado que se pretende a construção de um processo dinâmico sobre as particularidades do fenómeno em estudo (González Rey, 2014). Deste modo, para estudar e analisar o tema da violência contra as mulheres e o seu impacto na saúde, optou-se por uma abordagem de investigação qualitativa, por ser a mais adequada para o entendimento das questões a serem investigadas, já que se privilegia o ponto de vista dos próprios sujeitos, a sua produção de significados e as suas perceções relativamente ao fenómeno da violência doméstica – tanto no que respeita às vítimas,

como aos profissionais de saúde. Segundo Godoy (1995, p. 63), não deve negligenciar-se, o facto que durante o processo, neste tipo de investigação, “*o significado que as pessoas dão às coisas e a sua vida deve ser a preocupação essencial do investigador*”.

Por outro lado, a partir do referencial teórico desenvolvido, esta investigação foi predominantemente do tipo qualitativo, o que se justifica por ser uma forma adequada para compreender os fenómenos sociais nas suas interações, dinâmicas e processos. Mais precisamente, por entender-se que este tipo e metodologia é a mais apropriado para a investigação dos fenómenos do ponto de vista dos atores sociais e dos significados que atribuem às suas ações (Merriam, 1988).

Em suma, para ultrapassar as restrições de algumas investigações anteriores (de natureza quantitativa), enunciadas por Virkki et al. (2015), torna-se imperiosa a continuação de investigações do tipo qualitativo, que permitam avançar para uma compreensão mais profunda e detalhada do fenómeno aqui em análise: violência doméstica contra as mulheres e o papel e atitudes dos profissionais de saúde na identificação e atuação perante situações de assistência decorrentes deste tipo de violência. Com esta abordagem, não se pretende mensurar fenómenos, mas a obtenção de dados descritivos, para a compreensão de um determinado ato que acontece de forma direta e interativa, o que permite a interpretação do mesmo (Dube & Parê, 2003; Yin, 2015).

Embora muitas das investigações sobre a violência doméstica tenham adotado uma metodologia quantitativa (recurso a questionários e análise estatística) com vista a uma validade externa mais elevada (Barnett et al., 1997; Rosenbaum, 1988; Rosenbaum, 1988), a mesma não possibilita a determinação dos contextos, padrões, sentidos e consequências da violência. Por outro lado, a abordagem deste tópico inclui valores particulares, que carecem de uma análise de comportamentos de natureza social (Saunders, 1990; Yllö & Bograd, 1988), pelo que a abordagem qualitativa permite a compreensão do significado, das interpretações e das experiências subjetivas das vítimas de violência (Dias, 2008).

Decorrente do acima exposto, consideramos que a abordagem de natureza qualitativa é aquela que melhor nos permite captar a natureza do fenómeno em análise e atingir os objetivos de investigação propostos, tendo-se optado por técnicas de recolha de dados consonantes com tal opção metodológica.

5.2. Técnicas de Recolha de Dados

Como referido e justificado, a opção metodológica da presente investigação recaiu sobre uma metodologia qualitativa. Esta metodologia caracteriza-se pela utilização de dados descritivos, por uma análise indutiva, que permite explicar fenómenos sociais num contexto específico, que possibilitam a utilização de múltiplas fontes e técnicas de recolha de dados (Yin, 2015). Assim, para dar resposta aos objetivos definidos para esta investigação empírica optou-se pelo uso de duas técnicas principais de recolha de dados: entrevistas a vítimas de violência doméstica e *focus group* com profissionais de saúde. Para além destas, recorreu-se ainda à análise de documentos de vários tipos, como seja legislação, relatórios nacionais e internacionais, estatísticas sobre violência doméstica.

5.2.1. Entrevistas

As entrevistas têm a vantagem da focalização direcionada ao tópico do estudo, permitindo inferências a partir daí (Yin, 2015). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas (Anexo 1) em profundidade, individuais e presenciais a mulheres vítimas de violência:

Com estas entrevistas procura-se coletar, aceder às histórias de vida, narrativas consideradas um recurso de grande valor nas ciências sociais. Começou por ser uma técnica utilizada nos anos 20 e consiste na narração da experiência de vida de uma pessoa. *“A história de vida apresenta um carácter global e é suscitada pelo investigador para determinados fins: fazer uma análise da realidade vivida pelos sujeitos, conhecer a cultura de um grupo humano, compreender aspetos básicos do comportamento humano e das instituições”* (Aires, 2015, p. 41). Queiroz (1988) coloca a história de vida no quadro amplo da história oral que também inclui depoimentos, entrevistas, biografias, autobiografias. Esta autora considera que toda a história de vida encerra um conjunto de depoimentos e, embora seja o investigador a escolher o tema, que formula as questões ou a esboça um roteiro temático, é o narrador quem decide o que narrar. A autora vê na história de vida uma ferramenta valiosa exatamente por se colocar

Foi dada liberdade para as mulheres discorrerem sobre as suas histórias de vida, da forma como se sentissem mais confortáveis e elencando os espaços, tempos e eventos que tivessem significado para elas, ao seu próprio ritmo.

Nas entrevistas realizadas seguiu-se um procedimento que envolvia um primeiro contacto por parte do Gabinete de Apoio à Vítima, seguido de um contacto por parte da investigadora e realização da entrevista, com gravação da mesma, após permissão das interlocutoras (ver Anexos 2).

Em termos sucintos, o processo e protocolo para a entrevista às mulheres seguiu os quesitos expostos na tabela 4.

Tabela 4 – Protocolo das entrevistas

1	Preparação inicial (Contatar as mulheres a estudar, através de e-mail e/ou contato pessoal)
2	Apresentar detalhadamente os objetivos da investigação
3	Informar as entrevistadas da duração prevista da entrevista e assegurar a total confidencialidade da sua participação, i.e., entrevista exclusivamente para utilização académica, de molde a permitir tranquilidade e confiança no processo;
4	Entrega da carta de apresentação e do consentimento informado
5	Realização da entrevista e obtenção, de novo, da autorização para a sua gravação
6	Agradecer a colaboração da entrevistada
7	Recolher a informação disponibilizada pelas entrevistadas e demais elementos considerados relevantes, (e.g., notas de campo)

5.2.2. Focus group

Morgan (1996, 1997) definiu os *focus group* como uma técnica de investigação de recolha de dados, através da interação do grupo sobre um tópico apresentado pelo investigador, promovendo a discussão no grupo e a dinamização do papel do investigador nessa discussão. Outro estudo salientou que a estes componentes caracterizadores dos *focus group*, ainda se juntam o foco da discussão num certo tema, o seu contributo para a compreensão do mesmo e a homogeneidade do perfil dos participantes (Krueger & Casey, 2009). O *focus group* tem sido amplamente utilizado em pesquisas que visam a compreensão da visão dos participantes em relação a um tema específico, através das suas palavras, comportamentos e reações (Morgan, 1997). De acordo com Bloor et al. (2001) e Krueger e Casey (2009), a implementação deste técnica implica o seguimento rigoroso e sistemático de cinco fases, a saber:

- 1) Planeamento – está relacionado com os objetivos definidos para a pesquisa, com os objetivos que se pretende ao realizar o *focus group*, com a estrutura do guião da entrevista, com a escolha dos participantes, com a dimensão dos grupos e número de grupos (Silva, Veloso, & Keating, 2014). Nesta fase, Krueger e Casey

(2009) defenderam a importância da homogeneidade dos grupos em relação às suas características e interesses e ao facto de possuírem algo em comum;

2) Preparação – esta fase respeita à seleção dos participantes e ao alinhamento das condições de logística (escolha do local para realização da entrevista) (Silva et al., 2014). É nesta fase que os participantes selecionados são informados, de forma clara, sobre os objetivos da pesquisa, as regras de participação e a eventual duração estimada da reunião (Bloor et al., 2001). Outra questão crucial nesta fase, é a garantia da confidencialidade da informação recolhida (Bloor et al., 2001; McParland & Flowers, 2012; Sagoe, 2012).

3) Moderação - esta fase remete para a duração da entrevista que, para Morgan (1996), pode ter uma duração média de noventa minutos. Aqui a intervenção do moderador é o elemento-chave (Kueger & Casey, 2009; Sagoe, 2012), já que está subjacente ao dinamismo deste na condução da entrevista, o qual não deve emitir julgamentos (Krueger & Casey, 2009). Isto significa que o moderador deve questionar, ouvir, manter a conversação orientada para os objetivos de pesquisa definidos e certificar-se que todos participam nessa, concluíram os mesmos autores.

4) Análise dos dados - os *focus group* tipicamente são gravados e posteriormente transcritos, cuja transcrição deve ser uma reprodução o mais fiel possível, para que a sua leitura proporcione a compreensão do que aconteceu e a base da análise de dados (Silva et al., 2014). Estas análises de dados qualitativos dividem-se em três etapas diferentes: 1) codificação/indexação, que ocorre depois da transcrição e da revisão do texto para a atribuição de categorias; 2) armazenamento/recuperação da informação codificada na etapa 1 por categorias, podendo usar-se softwares apropriados para o efeito; e 3) interpretação sustentada numa análise sistemática e de conteúdo dos dados (Bloor et al., 2001).

5) Divulgação dos resultados - Morgan (2010) enfatizou que o relato de citações per si é essencial na investigação qualitativa, dado que fornece evidência para a credibilidade da análise realizada.

Para Duarte et al. (2012), o uso de *focus group* assume relevância na área da sociologia. Também o estudo recente de Husso et al. (2020), sobre a intervenção em saúde nos casos de violência doméstica, utilizou o *focus group* como forma de recolha dos dados, o que fortalece a opção de adotar nesta pesquisa essa técnica. Considera-se que a

homogeneidade dos participantes, o facto de todos terem condições de se pronunciar sobre o tema em discussão, o facto de a interação entre os participantes ter o potencial de fazer emergir pontos de vista e a partilha de experiências, semelhantes ou não, contribuiu para que tivéssemos optado pela realização de *focus-group*.

Assim, para além das entrevistas com mulheres vítimas de violência doméstica, foram também realizados *focus group* com profissionais de saúde que assistem (ou poderão assistir) a situações de violência, no âmbito dos cuidados de saúde primários. Neste sentido, o estudo foi também realizado no Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira Cova da Beira (ACeS) (Centros de Saúde da Covilhã, Fundão, Belmonte, Teixoso e Tortosendo).

Foram realizados *focus group* em cada um dos Centros de Saúde da Cova da Beira elencados em cima, com a participação de vários profissionais de saúde (cf. Tabela 6), com o intuito de analisar as perceções destes profissionais relativamente à violência doméstica e de compreender como avaliam as suas atitudes e práticas profissionais em contextos de intervenção em situações de violência doméstica.

Os grupos foram compostos, cada um, por 4 a 8 profissionais. Participaram mulheres e homens, com interesse pessoal e funcional na abordagem da violência doméstica contra as mulheres. Os participantes foram convidados a participar em reuniões agendadas nas próprias unidades/organizações de saúde, onde também decorreram os *focus-group* (Anexo 3). Nas reuniões programadas com cada grupo, apresentaram-se questões e tópicos para discussão/resposta. Cada sessão foi gravada e transcrita digitalmente.

Todas as entrevistas dos *focus group* foram conduzidas nos locais de trabalho dos profissionais de saúde, por conveniência dos próprios profissionais e também porque reuniam condições para a sua realização.

5.3. Seleção dos Participantes

No que respeita à presente investigação, a população da pesquisa foi composta por dois grupos distintos: mulheres vítimas de violência doméstica e profissionais de saúde. Note-se que, na investigação qualitativa, à medida que o investigador vai colhendo e analisando os dados, vai guiando a sua “*amostragem*” que é de natureza “*intencional*”, pelas pistas que recolhe acerca do que ainda lhe falta descobrir sobre o fenómeno (Fortin, 1999). Assim, a seleção das mulheres vítimas de violência doméstica foi elaborada de acordo com critérios de interesse para o presente estudo. Não foi, por isso, indicado à partida o número de mulheres participantes no estudo. Idealmente, o critério para a

definição desse número deveria ser o da saturação, mas esteve sobretudo ligado com a disponibilidade das vítimas, a qual foi ainda fortemente condicionada pelas regras sanitárias impostas pela pandemia. Como refere Barañano (2008), qualquer narrativa de um simples entrevistado é limitada para relatar os detalhes necessários de forma a compreender profundamente o processo em estudo. Contudo, Gil (1999) destaca que a relevância dos resultados obtidos neste tipo de desenho qualitativo depende do estudo de certa variedade de participações. Na presente investigação, o acesso às participantes dependeu da intervenção de uma terceira parte, sendo que não tínhamos margem para definir as características e o perfil das mulheres que pretendíamos incluir, nem condições para alargar o seu número para além das que acederam participar.

O acesso a mulheres vítimas de violência doméstica foi mediado pelo Gabinete de Apoio à Vítima, tendo sido ele a identificar e a promover o primeiro contacto com as participantes. Essa identificação foi feita entre as mulheres vítimas de violência doméstica que são assistidas neste Gabinete e que, no entender da técnica, reuniam condições para participar, sem que isso pusesse em risco a sua saúde psicológica, a sua estabilidade emocional ou a sua segurança.

Após intensas diligências por parte do Gabinete de Apoio à Vítima, foi possível entrevistar oito vítimas de violência doméstica. Na verdade, gostaríamos de ter entrevistado mais mulheres, no sentido de garantir alguma diversidade entre as participantes, mas foi progressivamente sendo cada vez mais difícil para o Gabinete de Apoio à Vítima indicar mulheres, sendo que das indicadas nem todas acederam a participar. A juntar a esta dificuldade em obter aceitação para a participação, o facto de o trabalho empírico ter sido desenvolvido durante a pandemia da Covid-19, com todas as restrições sanitárias que daí resultaram, constituiu uma séria limitação ao recrutamento de mais participantes e à própria realização das entrevistas.

As mulheres entrevistadas, entre os meses de julho e novembro de 2019, situam-se nas faixas etárias entre 30 e 65 anos, são divorciadas ou solteiras e as habilitações literárias vão desde o 9º ano ao 12º ano. Já o seu status profissional oscila entre empregada, desempregada e reformada (Tabela 5).

Tabela 5– Caracterização sociodemográfica das vítimas entrevistadas (unidade de análise 1)

Participantes	Idade	Estado Civil	Status Profissional	Filhos	Escolaridade
EV1	64	Divorciada	Reformada	1	12º ano
EV2	65	Divorciada	Reformada	2	5º ano
EV3	30	Divorciada	Desempregada	2	12º ano
EV4	37	Divorciada	Empregada	1	12º ano
EV5	39	Solteira	Empregada	2	9º ano
EV6	49	Divorciada	Empregada	1	12º ano
EV7	44	Solteira	Empregada	1	9º ano
EV8	32	Solteira	Desempregada	2	12º ano

No que respeita aos participantes do *focus group*, foram selecionados 31 profissionais de saúde distribuídos por 6 *focus group* e cuja caracterização se exhibe na tabela 6. Os participantes foram selecionados com base no seu potencial para providenciar assistência em saúde (deteção, tratamento, encaminhamento) a vítimas de violência doméstica contra as mulheres.

Nos *focus group* participaram coordenadores de serviço, médicos, enfermeiros e assistentes sociais, enquanto parte integrante do ACeS Cova da Beira. Esta escolha está relacionada com os argumentos de Manita et al. (2009) ao entenderem que os cuidados de saúde primários estão na primeira linha a que as vítimas lesadas recorrem, o que significa que devem estar preparados para identificar e denunciar os abusos dos agressores, mesmo sujeitos, segundo Silva (2018), ao sigilo profissional. Neste contexto, os participantes do *focus group* foram recrutados com base na sua disponibilidade, sublinhando-se que ainda persiste uma extrema dificuldade no envolvimento de profissionais de saúde. Assim, estes profissionais, através de contatos realizados pelo Vogal do Conselho Clínico e de Saúde e Presidente da Direção de Enfermagem do ACeS Cova da Beira, mostraram-se disponíveis para participarem no estudo aqui apresentado. A este contato de conveniência, também acresce que os profissionais das unidades de saúde familiares e de medicina geral, normalmente, assumem uma posição privilegiada no contato com as mulheres vítimas de violência doméstica, por exemplo, em consultas de rotina. Um outro critério de seleção destas unidades e profissionais de saúde prende-se com o facto de estas serem compostas por equipas multiprofissionais que desenvolvem atividades nos diferentes níveis de prevenção, como por exemplo na violência doméstica, visando garantir mais e melhor qualidade assistencial orientada para as necessidades das vítimas, bem como na melhoria do acesso aos cuidados de saúde por estas. Neste sentido,

a tabela 6 exhibe os dados sociodemográficos do *focus group* que decorreram entre julho de 2019 a janeiro de 2020.

Tabela 6– Caracterização sociodemográfica do *focus group* (unidade de análise 2)

Focus group 2	Local	Duração das entrevistas	Dados individuais			
			Idade/sexo	Profissão	Experiência (anos)	Serviço
FC1 (8)	ACeS Covilhã	1h39 m	43/F	Enfermeira	23	Centro de Saúde do Teixoso
			53/F	Enfermeira	30	Centro de Saúde da Covilhã
			51/F	Enfermeira	26	Centro de Saúde da Belmonte
			53/M	Enfermeiro	33	ACeS Cova da Beira
			53/F	Enfermeira	33	Centro de Saúde Tortosendo
			50/F	Enfermeira	28	
			56/F	Enfermeira	33	
			62/F	Enfermeira	40	
FC2 (4)	Centro de Saúde do Teixoso	32 m e 13 s	26/F	Médica	1	Centro de Saúde do Teixoso
			50/F	Enfermeira	27	Centro de Saúde do Teixoso
			40/F	Enfermeira	18	
			34/F	Enfermeiro	12	
FC3 (7)	Centro de Saúde do Fundão	32 m e 30 s	46/F	Enfermeira	23	Centro de Saúde do Fundão
			53/F	Enfermeira	30	
			46/F	Enfermeira	24	
			29/F	Médica	4	
			43/F	Enfermeira	21	
			45/F	Enfermeira	24	
			35/F	Enfermeira	13	

2 Para a identificação individual de cada entrevistado, aquando da transcrição das entrevistas gravadas, foi elaborada uma planta logística do espaço físico onde estas ocorreram.

Tabela 6– Caracterização sociodemográfica do *focus group* (unidade de análise 2)

<i>Focus group</i> 2	Local	Duração das entrevistas	Dados individuais			
			Idade/sexo	Profissão	Experiência (anos)	Serviço
FC4 (4) +(1)	Centro de Saúde de Belmonte	17 m e 48 s	37/F	Enfermeira	14	Centro de Saúde de Belmonte
			38/F	Enfermeira	16	
			53/F	Assistente Social	27	
			52/M	Enfermeiro	28	
FC5 (4)	Centro de Saúde da Covilhã	1 h 17 m e 42 s	55/F	Enfermeira	29	UCSP Covilhã
			31/M	Médico	5	
			38/F	Enfermeira	6	UCC Cova Juliana
			50/F	Assistente Social	24	ACeS Cova da Beira
FC6 (4)	Centro de Saúde do Tortosendo	1 h e 58 s	31/F	Médico	3	Centro de Saúde do Tortosendo
			53/F	Enfermeira	29	
			47/F	Enfermeira	23	
			32/M	Médico – M4	0	

5.4. Procedimentos Éticos

Nesta investigação, dado envolver um tópico sensível e tendo em conta a vulnerabilidade social das mulheres participantes, foram tidos particulares cuidados com procedimentos éticos. Assim, a investigação foi submetida à Comissão de Ética para a Saúde, da Administração Regional de Saúde do Centro, tendo obtido parecer positivo (Anexo 7).

Foram tidas em conta as imprescindíveis garantias da confidencialidade e anonimato. Nem as mulheres vítimas de violência doméstica entrevistadas, nem os profissionais de saúde ou as instituições a que pertencem são identificados, nos respetivos excertos dos seus discursos, por motivos éticos. No decurso desta investigação, foi crucial que a investigadora tivesse sempre presente o direito à privacidade e à liberdade de todos os

participantes envolvidos nas entrevistas realizadas, bem como a natureza sensível do tema e o facto de se tratar de uma investigação envolvendo sujeitos vulneráveis.

Neste sentido, procedeu-se à recolha dos respetivos consentimentos informados de todos os participantes e prestou-se a devida informação sobre os objetivos de investigação. Este procedimento está em conformidade com o defendido por Geffner, Rosenbaum e Hughes (1988, p. 470), que consideraram que *“informar os objetivos da investigação e obter o devido consentimento ou a negação de participar, são questões importantes para minimizar a distorção dos resultados obtidos e para a ética pretendida pela ciência”*. Todos os participantes foram esclarecidos relativamente à natureza voluntária da sua participação e do direito de a qualquer momento poderem retirar-se, sem que daí advenha qualquer consequência para si. Assim, todas as entrevistas às vítimas foram realizadas presencialmente pela investigadora, tendo sido atribuído um código (EV) a cada uma delas, as quais decorreram no espaço físico do Gabinete de Apoio à Vítima, num ambiente que já conhecem e em que confiam, tendo sempre em vista a maior privacidade, pois como argumentam Geffner et al. (1988, p. 471), tal permite *“reduzir a coerção e aumentar o senso de segurança”* das mulheres. Também Guerra et al. (2016, p. 61) consideram que *“os espaços físicos onde decorre a entrevista são de extrema importância. A existência de uma sala onde a vítima possa ser atendida com privacidade é um dos mais importantes. Se existirem condições para acolher e manter distraídas as crianças, melhor ainda. No contacto com a vítima de violência doméstica devem ser evitados espaços onde se encontrem ou circulem outras pessoas, pois estes não garantem nem a tranquilidade nem a confidencialidade que deve enformar essa relação. A vítima não deverá também permanecer muito tempo numa sala de espera ou em locais públicos, pois poderá sentir-se desconfortável ou constrangida face ao olhar de terceiros.”*

Neste contexto, para as oito vítimas entrevistadas foi obtido o consentimento informado (Anexo 4), dado que este é o princípio legal que teoricamente abona a proteção das mesmas e das informações prestadas.

No que ao *focus group* diz respeito, a autorização para a sua realização foi mais morosa e burocrática. O primeiro passo residiu no envio de uma carta escrita (Anexo 5) dirigida ao Presidente do Conselho Clínico e de Saúde (Diretor Executivo do ACeS Cova da Beira) a 26 de outubro de 2018, com o objetivo de obtenção de autorização para a aplicação de instrumentos de recolha de dados aos profissionais de saúde associados à violência doméstica. A resposta a esta solicitação foi favorável, desde que se obtivesse o parecer

favorável da Comissão de Ética (Anexo 6). Assim, o segundo passo foi o envio do pedido de autorização à referida comissão, cuja resposta favorável ocorreu a 24 de junho de 2019, tendo sido homologado a 27 de junho do mesmo ano (Anexo 7). Após esta homologação, procedeu-se à obtenção do consentimento informado dos profissionais de saúde do *focus group*, no momento anterior à realização das entrevistas presenciais nas unidades de saúde (Anexo 8).

5.5. Organização, Tratamento e Análise da Informação

As entrevistas a mulheres vítimas de violência doméstica constituem uma das técnicas nucleares de recolha de dados da presente investigação. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas palavra a palavra para texto.

Após a transcrição das entrevistas, os textos que daí resultaram foram lidos várias vezes, no sentido de captar informações e significados que resultam de uma certa impregnação pelos dados, o que dificilmente se consegue numa primeira abordagem. Optou-se, assim, por realizar uma análise temática, a partir do *corpus* das entrevistas, a qual consiste em fazer emergir núcleos de sentido que compõem o texto, e cuja frequência pode ser relevante para os objetivos analíticos. Por tema entende-se a “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (Bardin, 1977, p. 105). Neste processo, torna-se necessário organizar o material recolhido, sistematizá-lo e condensá-lo, já que significados comuns a uma mesma temática podem estar dispersos pelo *corpus* da entrevista, de modo a obter unidades manipuláveis e passíveis de ser analisadas e discutidas à luz da literatura.

Assim, como base nos procedimentos antes descritos, foram identificadas três unidades temáticas: 1) Histórias de violência das vítimas e seu significado; 2) Intervenção por parte dos profissionais de saúde e 3) Impacto na saúde e no bem-estar das vítimas.

No que respeita aos *focus group*, os mesmos foram gravados em áudio e depois transcritos palavra a palavra. Dado o número de *focus group* e o número de intervenientes, obteve-se uma grande quantidade de texto, contando com múltiplas intervenções dos diferentes participantes, pelo que se optou por recorrer ao tratamento e análise com base na ferramenta informática MaxQDA. A partir da análise do texto, foram obtidas categorias e subcategorias de análise, as quais estruturaram a análise.

Numa primeira análise, a nuvem de palavras resultante da totalidade dos *focus group* realizados com profissionais de saúde, é exibida na figura 11. Esta nuvem evidencia o top

Lista de Códigos	Focus-Group	SOMA
Percepções individuais	●	185
Comportamento da vítima	●	40
Limitações no apoio à vítima	●	38
Desigualdade de género	●	22
Saúde	●	35
Violência doméstica	●	55
Violência de género	●	33
Prática profissional	●	90
Intervenção em violência doméstica	●	63
Orientações humanistas e biomédic	●	34
Formação académica e profisional	●	35
Violência doméstica e de género	●	32
Σ SOMA	662	662

Figura 12 – Identificação das dimensões dos *focus group*

A análise desta figura evidencia que os profissionais de saúde expressaram claramente as suas percepções individuais sobre o tópico aqui estudado, nos seus vários eixos, visível na dimensão do círculo a vermelho, (185 conexões) enquanto as outras duas categorias têm uma incidência bastante menor (125 conexões). No entanto, esta é uma análise simplista sobre as temáticas reportadas pelo MAXQDA. Isto, embora estas tenham sido selecionadas com base na sua coocorrência, dado que as unidades de significância são os segmentos do texto mais revelantes, logo mais representativos das dimensões estabelecidas. (Kuckartzi & Radiker 2019). A identificação destas categorias é o fio condutor da análise das entrevistas dos *focus group*, apresentada na próxima seção.

A figura 13, abaixo, resulta de uma análise minimalista do software MAXQDA ao conteúdo dos *focus group*, cuja configuração é um auxílio para se perceber a influência de cada tema emergente para os entrevistados/participantes e para o estudo da violência doméstica, com base num modelo único de *focus group* (Kuckartz & Rädiker, 2019). Dessas entrevistas, resultou que dentro da categoria 1 - percepções individuais - destaca-se que o termo violência doméstica foi referido 55 vezes, seguido do comportamento da vítima (40), como a subcategoria que mais os preocupa e, por fim, as limitações que sentem no apoio à vítima (38), os efeitos na saúde das vítimas (35), a persistência da violência de género (33) e, finalmente, surge a desigualdade de género (22). Já a categoria 2 incide sobre as intervenções dos profissionais de saúde (63) e as orientações humanistas e biomédicas (34), como unidades de significância e, por último, a categoria

3 incide sobre a formação profissional no âmbito da violência doméstica e de gênero (32), como unidade de significância única.

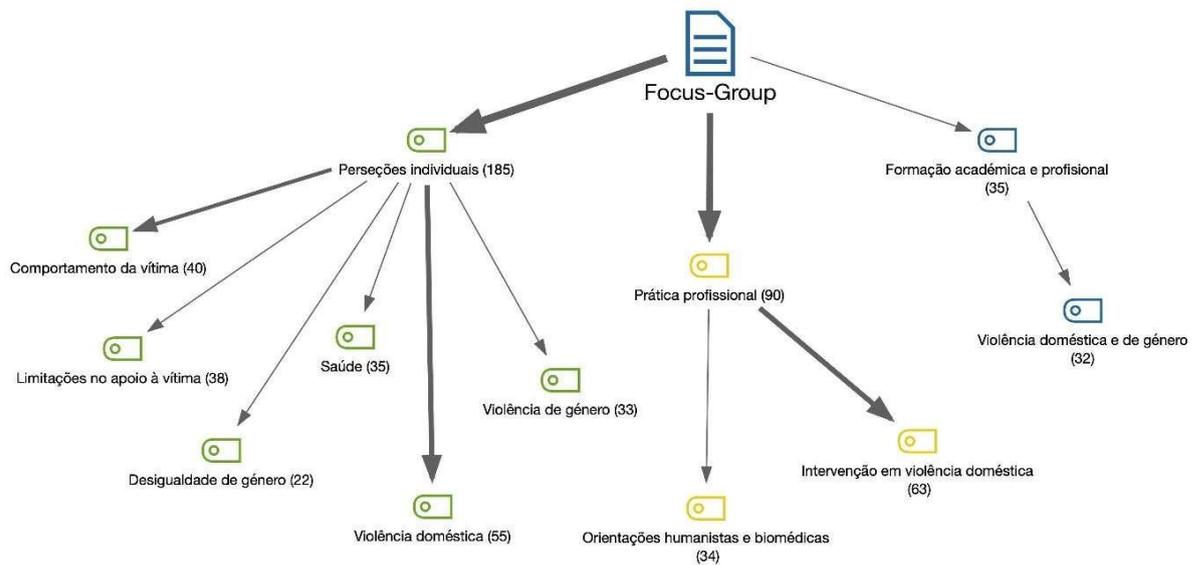


Figura 13 – Contribuição dos participantes por dimensão

Adicionalmente, a figura 14 mostra as ligações dos códigos, através das quais os mesmos segmentos de texto foram codificados, em que as linhas variam em função dos códigos e das suas similaridades, já as cores evidenciam os subcódigos (Gizzi & Rädiker, 2021). Este mapa conceitual exhibe claramente que as percepções individuais dos profissionais de saúde entrevistados são os subcódigos mais mencionados nas entrevistas (cor verde), seguido da prática profissional (cor amarela) e da formação profissional (cor azul). Por outro lado, esta coocorrência de códigos e subcódigos mostra uma conexão holística entre as três temáticas já mencionadas acima, as quais devem ser analisadas como um todo e não per si.

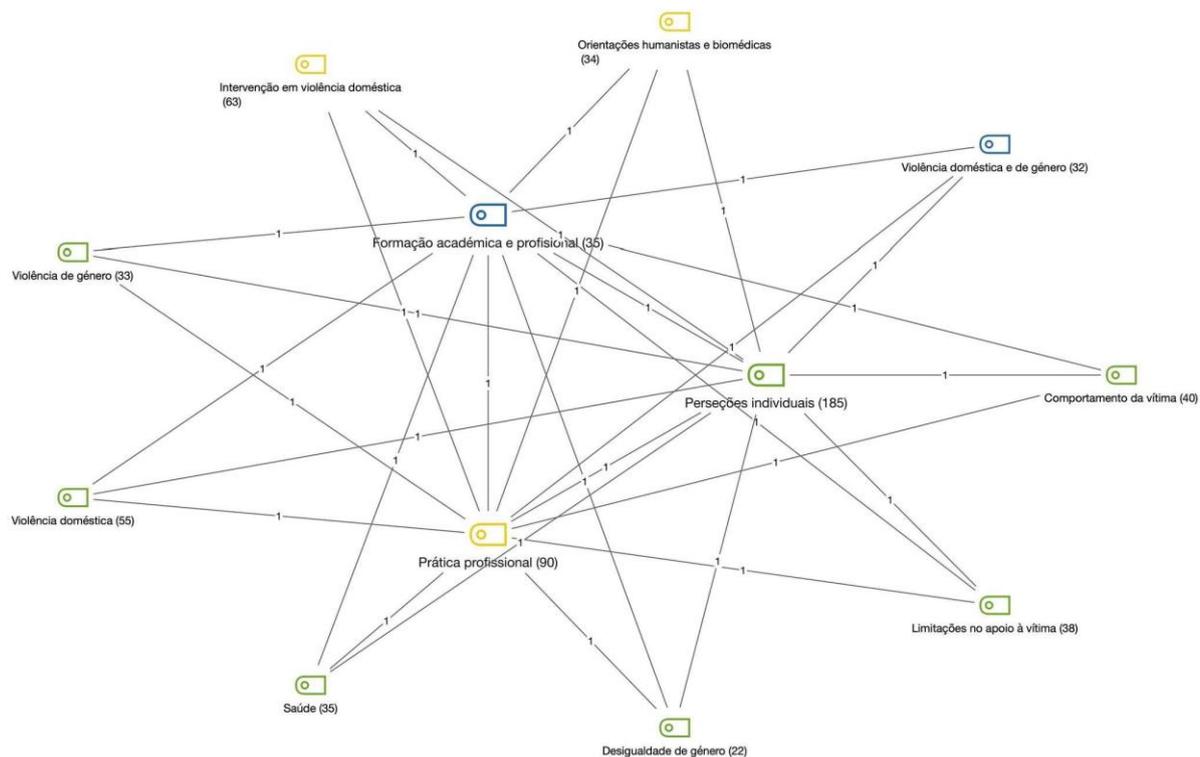


Figura 14 - Modelo de ocorrência dos códigos

Finalmente, a figura 15 representa o resultado de um trabalho de análise da totalidade das entrevistas dos *focus group*, para se gerar um mapa que demonstre resumidamente como as respostas dos participantes se interligam entre si e a força da sua conexão. Observando este mapa (Figura 18) e tendo em conta a dimensão e o sentido das setas entre temas, é perceptível que vários subtópicos foram explorados pelo *focus group* no que respeita ao tópico aqui analisado.

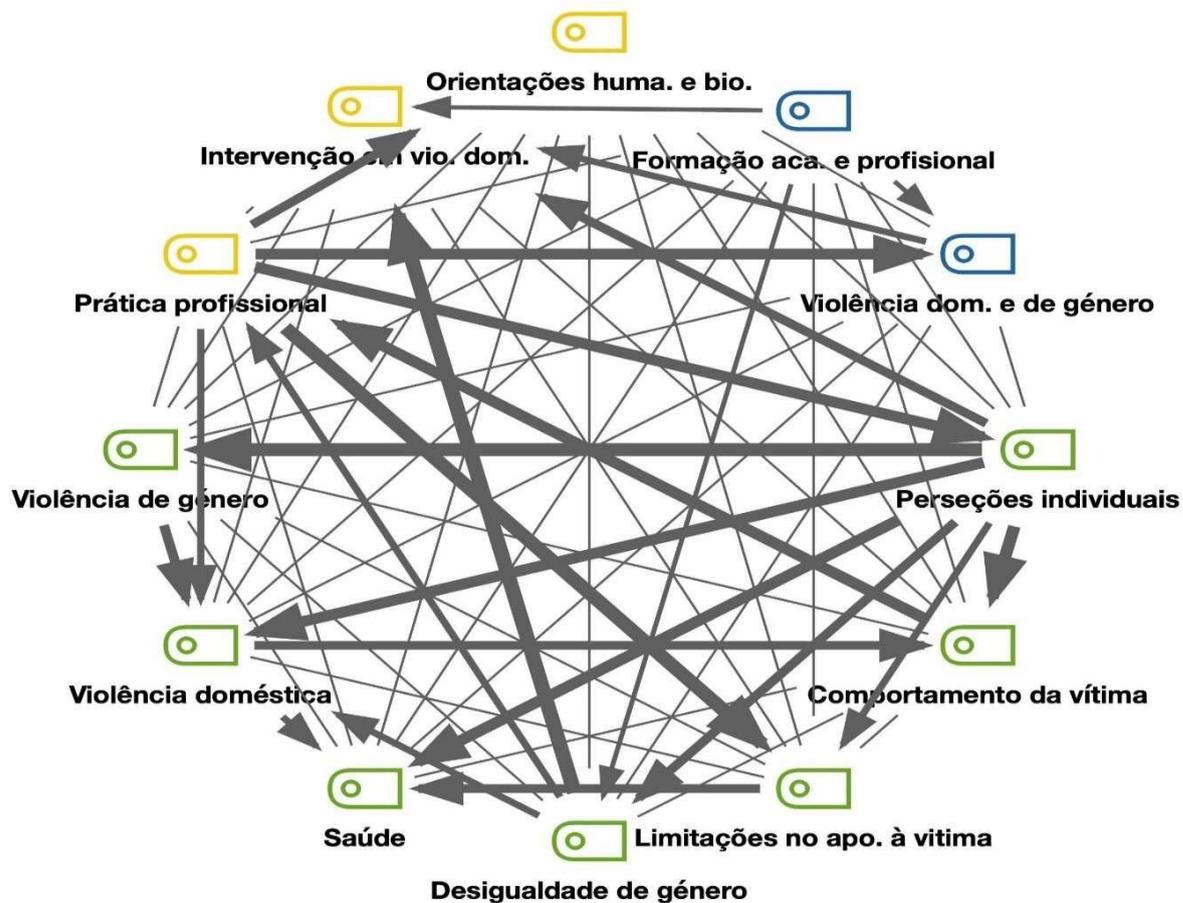


Figura 15 – Principais dimensões das entrevistas e a força das suas conexões

A figura acima proporcionou que a discussão e análise dos resultados dos *focus group* realizados (profissionais de saúde), seja dividida pelas três categorias definidas pelo MAXQDA, de acordo com a sua força de conexão e coocorrência, visível pela espessura e ligações das setas.

serem eminentemente positivas. Estes aspetos reveem-se nos testemunhos da maioria destas vítimas:

“Eu acho que sou honesta, sou sincera, sou verdadeira, sou amiga da minha amiga. Gosto muito de dar, dar, dar não é bem dar bens materiais. De ajudar outras pessoas” (EV1);

“(…) Sei lá simpática, gosto de ajudar as outras pessoas” (EV4); “(…) sou uma pessoa simples, uma pessoa comum, trabalhadora, mãe de família” (EV8).

Isto não significa que estas mulheres não estejam ainda fragilizadas, pois ainda estão no processo de tentar reencontrar um sentido para a sua nova vida, sem violência doméstica.

“Sabe, eu ainda vou ao encontro do meu eu, sabe, mas, sou trabalhadora, lutadora, sou brincalhona. Às vezes um pouco pessimista, mas tento ver sempre o lado positivo das coisas” (EV7).

A revisão da literatura, na primeira parte da presente investigação, elencou e discutiu várias definições de violência, diferentes tipos de violência, mas aqui a intenção é a de perceber o modo como as participantes descrevem e interpretam a violência, o que inequivocamente decorre das suas experiências pessoais, como vítimas de violência doméstica, mas também de interações e aprendizagens posteriores à sua decisão de pôr fim ao relacionamento, que alargaram a sua noção inicial do que é violência.

“Eu fui percebendo na medida em que o tempo foi andando, principalmente quando cheguei a Portugal é que eu vi o que realmente representa violência Quando eu vim para Portugal é que eu vi mesmo o que é a violência, e não tenho muita formação, não tenho muita instrução, mas fui investigando, fui lendo, fui pesquisando, fui convivendo com colegas e aí eu comecei a perceber o que realmente achava para mim, o que eu queria para a minha vida. Foi aí mesmo que eu comecei a perceber mais” (EV8).

E na verbalização, a expressão do que é a violência fica bem patente na carga emocional que colocam nas palavras que usam.

- “É horrível. Só quem passa por ela é que sabe dar o valor. É pancada, é más falas, é empurrões, é uma coisa horrível. O meu filho desde que se começou a aperceber, sempre assistiu a tudo, sempre apanhou e a minha vida tem sido esta, tem sido assim. À maneira que os anos vão passando, sempre naquela expectativa pode ser que melhore. Com a idade pode ser que melhor” (EV3).

-” *É uma coisa atroz. Não tem fundamento*” (EV2).

- *“É muito má, porque quando somos, só nós, tipo quando é marido e mulher e não há crianças, as coisas tornam-se mais fáceis, por um lado, porque nós podemos fugir, nós podemos nos agarrar a outras coisas e se calhar defendermo-nos de outra maneira. Quando temos crianças, como era o meu caso. para mim foi muito complicado”* (EV3).

- *“Eu, muito sinceramente, pensava que era só física, mas afinal eu já sofria de violência, chamada violência doméstica, há algum tempo, porque era mais psicológica, mensagens, só que achava que aquilo fosse mais um pouco normal, sei lá. Um bocadinho manipulador também da parte dele e não valorizava. (...) machucava por mensagem, mas depois era desculpa ou assim e então nem achava que isso fosse violência (...)”* (EV4).

- *“Violência é complicado. Sabe que eu nem considero a violência física a pior. Acho que a parte psicológica foi muito pior do que a física, porque a física eu tento esquecer, mas a psicológica ficou marcada para todo, todo, todo sempre do qual medo de falar, medo de agir, medo de fazer qualquer coisa errada. Para mim é a parte pior que me aconteceu, foi mesmo essa parte”* (EV5).

- *“A violência, no meu caso, foi tanto física como psicológica, tanto em atos de palavras e de ações e de agressões e de tudo o que era à base do diálogo e do normal para mim já era considerado violência. (...) eu não considerava isso violência. Ele tratava-me mal ou falava-me mal e eu pensava ‘fui eu que fiz qualquer coisa que não deveria fazer e pensava assim’. Por outro lado, mas não é isso que eu vejo nos meus pais, porque é que eu estou a sujeitar-me, não é isso que vejo e culpo-me a mim mesma de estar tantos anos neste relacionamento”* (EV6).

- *“Como é que a descrevo. Descrevo-a como algo muito mau, não sei. Agressividade, impulso, maldade”* (EV7).

“A gente não tem vontade própria. Não somos senhoras de mandar na nossa vida, nem podemos fazer nada do que nós queremos. Não temos direito nem sequer a pensar. Qual seja a opinião que nós queiramos dar, estamos proibidas de dar uma opinião, isto já constitui para mim violência. Nós não somos donas de nós próprias. Os outros é que mandam em nós e que nos dizem o que temos que fazer e aquilo que pensam, nós temos de cumprir conforme nos dizem, isto é assim, assim, assim e nós temos de cumprir. Ainda que tenhamos uma opinião própria, estamos bloqueadas, não podemos abrir a boca não podemos dizer o que pensamos. Para mim, isso é violência e é aquilo que eu defino como violência. E é aquilo que eu passei. Eu não tenho estudos, eu tinha de ser

rebaixada, porque não tenho isso, não tenho formação. Só aquilo que ele diz é que está certo, por mais que não tenhamos estudos, a minha mãe não tem estudos, mas eu defino-a como uma mulher inteligente, mas não tem estudos, com liberdade de pensamento, ela sabe o que é certo e o que é errado. Sabe quando deve dizer não. A partir do momento em que dizem “cala a boca”, “tu não sabes o que dizes”, “és isto és aquilo”, “tu não sabes disto”, “aqui é assim” para mim já constitui violência” (EV8).

A forma como estas mulheres definiram violência doméstica vai de encontro aos argumentos de vários investigadores (e.g., Grossi et al., 2020; Magalhães, 2010; Paulino & Rodrigues, 2016), que concluíram que esta não é somente física, mas também psicológica, sem deixar marcas e mazelas visíveis a olho nu para os outros. Na verdade, a identificação como sendo violência o abuso verbal, psicológico, a desqualificação e a manipulação por parte dos companheiros, poderá decorrer do acompanhamento por parte do Gabinete de Apoio à Vítima, dado que algumas participantes disseram não ter essa noção desde sempre.

Estes atos de violência ocorrem em relações conjugais e num ambiente familiar partilhado pela vítima e pelo agressor, no sentido da definição de violência doméstica defendida por Grossi et al. (2020). Esta definição é, de certa forma, ilustrada pelo seguinte testemunho, que resume de modo inequívoco todos os outros depoimentos apresentados.

“Violência é tudo o que priva a nossa liberdade, a nossa liberdade de expressão, a nossa liberdade de pensamento, nossa liberdade de ver as coisas. Eu acho que violência é prisão. É pancada, não é só pancada, mesmo que ninguém nunca tenha levantado uma mão, só o facto de fazer com que tu não possas expressar aquilo que tens, ou não tenhas desejos e vontades próprias, isso para mim já constitui violência” (EV8).

Relativamente à identificação de momentos marcantes da sua história de vida, quase todas as participantes mencionam o nascimento dos filhos como o momento mais marcante e positivo das suas vidas. Entendem que outros estão envolvidos em cenários de maus-tratos físicos, emocionais e verbais, cujas recordações evitam evocar nesta nova etapa da sua vida, agora que romperam o ciclo da violência.

“Os positivos é ser mãe sem dúvida alguma. Mais negativos foi esta situação, claro, da violência doméstica” (EV2).

Já o testemunho da participante EV8 evidencia, de forma clara, como a experiência de maus-tratos e abuso pode colonizar diferentes etapas da vida, de tal forma que ela identifica logo como negativo o momento em que conheceu o companheiro, mesmo que

nessa altura o potencial de violência não tivesse sido identificado. Esta avaliação é feita sobre um acontecimento passado, mas à luz de conhecimentos e experiências posteriores. Na verdade, o momento em que conheceu o companheiro é para ela um momento crítico, já que a partir daí desenvolveu-se um processo crescente de violência, com eventos da vida que tornaram difícil quebrar esse ciclo, como seja o casamento e o nascimento do filho.

“Momentos negativos foi quando eu conheci o pai do meu filho. Foi por mero acaso. Não foi nada assim. E ele como era uma pessoa já experiente, já madura. Eu era uma pessoa nova. Quando a gente é nova, nós temos muitas ilusões e ele era mais velho do que eu, já sabia como dar a volta às coisas e ele sempre teve um perfil manipulador, mas eu só percebi mais tarde, porque na altura eu não dava conta de nada disso. Não era que os meus pais tivessem de acordo com esta relação, mas foi uma coisa que eu escolhi, porque eu podia ter optado por escolher algo melhor para a minha vida, esforçar-me, estudar para ser alguém na vida, mas fiquei agradada com a conversa dele e fui na conversa e depois mais tarde descobri que eu estava metida e já não conseguia de lá sair. Eu já não conseguia mais sair daquilo e a partir daí, a minha vida foi sempre um inferno. Não respeitava nada, sabia fazer como um mártir. Sempre ali mesmo a saber que erra, dava a volta para fazer ver que os erros não eram erros. Eu é que provavelmente não percebia nada porque não tinha experiência da vida e na medida em que o tempo foi passando, eu deixei aquilo rolar, rolar, rolar e então quando tive o filho aí já foi a gota de água. Já foi a gota de água, porque mesmo que eu quisesse, já não podia mesmo sair e na nossa tradição é assim, arranjaste o problema agora aguenta com ele. (...) e olha, fui ficando, fui ficando. Eu acho que foi o pior ponto da minha vida, mais valia ter ido para freira (EV8).

É importante salientar que a violência doméstica pode surgir em qualquer momento da vida das pessoas, o que se verificou nas histórias das mulheres entrevistadas. Por exemplo, EV1 assumiu que a violência entrou na sua vida *“desde sempre. A partir do momento que ele bebesse, sempre houve violência. Nunca fui tratada com carinho. Nunca me deu uma rosa, nem que a levasse de um quintal. Nunca foi capaz de a apanhar na floresta uma, uma flor do campo e dizer “isto é para ti”, nunca me deu um miminho”*. Enquanto as mulheres EV2 e EV7 sofreram de maus-tratos desde a infância, no seu seio familiar, sendo que no casamento vivenciaram a mesma situação.

“(...) Se eu falasse ele batia-me logo”, reforçando que também sofreu “Violência em criança e adolescente (...) Tenho fé, muita fé e é essa fé que me salva. Se eu não tivesse a fé que tenho, eu não estava viva. Não estava viva” (EV2).

Já a participante EV3 admitiu que a violência começou no namoro, e identifica mesmo o primeiro momento do início da sua história de violência.

“(...) teve um ataque de fúria, ou seja, quando chegamos a casa, eu devo-lhe ter dito qualquer coisa que ele não gostou muito e ele agarrou-me com força assim, mesma má, mesmo rude e eu ‘Oh! tá ta passar, então tenho que me pôr já andar daqui para fora, ouve eu não tenho medo, agarro num autocarro e vou-me embora daqui’ e depois ele pediu desculpas e a coisa acalmou. Mas eu fiquei com aquilo interiorizado, mas, como nunca mais tinha acontecido, não dei importância. Depois então, voltou a entrar a violência foi quando nasceu o S. Quando eu fiquei grávida aquilo era uma loucura, andávamos a fazer a casa e tudo bem, ele andava nas ruas ‘oh princesa’ e eu digo para mim e para Deus ‘bem aquilo foi só mesmo aquele momento’, mas, depois de nascer o S foi horrível, porque cada vez que ele bebia, era mais quando ele bebia era muito mau, era muito mau verbalmente então, eu fui desde, com licença, dos nomes desde puta a cabra, tudo foi muito mau, muito mau”.

Frequentemente, em termos de senso comum, surge a questão do porquê das mulheres permanecerem nestas relações perversas, doentias, violentas, caracterizadas por monólogos, assimetrias de poder e de género. Sabemos que a explicação não é simples, e resulta da complexidade de fatores envolvidos na violência de género, amplamente discutidos no enquadramento teórico da presente investigação. Desde logo, as desigualdades de género, socialmente estruturadas, que constroem relações assimétricas de poder entre homens e mulheres, e que fundamentam a forma como as mulheres são entendidas e valorizadas no âmbito da sociedade patriarcal (Almeida, 2008; Fernandes, 2002). Desta desigualdade, resulta também a desigualdade económica, que em muitos casos as impede de sair, por não terem meios para se manterem independentes, muito particularmente quando há filhos (Garcia & Moreno et al., 2002; Fonseca & Lucas, 2006; Grosse et al., 2020). E existe ainda o controlo e a desqualificação a que estas mulheres são sujeitas por parte do agressor, que as isola socialmente e as diminui na sua autoestima, fazendo-as acreditar que nunca sobreviveriam sozinhas (Almeida, 2008; Acosta et al., 2015). Um outro aspeto, já aqui salientado, é o facto de algumas destas mulheres poderem ter naturalizado a violência, como resultado da sua presença nas suas vidas desde cedo, na infância e na juventude (Flax, 1992; Scott & Geertz, 1990). Nas histórias aqui narradas, três participantes assumem que a violência sempre fez parte das suas vidas (EV1, EV2, EV7), desde a infância, e uma outra (EV3) admitiu que começou no namoro. Também o estudo de Yüksel-Kaptanoğlu et al. (2012) apresentou evidências

empíricas de que muitas das vítimas de violência doméstica pelo marido/companheiro/parceiro já sofriam esses abusos desde a infância.

As participantes EV4 e EV5 viveram episódios violentos logo no início do casamento, aos quais não deram importância e que se reacenderam mais tarde, originando que passassem por cerca de 20 anos num ambiente de violência. A insistência e permanência numa relação violenta é justificada, pela entrevistada EV6, como uma dependência do marido, que este mantinha deliberadamente.

“(...) primeiro eu não trabalhava, dependia dele financeiramente. Nunca me deixou trabalhar, apareciam empregos, mas todos tinham defeito, já o meu filho tinha nascido. Mas, eu tinha que cuidar do menino, primeiro porque nasceu prematuro, depois com o evoluir foi para a escola, foi uma criança hiperativa e tive de estar sempre a acompanhá-lo e o pai nunca aceitou muito isso. Então, eu tinha que estar constantemente a acompanhar, portanto, eu não podia ter um emprego, porque eu tinha que o ir buscar à escola, tinha que dar a medicação, tinha que ir pôr, tinha que ir com ele às sessões e tudo isso ajudou que ele ficasse um pouco dependente de mim para tudo e não conseguir sair. Pronto, tivemos momentos bons claro, há sempre momentos bons e depois há aqueles menos bons e daí ter, não ter saído mais atempadamente por isso, porque eu dependia dele e queria que o meu filho tivesse um futuro pelo menos no conforto, que ele não assistisse tanto e pensasse que era bom, o que não vai acontecer.”

Todos estes testemunhos são esclarecedores das dificuldades que as mulheres sentem em quebrar o ciclo de violência doméstica, como a dependência financeira, o bem-estar dos filhos, os estigmas da sociedade. Este argumento é claramente exposto no testemunho da mulher EV8:

“A violência entrou na minha vida acho que desde sempre, porque só para o fim é que eu já comecei a ver o que realmente é violência, porque quando eu era nova e ele ditava as regras, eu achava aquilo normal, porque na nossa tradição, com as pessoas mais modernas, as pessoas mais antigas, para elas, o homem a mulher pertencia-lhe. (...) Desde que a violência entrou na minha vida, porque eu fui manipulada desde cedo, só que eu não dei conta. Na medida em que o tempo foi passando que eu fui, por exemplo, ele não deixava que eu tivesse amigas. Não deixava que eu andasse com ninguém. Eu não me podia aproximar muito da minha família nem podia ter amigas, porque eu não podia ver como é que era o mundo exterior, porque a partir do momento em que eu visse o mundo exterior, ele já deixava de ter poder sobre mim. Então eu acho que a violência entrou na minha vida desde cedo” (EV8).

E nas histórias de vida de algumas das participantes, houve mais do que uma tentativa de quebrar o ciclo de violência, de sair, mas, por vários motivos, foram ficando.

“A primeira vez que eu saí de casa, o meu filho mais velho tinha dois anos. Foi a primeira vez que o meu ex-marido me bateu, me deu um estalo na cara e eu tinha o meu filho ao colo. E eu disse-lhe para ele ‘tu nunca mais me voltas a encostar um dedo’ e fui-me embora. No dia a seguir agarrei na trouxa e fui-me embora. Como eu sabia que os meus tios já mais me aceitariam na casa deles, fui para a casa daqueles que foram os meus primeiros patrões (...). É como se fossem uns pais. (...) passado uma semana ele vai para ir buscar o menino, o meu mais velho. E eu disse que não lho dava, que não o deixava ir e ele aponto-me uma faca e eu tive que deixar. Não aguentei a pressão e voltei para casa. Vivi mais seis anos assim. As coisas já não eram boas e ficaram assim, como é que eu posso dizer, não eram más, más, mas eram constrangedoras. Havia situações em que levava com aquilo na cara, havia situações em que não me batia, mas dava-me com cada estalo de boca, muito mau. (...)” (EV3).

“Ele agarrou-me com força assim, mesma má, mesmo rude e eu ‘Oh! tás ta passar, então tenho que me pôr já andar daqui para fora, ouve eu não tenho medo, agarro num autocarro e vou-me embora daqui’ e depois ele pediu desculpas e a coisa acalmou. Mas eu fiquei com aquilo interiorizado, mas, como nunca mais tinha acontecido, não dei importância. Depois, então, voltou a entrar a violência, foi quando nasceu o S” (EV3).

Os sentimentos de culpa, quer sejam induzidos pelo agressor, quer sejam desenvolvidos pela própria vítima (auto-culpabilização), são frequentemente referidos na literatura (Machado & Gonçalves, 2003; Guerra et al., 2015). Também na nossa investigação esses sentimentos foram mencionados por algumas das participantes, seja porque não foram capazes de ler os sinais no início do relacionamento, porque não reuniram a coragem de quebrar mais cedo o ciclo de violência, ou mesmo por o terem feito.

“Tinhas a oportunidade, as mulheres amadurecem mais rápido. É como que tinhas a obrigação de perceber o que estava a acontecer, agora é que vens, aguenta-te. Eu, como mãe, aguentei o pai e o escândalo. Aquela coisa antiga, aquela mentalidade, e eu fui ficando, fui ficando e isso foi muito mau para mim, porque eu não tinha saída, eu não tinha trabalho, porque também não me deixava desenvolver muito” (EV8).

“Por outro lado, mas não é isso que eu vejo nos meus pais, porque é que eu estou a sujeitar-me, não é isso que vejo, e culpo-me a mim mesma de estar tantos anos neste relacionamento” (EV6)

“Eu podia ter optado por escolher algo melhor para a minha vida, esforçar-me, estudar para ser alguém na vida, mas fiquei agradada com a conversa dele e fui na conversa e depois, mais tarde, descobri no que eu estava metida e já não conseguia de lá sair. (...) A gente é tão parvinha que pensa ele quando faz aquilo é porque ama, é porque quer-te proteger, e me quer só para ele. É o oposto. É manipulador, quer-te controlar, quer ter decisões sobre ti, faz de conta que é uma escrava, por isso é que eu digo que a violência entrou na minha vida desde que o conheci, só que de uma maneira mais suave, porque eu não dei conta, porque se fosse à “chapada” eu havia de dar conta muito depressa” (EV8).

“ (...) às vezes ainda sinto culpa de ter feito a queixa que fiz (...). Sei que não posso sentir culpa, que não tenho culpa nenhuma, que ele fez por ele [suicídio do ex-marido], mas ainda vêm os pensamentos ‘será que agi bem? será que não?’. Ainda é aquela fase de culpa, não culpa. É muito complicado gerir isto tudo ainda, muito, muito, muito porque é muito recente. Eu saí de casa há um ano e pouco e por isso é muito complicado, muito, muito, muito complicado” (EV5).

A violência, física, verbal, psicológica deixa marcas na vida das vítimas, que são claramente perceptíveis no modo como descrevem a sua história de vida, e que colonizam mesmo as suas perspetivas de futuro. Nalguns destes relatos, o antes, feliz e despreocupado, da juventude, contrasta com o depois, o casamento, marcado pela violência, pelo medo e pelo isolamento social. Na verdade, a violência, nalgumas destas histórias de vida, tem o mesmo efeito de “ruptura biográfica”, tipicamente associada à experiência da doença crónica (Charmaz, 1983). Alguns dos relatos destas participantes sugerem que aprenderam a viver e a gerir a violência, desenvolvendo estratégias de proteção, que lhes permitiam minimizar o conflito, muito particularmente na presença de terceiros, numa certa tentativa de manter a sua identidade social, a sua autoestima, o que se tornou cada vez mais difícil, à medida que a violência escalava.

“Uma vida amarga, uma vida triste, sem alegria para nada. Sem grandes esperanças para o futuro. Eu sempre planeei, eu sempre poupei, sempre amanhã vai ser melhor, mas depois vinha a ver que, cada dia que passava que era sempre pior. Íamos aos casamentos sempre com aquela coisa de pé atrás, se ele bebia estragava a festa, se ele não bebia as coisas corriam bem. Não era aquela alegria interior, mas eu tentava transparecer que estava contente e que estava alegre e que estava feliz, mas por dentro eu não estava (...)” (EV1).

“Casei com 20 anos e foi um casamento arranjado, portanto a violência foi quando eu estava casada. Violência em criança e adolescente” (EV2).

“Com muito medo. A violência tornou-se muito pior depois que o R nasceu, o meu mais novo. O S já se apercebia de tudo, o mais velho” (EV3).

“Fiquei desgastada a nível emocional e fui-me mesmo abaixo” (EV4).

“A minha vida antes era feliz. Eu tinha uns pais maravilhosos, tenho só um irmão, com o qual partilhamos tudo, somos gémeos é o único irmão que tenho. Fazia tudo o que uma adolescente fazia, tudo. (...) estupidezes, burrices, convivía, ao fim de começar a namorar e ao fim de um ano isolei-me por completo. Deixei família, deixei amigos, era só ele e agora vejo que não foi o mais correto da minha parte e comecei só a viver mesmo naquele mundo isolado, (...) casa trabalho, trabalho casa. Eram os filhos, era sempre com o medo que ele chegasse e que tivesse virado de pantanas e dizer assim ‘será que hoje vamos ter sossego, se não’ foi muito complicado, muito, muito, muito complicado. Agora hoje, ao fim de ter saído disto tudo é muito complicado também, porque ele suicidou-se. Estamos a viver um dia de cada vez e fora os problemas que ele nos cá deixou a mim e aos filhos principalmente, porque os filhos um deles já é maior de idade e está a ser muito, muito complicado gerir, e às vezes ainda sinto culpa de ter feito a queixa que fiz” (EV5).

“(...) era uma miúda extrovertida, uma miúda alegre, gostava de falar, era simpática, gostava de dar sempre o meu apoio e com o tempo fiquei fria, fiquei-me a fechar, ficava isolada, não porque não conseguisse fazer as coisas, pronto, fazia o que ele queria, mas tinha sempre ali um entrave, havia sempre qualquer medo da minha parte em relação à outra pessoa, o que é que eu vou fazer, o que é que eu vou falar, como é que ele vai reagir e então a minha vida começou a ficar um bocadinho mais fechada e mais limitada ao que é que ele vai reagir. Mesmo as pessoas à minha volta se começaram a aperceber, pouco a pouco o que se estava a passar e pedi muitas vezes não falem disto, não falem daquilo, porque ele vai pôr-se contra vocês. Não contra a vocês diretamente, mas vai chegar a casa e vai-me massacrar, pronto, porque as pessoas ou porque saíam, ou porque passeavam, ou porque compravam, porque tinham, era a mim que ele vinha quase a culpar do que as outras pessoas faziam e eu acabei por ficar distante das pessoas, tentar não conviver tanto, tentar não ir a festas porque eramos sempre convidados, às vezes dava desculpas para que não houvesse problemas. Isso lá mais para o fim, no início não era tanto, mas para o fim, sim” (EV6).

“A minha vida antes era um inferno. Um inferno mesmo (...). Teve um impacto negativo, porque foram momentos, momentos que eu não sei descrever, foi horrível, horrível, horrível. Isto era ambiente de cortar à faca, a minha vontade era centralizar

o trabalho e não tinha vontade de vir para esta casa (...). Em casa era horrível, horrível, horrível. Em casa era um campo de guerra. Eu não tinha prazer em nada nesta casa. Eu só comprei esta casa por comprar. Eu nunca me arranjava. Eu sobrevivia, eu não vivia. Eu não me arranjava, tinha de tomar banho todos os dias, porque era importante. Fazia a minha higiene todos os dias, porque era importante, mas eu não tinha vontade de me arranjar. Eu não tinha vontade de viver, eu não tinha vontade de nada. Eu só acordava por um único objetivo ir trabalhar, ir trabalhar, ir trabalhar. Ganhei um vício, vir para o shopping quando eu recebia e dizia assim: “para eu minimizar a dor que eu sinto vou comprar uma blusa”. E eu comprava uma blusa nem que fosse de cinco euros. Aquilo fazia-me feliz, era para completar aquela felicidade daquele desgosto que eu tinha. (...). Foi uma forma que eu arranjei de esconder aquela infelicidade. O trabalho a partir de momento em que entrava da porta fora, era a pessoa mais alegre do mundo. Não sabiam da tristeza e da desgraça que ia na minha vida. Aquilo fazia-me bem, rir, conversar, divertir-me com os velhinhos. Estar ali, fazia sempre festa” (EV8).

Quando procuramos regularidades nas histórias das oito vítimas, o facto mais recorrente é o sofrimento (in)visível de todas elas, experienciado de forma atroz sem exceção. Nos relatos de violência praticada contra estas mulheres, encontramos todos os tipos de violência definidos na literatura analisada (e.g., da Fonseca et al., 2012; Fonseca & Lucas, 2006; Manita et al., 2009; Moreira et al., 2011). As participantes fizeram menção a elevados indícios de violência física, psicológica e emocional, a diversas formas de coação, de submissão, de isolamento social. Mas é essencialmente nos momentos de violência física que os profissionais de saúde assumem um papel privilegiado, pois, muitas vezes, as feridas físicas graves levam a que sejam estes a ter o primeiro contato com as vítimas, o que será discutido na subsecção 6.2.2.

A assunção de que os fatores sociais, culturais e demográficos são preditores para que a mulher vítima de violência se mantenha na relação, ainda incluem, para além do status socioeconómico onde se inserem, a dependência económica da vítima (proibida de trabalhar, por exemplo), a sua baixa escolaridade, a sua estrutura familiar anterior (e.g., Ergin et al., 2005; Heise & Kotsadam, 2015; Kizilgol & Ipek, 2018; Sorenson et al., 1996). A mulher constatando que se encontra nesta situação, mantém a relação com o agressor, pois teme, principalmente, pelo futuro da subsistência dos seus filhos, que considera os únicos aspetos positivos desta relação.

No sentido e compreender a tipologia da violência, é importante que se resumam as formas como os atos de violência são sentidos pelas mulheres, de acordo com o postulado

por Machado e Gonçalves (2003), quanto às formas de manifestações dos atos de violência. Neste contexto, estes autores enunciam oito formas de tal acontecer (Tabela 1). Assim, a primeira forma é coagir e ameaçar, que no caso destas vítimas se mostrou em ameaçar e provocar lesões às mesmas; a segunda é intimidar, que nos casos aqui estudados envolveu a aterrorização, a destruição de objetos, principalmente; a terceira respeita à violência emocional mostrada em atitudes de desmoralização, de provocação de sentimentos negativos, de inferioridade, de culpa, psicológicos, de insultos, o que aconteceu a estas 8 vítimas; a quarta é o isolamento social exacerbado pelo exercício do controle, dos balizamentos e de ataques de ciúmes, também imiscuída na vida destas vítimas; a negação destes atos por parte do agressor e culpar a vítima, é a quinta forma de exercer violência; levar a vítima à culpabilização extrema e o uso dos filhos para chantagem ou comunicação representa a instrumentalização (sexta forma); por fim, a sétima e oitava forma, são tratar a mulher com atitudes machistas e económicas. Em suma, todas estas formas supramencionadas foram efetivamente sofridas pelas vítimas aqui estudadas, pelo que a significância das suas histórias segue os seguintes padrões: 1) ameaças continuadas; 2) intimidações através de chantagem; 3) atos de violência física, emocional, psicológica e económica. Todas estas tipologias de violência vão ao encontro de estudos que confirmaram a sua existência reiterada nas mulheres (e.g., Dolatian et al., 2020; Manita et al., 2009; Sheikhan et al., 2014; Valdez-santiago et al., 2006; Zakar et al., 2012).

As causas evidenciadas para a violência doméstica nas mulheres têm sido amplamente discutidas na literatura, mas é uma matéria complexa, em termos de consenso. A mesma vai no sentido de salientar as interações dos agressores, os fatores sociais, culturais e familiares. Não deixa de ser importante evidenciar aqui potenciais causas da violência identificadas nos relatos das vítimas, como o consumo de álcool e drogas, amplamente referenciado por estudos anteriores (Abdi et al., 2021; Caracci, 2003; Kizilgol & Ipek, 2018; Manita et al., 2009). Nos casos aqui apresentados, as causas avançadas foram as seguintes: 1) consumo de álcool (EV8; EV5); 2) negação de relações sexuais (EV2); 3) ciúmes dos filhos, dos familiares das vítimas (EV3; EV6) e falta de atenção ao agressor (EV3); 4) consumo de drogas pesadas (EV4); 5) não sabe (EV7 e EV6); 6) personalidade manipuladora (EV8). Quase todas as participantes mencionaram causas que colocam no agressor/parceiro, individualmente, os motivos da sua violência, embora a literatura aponte tanto para fatores estruturais, como a desigualdade de género e de poder, como para aspetos da personalidade.

6.1.2. Intervenção por parte dos profissionais de saúde

O apoio à vítima de violência doméstica é crucial para que esta se assuma como tal, seja iniciado pelos profissionais de saúde que prestaram auxílio (médicos e/ou enfermeiros) num primeiro contato privilegiado com a vítima ou, por entidades institucionais, associações de apoio e/ou familiares/amigos (e.g., Gabinete de Apoio à Vítima). Neste sentido, as oito mulheres entrevistadas foram questionadas sobre a prestação desse apoio durante o período em que foram maltratadas.

Numa situação de fragilidade, e mesmo de profundo risco, que resulta da vivência quotidiana da violência doméstica, as redes de apoio assumem um papel fundamental. Seja como recurso de emergência em situações de violência, seja como refúgio e abrigo quando as vítimas decidem abandonar a reação violenta. No entanto, como já foi anteriormente referido, face ao isolamento social a que muito agressores condenam as vítimas, afastando-as progressivamente de todas as suas relações sociais significativas, as suas redes de apoio são, muitas das vezes, fracas. Além disso, como se poderá constatar a seguir, a violência é muitas vezes ocultada, pelo que a vítima se inibe de pedir ajuda.

A participante EV2 referiu que a sua família direta não a apoiava, porque *“não me entendiam.*” A participante EV3 proferiu que:

“a única pessoa que me apoiava ali, embora pareça muito estranho, era a mãe dele. A mãe dele, muitas das vezes ia para minha casa até que ele se deitasse, porque eu pedia-lhe por favor (...). As outras pessoas em volta só me diziam porque é que eu não vou sair dali eu toda a vida disse que não tinha coragem”.

Similarmente, a participante EV5 também não teve apoio, devido à sua ocultação de que era vítima de violência, pois *“as pessoas falavam e diziam ‘ah, não é bem assim’, eu escondi até não poder mais, até que os filhos ‘acabou mãe, acabou, isto acabou mesmo’ porque eu escondi. Só tive apoio depois ao fim de sair mesmo de casa.”* Já EV7 teve apoio somente familiar, porque escondeu das outras pessoas.

Os testemunhos acima evidenciam que estas mulheres não sentiram sentimentos de compreensão e de apoio contextual nos seus familiares e amigos mais próximos, os quais muitas vezes duvidavam da veracidade desses atos. Esta falta de empatia sentida por estas mulheres constitui uma barreira para saírem do ciclo da violência, por falta de coragem e medo de não terem acesso aos apoios sociais e económicos necessários para alavancar a sua saída da casa onde coabita com o agressor e, quase sempre com os filhos

dessa relação. A importância de apoios efetivos foi salientada por Panda e Agarwal (2005), ao concluírem que o apoio social da família e amigos reduz os atos de violência contra a mulher. Também o facto destas mulheres terem emprego, pode ser determinante para a diminuição destes atos, argumentaram Kizilgol e Ipek (2018).

Numa situação mais extrema, a EV4 recorreu à GNR, cuja atuação descreveu de forma positiva:

“Gostei imenso, foram muito humanos, cuidaram de mim fizeram com que eu me sentisse bem a falar, não me como é que se diz, não fiquei constrangida, pronto, como era um polícia e não uma mulher. Foi muito bom calhei muito bem. Posso dizer que até fiz uma carta a agradecer, anónima, pronto. Aqui também no Gabinete de Apoio à Vítima, também tive logo muita ajuda da Dra. X, foi imprescindível também, e pronto, no hospital também fui bem tratada pelos técnicos quando fui para o hospital”.

Neste caso particular, é relatado uma existência de um apoio efetivo a esta mulher quando se deslocou às autoridades policiais, à unidade de saúde e, posteriormente, a outra instituição de apoio. Este testemunho reforça a importância das vítimas de violência doméstica se sentirem apoiadas para abandonar o ciclo da violência, muitas vezes, só precisam de um “empurrão” de alguém para tal acontecer, que as faça compreender que isso é possível e que existem apoios institucionais para lhes dar proteção e segurança.

Contrariamente à EV4, a entrevistada EV8 mencionou que foi encaminhada para vários locais para ser apoiada, e que tal nunca correu muito bem, até que *“depois de conhecer a Dra. X e ela me ter encaminhado de maneira correta é que as coisas começaram a correr bem para o meu lado. Não quer dizer, que as outras pessoas não tenham feito o melhor que elas puderam, não, não.”*

Em jeito de conclusão a esta questão, apenas a vítima EV6 sentiu que teve logo os apoios necessários para ultrapassar a situação de violência em que se encontrava, sendo que as restantes consideraram esses apoios escassos, situação que só se alterou aquando do contacto com o Gabinete de Apoio à Vítima. Neste contexto, a EV6 foi veemente ao considerar que:

“O tipo de apoio que eu tive primeiro foi o familiar, eu tive logo apoio do meu irmão que me levou logo daqui. Eu estive ausente do país dois meses, tive de fugir logo, tive o apoio dos meus pais que foram comigo e estivemos fora do país. O apoio familiar e mesmo esse núcleo tive. Depois, quando cheguei, encontrei o grande apoio nesta instituição. Outros apoios tive o meu médico do meu lado, quando fui embora, e ele sim, sabe da

história, infelizmente já não está ao serviço, está outro e já é complicado. Tinha tudo o que eu queria desse médico de família. A nível de instituições, a nível de policiamento, ao nível de tribunais, já não posso dizer tanto. Eu fui bem atendida aquando das denúncias, sempre que era chamada, mas depois desse tempo até agora nunca houve um contacto. Nunca houve uma preocupação ‘estás bem’, ‘não estás bem’, não. E mesmo o próprio advogado não tem qualquer apoio, ainda ontem se passou isso. Eu fui a tribunal e simplesmente o ‘não’, portanto, eu fiquei numa sala de espera doutora, porque na violência não nos podemos ver e simplesmente o advogado foi saber, porque iam ser só ouvidas as minhas declarações e simplesmente já ouvi, não estou cá a fazer nada vou-me embora e eu neste momento nem sei o que lá se passou, tive três horas, estivemos três horas e meia numa sala e não sei o que se lá passou, porque ele simplesmente abandonou, foi-se embora, portanto, não posso dizer que tenho apoio de advogados, nem de, pronto, mesmo da parte das polícias, essa parte assim, não.”

Nos vários testemunhos supra apresentados, por diversas vezes se faz referência que as vítimas entrevistadas tendem a esconder a situação perante terceiros, pelo que na resposta à questão sobre o recurso a unidades de saúde na sequência de algum episódio de violência, duas mulheres responderam “Nunca” (EV2; EV8) e as EV1, EV3, EV4, EV5, EV6 e EV7 responderam que usaram esses recursos para tratamentos das mazelas desses episódios.

No entanto, uma deslocação à unidade de saúde não significa que estas vítimas tenham assumido tal estatuto, ou mesmo que essas idas tenham conduzido à denúncia dos abusos. Por exemplo, a participante EV1 mencionou que:

“Eu ia ao hospital, mas... Viam-se as marcas e toda a gente o conhecia, porque ele trabalhava lá e toda a gente o conhecia e as minhas colegas sabiam dessa violência que existia em casa, mas depois as coisas passavam e eu tentava não voltar a falar no assunto, a ver se andava com a cabeça mais levantada. Eu cheguei a ouvir da minha sogra que as minhas cunhadas diziam por trás se fosse verdade ele me bater que eu não andava só lá a arreganhar os dentes para todos, que eu andava sempre de cabeça erguida, podia andar negra, mas que andava bem-disposta, e que fazia o meu trabalho. Nunca faltei ao trabalho por causa disso, nem que fosse marcada, mas eu ia trabalhar.”

Sob uma outra perspetiva, quando as vítimas vão a uma unidade de saúde por apresentarem sequelas que exigem tratamento, é importante que elas se sintam acarinhadas no atendimento, segurança na forma como as questões lhes são colocadas pelos profissionais de saúde, para que se sintam à vontade para partilhar o que efetivamente aconteceu e que as levou ali. Neste cenário, a mulher EV1 nunca partilhou,

pelos motivos acima referidos, mas considerou que sempre foi bem acolhida e tratada, que inclusivamente foi aconselhada a deixar o marido, *mas “sempre tive esperança que ele mudasse, e nunca mudou”*.

Também uma outra participante considera que positiva a experiência de contacto com uma unidade de saúde, aquando de um episódio de violência física.

“Foi boa. Foi extremamente profissional, mas também senti que estavam lá para me ajudar, pronto. Senti esse apoio, pronto. Sim, eles disseram logo se eu tinha feito queixa, se precisava de alguma coisa, de algum psicólogo (...)” (EV4).

Contrariamente, a participante EV5 considerou que:

“(...)foi um bocado para o frio. Muito frio. Não grandes perguntas, mesmo com o miúdo não houve grandes afinidade. Fez umas perguntas básicas, pouco mais. Já levávamos as fotografias que a Dra. X tinha mandado, porque nem isso fizeram. (...) não há um elo de acolher as vítimas, não sei se foi com toda a gente, mas não falaram na situação, enquanto vítima de violência. Só nos perguntaram como é que tinha acontecido e qual foi o episódio, o qual estivemos a descrever e pouco mais”;

A participante EV6 disse que *foi “traumática, porque eu ter que lá chegar e perceber o que é que tinha de dizer (...). Sim. Falamos em eu ser vítima de violência doméstica e foi quando depois chegaram os meus pais e ele aconselhou para ir participar se eles podiam fazer logo ali, eu disse que não, que ia eu participar. É mentira. Eu não participei, mas da última vez sim.”*. A ausência da empatia para acolher pacientes de episódios de violência nas unidades de saúde mencionada pela EV5, ainda é mais latente na resposta de que *“(...) foi um descuido, foi um acidente” (EV7)*. A mulher Ev7 não se sentiu à vontade para partilhar o episódio de violência com os profissionais de saúde que a atenderam na unidade de saúde.

Perceciona-se pelos testemunhos destas mulheres que ainda é preciso que os profissionais de saúde, que lidam com estas situações, alterem a sua postura no atendimento clínico a estas, por várias ordens de razão. A primeira respeita à criação de um ambiente empático, de proximidade, de confiança com a vítima, para que esta se sinta suficientemente à vontade para partilhar a sua história, dado que o facto de estas sofrerem de isolamento social (por medo, por vergonha), de se sentirem inferiorizadas e de não terem, ainda, a coragem de assumir o estatuto de vítima, são barreiras que as inibem de contar o que se passou a alguém estranho. A segunda está relacionada com o receio que as vítimas demonstram por serem dependentes economicamente dos

agressores, da existência de filhos, de não terem para onde ir sem ser o espaço pertencente ao companheiro. Neste cenário, é importante que os profissionais de saúde esclareçam as mulheres sobre a existência de apoios para resolução destas situações e que as possam encaminhar nesse sentido, articulando-se em rede com outras entidades.

Do ponto de vista sociológico, estes testemunhos permitem argumentar que é crucial que os profissionais de saúde sejam agentes das mudanças sociais e que se assumam como parte da intervenção integrada que se deseja neste domínio. O papel a desempenhar pelos profissionais de saúde foi destacado por Manita et al. (2009), ao postularem que após a identificação da situação de violência e tratamento das lesões físicas, estes profissionais devem prestar imediatamente o apoio e a resposta que se exige nestes casos. Ainda é fundamental que os profissionais realizem uma avaliação pormenorizada do caso, ao nível físico e psicológico (Quemada & Prieto, 2004). Isto significa que o encaminhamento adequado da vítima passa por uma avaliação ajustada às suas necessidades, ao risco associado à potencial queixa-crime e às suas implicações. Neste sentido, foi publicado pela CIG (2016) um Guia de Intervenção, no qual estão explicados os requisitos mínimos da intervenção dos profissionais de saúde no âmbito da violência doméstica e de género, mas que nenhum dos nossos participantes dos *focus group* mencionou ou referiu ter conhecimento.

No tocante à intervenção dos profissionais de saúde, enquanto atores essenciais no âmbito da resposta institucional, das oito participantes, somente a EV2 foi diretamente questionada por estes se estava a ser alvo de violência doméstica. Tal poderá denotar a dificuldades no estabelecimento de uma relação entre a identificação das lesões físicas, enquanto causa que levou as vítimas à unidade de saúde, e o contexto no qual estas ocorreram (Branco, 2007). Então, é premente que os atendimentos de saúde não se limitem apenas às necessidades físicas, mas que incluam a construção de uma relação de confiança com as vítimas (Trindade & Teixeira, 2000).

Adicionalmente, estas vítimas não mostravam ter à vontade para abordar esse assunto com os profissionais de saúde, o que revê na declaração das participantes EV6 e EV1.

“Nem mesmo ao médico de família, eu acho que ele desconfiava. Mas é assim, lá está, mesmo quando eu ia ao médico de família ele [companheiro] acompanhava-me. Eu nunca praticamente entrava na sala sozinha. E o próprio médico, quando isto tudo se passou ele disse-me ‘eu já desconfiava, porque ele não te larga nem um minuto e vens ao médico sempre com ele’ e muitas das vezes por mais que eu às vezes tivesse vontade de falar, os dias que ele não ia, pronto, havia uma vez ou outra que não ia mas, de

planeamento ou assim, mas depois entretanto estava alguém, um estagiário ou alguém sempre com o doutor, e eu dizia 'não, não me vou abrir porque tenho vergonha, não consigo' ele ia só... Quando isso aconteceu é que eu tive coragem, mas não foi nada diretamente para o doutor, não, porque o doutor também o conhece a ele, também o conhecia a ele e bem e era algo que ele já desconfiava” (EV6).

“Não. Foi, portanto, os vizinhos que chamaram a PSP, a PSP foi, apanhou-o naquele estado, mas já não o apanhou ele a agredir, fizeram o inquérito. O meu filho também tava todo marcado no pescoço. Não era só ele que estava marcado, isto foi o dia XXX, por volta das X horas da tarde, na presença de um neto que tenho (...) e foi por ele é que eu fiz, é que eu, portanto, contei tudo o que se passou. A PSP entrou em contacto com a Dra. que é esta profissional que trabalha connosco, com as pessoas da violência doméstica e isto aconteceu-me ao dia X. Viemos ao Gabinete de Apoio à Vítima ter com a Dra. X e fui logo para XXX, para a Casa de Apoio à Vítima, por intermédio da Dra. X Lá fiquei, desde o dia XX até ao dia XX deste ano. E foi a partir daí é que as coisas começaram a evoluir, que eu acho que foi melhor para o meu lado. Foi só a partir daí, porque todo o passado, ninguém me acudiu, ninguém me ajudou. As pessoas que presenciavam acreditavam, as outras que não presenciaram até lhe custava a acreditar. Eu agora a falar, as pessoas, eu acho que tenho muita gente da parte dele que nem acredita naquilo que eu passei. Aquilo que eu passei estes 44 anos” (EV1).

Estes excertos ilustram as limitações de uma intervenção em saúde orientada pelo modelo biomédico. Todavia, a alteração paradigmática deste modelo carece de inclusão de equipas multiprofissionais de saúde com formação específica para prestar uma assistência qualificada às vítimas da violência doméstica, o que inclui conhecimentos sobre toda a parte burocrática, legal e institucional do processo (Guimarães et al., 2018). Adicionalmente, os membros desta equipa devem estar atentos ao facto de que a maioria das vítimas não são espontâneas na revelação da origem das suas lesões, dos maus-tratos sofridos, alegando uma justificação pouco plausível, o que implica a identificação de sinais clínicos de alerta, para suportar a hipótese de um eventual ato de violência e permitir uma melhor orientação do diagnóstico e realizar um acompanhamento mais apropriado (Manita et al., 2009). As pesquisas de Antunes (2002) e Manita et al. (2009) identificaram, de forma clara, os sinais clínicos de alerta a que os profissionais de saúde devem prestar atenção, a saber: 1) Avaliação da existência de historial de perda de consciência ou de sinais de tentativas de estrangulamento; 2) Avaliação das consequências do âmbito da saúde mental, que são as mais profundas e duradouras; 3)

Falta da vítima às marcações ou a persistência de atrasos frequentes às consultas, apresentar-se nas consultas acompanhada por um membro da família, ou pelo companheiro, exibindo uma atitude passiva e de medo. 4) A presença de um companheiro agressivo ou dominador ou de este se mostrar relutante em deixar a mulher falar ou estar sozinha com o profissional de saúde pode ser significativo.

Estes sinais estão explícitos nos testemunhos aqui apresentados, o que reforça a importância de humanizar e qualificar os atendimentos médicos das vítimas de violência, sendo quem profissionais têm o privilégio de poderem estabelecer uma relação de proximidade com as vítimas e serem parte ativa na resolução destas abandonarem o ciclo da violência e seguirem para uma vida sem ameaças à sua integridade física e emocional.

Por último, as oito mulheres abordadas entenderam que os profissionais de saúde e as instituições ainda carecem de melhorias na identificação e no apoio às vítimas de violência doméstica, como explicou a participante EV7, o que reforça ainda mais a importância da avaliação dos sinais clínicos de alerta (Antunes, 2002; Manita et al., 2009).

“Pois eu acho que não estão preparados. Não há uma avaliação. Não há um todo. Não há um acompanhamento. Nós também muitas vezes quando isso acontece, não são as pessoas que estão diretamente conosco como a médico da família e assim, mas os próprios médicos de família não questionam, não encaminham. Eu muitas vezes até aqui, para pedir uma consulta de psicologia para a minha filha, nunca me mandaram para a psicologia e já sabendo as coisas que aconteceram, não é. Deviam ser logo os primeiros a encaminhar”.

O caso da EV7 reitera a importância de uma equipa multidisciplinar, como defendido por Manita et al. (2009) e atendendo a que a violência é um fenómeno social, de saúde pública (e.g., Kizilgol & Ipek, 2018; Krug et al., 2003; Virkki et al., 2015) e com contornos sociológicos (Machorrinho, 2019).

“Não. Eu acho que não. Esta última vez que entrei no hospital do emprego com a tensão a 20, o médico simplesmente me disse ‘você pode não querer contar, mas o seu problema é outro, é tensão alta sim senhor, mas o seu problema é outro, você da maneira que está’, e eu acabei por contar e acabei por desabafar com esse doutor, porque já tinha uma certa experiência (...) e acabou ele por dizer, é vítima. Todos os seus sintomas, toda a tua maneira de estar toda a tua maneira de falar, és vítima, não me queres é dizer. Mas penso os médicos não estão ainda tão sensibilizados. Ouve-se muito, sim. Tenta-se fazer alguma coisa, mas ainda há muita coisa para se fazer.

Acredito que sim, mas, basta o estado querer e os profissionais também, mas terem informação para tal, porque não é só dizerem “eu apoio” não é só dizer como é que a outra pessoa se sente. Nem toda a gente consegue falar, eu falo por mim. Eu posso dizer que já há três anos, que fiz uma participação e quando e não foi fácil. Mas agora, dei o passo em frente Recuei porque fui ameaçada de morte de sentir, não eu, mas se não voltasse que matava os meus pais e a minha gente. É coisa em que eu acredito e recuei. Mas o que é certo é que eu voltei e passado três meses de estarmos separados eu voltei e só agora é que eu disse o porquê. Já o devia ter feito antes, há três anos, porque foi feita a queixa, foi retirada, mas pronto, agora tive essa coragem e acho que e com a ajuda da Dra. que me tem dado um grande apoio e sim é para a frente” (EV5).

A literatura aponta alguns trâmites facilitadores para os profissionais de saúde documentarem o processo de violência doméstica, quando o identificam e que foram descritos por Manita et al. (2009) e Quemada e Prieto (2004), embora Diniz et al. (2001) tenham referido que os profissionais de saúde, muitas vezes, não compreendem os sinais e sintomas característicos de violência doméstica e/ou conjugal e, também, quando são identificados, não são descritos nos relatórios clínicos. Porém, é fundamental que os profissionais de saúde tenham formação que lhes permita reconhecer a existência dessa desigualdade de género e dos seus impactos, e que os sensibilize para a necessidade de intervir no sentido de detetar e denunciar situações de violência doméstica no âmbito da sua assistência em saúde. Verificou-se nestes relatos que as mulheres que se deslocaram a unidades de saúde, após atos de violência doméstica, não sentiram o apoio que necessitavam pelos profissionais que as receberam, por motivos que poderão estar relacionados com falta de proximidade e de empatia destes com essas mulheres, por falta de insistência quando inventavam desculpas para a ocorrência do episódio violento com medo de represálias do agressor. Um outro fator relaciona-se com o facto destas mulheres sentirem que, após a denúncia, podiam não ter o apoio que precisavam, logo não enveredavam para o processo de denúncia. Mais uma vez, os profissionais de saúde necessitam de ter acesso a formação especializada para lidar com estas situações, dado que urge alterar a forma de atendimento das pessoas que procuram ajuda e querem sair do ciclo da violência.

Algo se retira destes depoimentos, que o modelo biomédico tradicional já não resolve estas situações, e que a forma como as vítimas veem os profissionais de saúde tem de ser alterada rapidamente, isto é, que estes apenas são curadores de feridas e lesões físicas. Mas, não cabe apenas às vítimas alterar o tipo de relação que estabelecem com os profissionais de saúde, também a estes cabe inaugurar novas formas de relacionamento

com essas pessoas, no sentido de se tornarem parte de uma intervenção integrada contra a violência doméstica. Assim, cabe os profissionais de saúde serem parte integrante da cura holística e integrada destas vítimas – ajudar a curar o físico, detetar e denunciar a situação e a sarar as lesões invisíveis – é cada vez mais uma orientação humanística que se exige nas unidades de saúde. Esta ampliação da abordagem do atendimento de saúde a vítimas de violência doméstica já tinha sido referida na literatura por Deslandes e Minayo (1998).

Também Bispo et al. (2007) argumentam que os enfermeiros se aportam ao modelo no atendimento às vítimas, valorizando mais as lesões físicas em negligência de outros aspetos, considerando que estes estão mais direcionados para as assistentes sociais, psicólogos e profissionais jurídicos. Também Diniz et al. (2001) sugeriram que o não rompimento com os cuidados de saúde tradicionais metamorfoseia-se num silêncio, que se alberga nos serviços de saúde, similarmente ao silêncio hospedado no espaço privado da vítima, o que não minimiza a situação da violência vivida pela vítima e torna tal vivência solitária. Neste sentido, reveja-se a afirmação de Pina (2013, pp. 252-253) sobre o atendimento nos Centros de Saúde: *“O papel do Médico de Família passará, mais do que oferecer o ombro amigo, por apoiar nas decisões e ouvir as queixas das vítimas. É necessário compreender a dinâmica da Violência Conjugal, questionar sobre a existência dos vários tipos de agressão para avaliar o risco/gravidade associado e, pelo menos, incentivar a segurança dos utentes e fazê-los conhecer os seus direitos ou fornecer referências apropriadas para que possam procurá-las.”*

Um outro aspeto referido por estas vítimas relaciona-se com a formação ou não dos profissionais de saúde para serem bem-sucedidos no atendimento e intervenção biomédica e humanística a este tipo de vítimas. Para Guedes et al. (2009), essa falta de formação é um entrave para que as vítimas se sintam seguras, confiantes e à vontade para denunciarem a situação de violência que as levou àquele local de saúde, uma vez que ainda se denota uma certa prevalência do *“deixa andar, vou tratar e pronto”*. Para Guedes et al. (2009), este modelo não promove a associação e articulação com os meios já disponíveis para tratar, denunciar e resolver estas situações.

Os testemunhos das vítimas permitem depreender que estas esperavam mais empatia dos profissionais de saúde, para terem a coragem de efetivar a denúncia do crime e o seu agressor e, posteriormente, o apoio para continuar a sua vida. Esta ideia, de que muitas vítimas esperavam que os profissionais de saúde as libertassem e as sarassem das mazelas invisíveis, foi corroborada por estudos anteriores (Abbott & Williamson, 1999; Augusto, 2020; Guedes et al., 2009). Por exemplo, Abbott e Williamson (1999) disseram

que, muitas vezes, as vítimas eram acusadas de evasivas e repetidoras, nas suas deslocações às unidades de saúde para receberem tratamento médico.

Neste campo de tratamento e de intervenção às vítimas de violência doméstica, alguns autores defendem que os profissionais de saúde estão a entrar na esfera privada do doente (Stark & Flitcraft, 1996), sendo aqui que os códigos de deontologia que regem estes profissionais devem ser usados de modo sinérgico.

Em síntese e relativamente à resposta institucional às vítimas de violência doméstica, especificamente dos profissionais de saúde, foi notável a assunção pelas vítimas da quase ausência de apoio nas unidades de saúde. Embora houvesse a presunção de esconder o que tinha acontecido, raras vezes estes profissionais abordaram o **Como** e o **Porquê** das mazelas e das sequelas apresentadas pelas vítimas, visíveis e invisíveis, numa tentativa de prestar auxílio para além do protocolo instituído pelo modelo biomédico. Não obstante as vítimas tentarem ocultar a sua história de violência (por medo, vergonha, estigma), estes profissionais deviam estar capacitados para torner esta omissão e para encaminharem as vítimas para o local adequado. Seria importante que, nestes casos, existisse uma equipa multidisciplinar no atendimento a estas pessoas para apoiar na decisão de quebrar o seu ciclo de violência. No entanto, tal só é possível se a jusante existir uma alteração profunda do SNS e a montante uma forma integrada de atuação dos profissionais de saúde, em que ambos devem convergir para direcionar as vítimas identificadas para as entidades e locais apropriados.

Uma tal mudança de paradigma exige não apenas uma nova noção de saúde, que não assente no modelo biomédico e no dualismo cartesiano (Augusto, 2013), mas também que a violência doméstica seja compreendida como um fenómeno multidimensional e complexo. Assim, Guedes et al. (2009), por exemplo, entenderam que este fenómeno deve ser abordado em conjunto com fatores transversais ligados ao fenómeno da violência, como o género e o status socioeconómico. A apatia silenciosa caracterizadora deste modelo, revê-se no estudo de Kurz e Stark (1988) que concluíram que a equipa médica sente-se incomodada ao cuidar de mulheres que foram agredidas pelos seus parceiros. Já as mulheres vítimas de violência consideraram que e os profissionais de saúde não reconhecem que a violência doméstica é o problema e a causa dos sintomas que as levaram à unidade de saúde, argumentaram os mesmos autores, o que prejudica psicologicamente essas mulheres, pois apenas tratam o físico como mera obrigação médica e ofuscam a sua causa (Warshaw, 1993), o que resulta na medicalização da violência doméstica— diagnóstico e intervenção médica (Warshaw, 1993). Também uma

pesquisa recente demonstrou que os profissionais de saúde ainda se restringem a intervenções curativas para os sinais e sintomas evidentes em casos de violência física (Guimarães et al., 2018).

Para Guimarães et al. (2018), a resolução e/ou decréscimo dos atos de violência passa pela envolvimento de uma equipa multiprofissional de saúde, sobretudo, de enfermeiros, os quais precisam estar preparados para prestar uma assistência qualificada às vítimas da violência doméstica e que esta deve estar capacitada para identificar os casos de violência e orientá-los de forma criteriosa e unificada; aqui, o acolhimento e a escuta qualificada podem ser instrumentos essenciais no trabalho do enfermeiro, pois a vítima precisa de sentir segurança no trabalho deste e que o mesmo está a prestar ajuda, com o intuito de minorizar os impactos na sua autoestima e, ainda, devem ter sensibilidade para lidarem com as especificidades emocionais e comportamentais das vítimas (Manita et al., 2009). A não alteração das formas de atuação dos profissionais de saúde, conduz a que os tratamentos convencionais e tradicionais continuem a ser uma realidade - categorias de diagnóstico (alterações da saúde física ou psíquica) e de tratamento (psicoterapia, farmacoterapia) (Lavis et al., 2005).

6.1.3. Impactos na saúde e bem-estar das vítimas

Já as consequências provocadas pelo agressor na família, para além das provocadas na saúde das vítimas (física e não física), incluem os filhos dessa relação, que muitas vezes são espetadores (e também eles vítimas) *in loco* dos maus-tratos, o que provoca sentimentos de revolta nos mesmos, algo que foi unanimemente avançado pelas entrevistadas. Destaca-se nesta unanimidade, que as vítimas se preocuparam sempre mais com o impacto que os maus-tratos tinham nos filhos do que nelas próprias e na sua saúde e bem-estar. Este sentimento das mães em proteger os seus filhos, em lhes proporcionar conforto e estabilidade financeira, o que levou muitas a manterem-se numa relação abusiva, não foi suficiente para evitar consequências várias nos seus filhos. Esta situação está espelhada no testemunho angustiante e severo da participante EV8:

“O meu filho foi tão manipulado, tão manipulado, que ele acreditava que o que o pai fazia estava certo. E o que acontece? O meu filho ficou igual ou pior que o pai. Eu digo pior porque ele vai fazer 20 anos, já devia ter outra mentalidade, outra maneira de estar na vida, mas por causa da vivência que ele teve e por causa do pai que eu arranjei para ele, é que ele se transformou na pessoa em que é, embora o meu filho tenha um fundo muito meigo e doce, mas está tão manipulado que ele não consegue ver o lado oposto da vida. Ele só vê pai à frente. Quando o pai saiu daqui ele começou a querer tomar posse do comportamento do pai. A única coisa que eu disse foi assim: ‘és meu

filho, eu não vou permitir de maneira nenhuma, mais abusos dentro desta casa, aqui quem manda sou eu, aqui quem levanta a voz sou eu e esta casa é minha, portanto vai, pega nas tuas coisas e vai viver com o teu pai' 'Eu não vou sair daqui eu não vou sair daqui. 'Vais, vais, vais mesmo é que eu já não vou permitir nenhum tipo de abuso contra mim, quer dizer o diabo foi embora e ficou cá o diabrete? Não, vais seguir as pegadas, mas fora daqui, para mim não vais crescer que eu não deixo'. Foi a decisão mais difícil que eu tomei na minha vida. O que ele me roubou foi o meu filho. Eu acho que isso foi a pior coisa que ele podia ter feito, foi roubar o meu filho. Foi o maior impacto. Não sei se isso mais tarde se irá refletir na minha cabeça, mas pronto."

Muitas vezes assiste-se à instrumentalização dos filhos (Machado & Gonçalves, 2003), por parte do agressor para manter a vítima numa relação conjugal norteada pela violência, o que para Fonseca e Lucas (2006) significa que os agressores são detentores da habilidade de descobrir o ponto fraco da mulher, normalmente os seus filhos, os quais são usados sempre que este pretende ferir a mulher.

Embora estas consequências possam assumir proporções gigantescas nos filhos das vítimas e dos agressores, com impactos presentes e futuros na formação das suas personalidades, na sua forma de entenderem o género feminino, sendo eles a principal preocupação destas mulheres, tal não significa que os atos de violência doméstica não causem danos e mazelas ao nível da saúde e bem-estar das mulheres. Assim, as vítimas entrevistadas relataram, para além de mazelas físicas resultantes dos maus-tratos, efeitos ao nível emocional, psicológico, traumatológico (EV1; EV2; EV4; EV7), neurológicos (EV3; EV4, EV5), patologias várias (EV6), excesso de stress (EV8), com efeitos substanciais no seu bem-estar. Obviamente as consequências descritas são encadeadas umas nas outras, dado que existe uma relação causa-efeito entre elas e são indissociáveis. Esta cadeia de consequências teve influências relevantes e profundas na saúde atual das vítimas entrevistadas, seja ao nível de toma de medicação, de estabilidade psicológica e emocional, aumentadas pela revolta e por ter que reviver tudo no decurso do processo judicial. Todavia, todas experienciam a sensação de estarem livres e de terem tido a coragem de avançar com a denúncia pública, mesmo tardiamente, independentemente dos desfechos que ocorreram ou que podem ainda vir a ocorrer.

As vítimas nunca verbalizaram aos profissionais de saúde, nas suas deslocações aos serviços de saúde para tratamento dos danos visíveis, que eram vítimas de violência doméstica, devido a estarem acompanhadas pelo parceiro, por vergonha, por medo, por dependência financeira, embora mais tarde tivessem conseguido a coragem para denunciar a sua situação. Estes atos de coragem e as sensações de liberdade

demonstradas pelas vítimas, não invalidam que ainda se sintam fragilizadas e num processo de reedificação pessoal, pois como afirmou EV7, *“a saúde psicológica ainda está afetada. Ainda está a ser reconstruída.”*

Como se depreende, a saúde e o bem-estar das vítimas de violência doméstica é drasticamente abalada nos períodos temporais de violência e de pós violência, contudo, cada caso é um caso e, aqui, cabe enaltecer a postura e o testemunho positivo e resiliente da vítima EV8, sem negligenciar as outras vítimas que tiveram coragem de mudar a sua vida e a sua história.

“Eu sinto que tenho uma boa saúde, tenho paz de espírito, ninguém manda em mim. Entro e saio quando eu quero, tenho o meu trabalho, consigo pagar as minhas continhas todas. Tenho poder sobre a minha vida. Não há barulho, silencio absoluto. Ninguém merece passar por isto. Ninguém. Em casa, ele fazia com que me sentisse inferiorizada, queria jogar com a minha autoestima para me deitar abaixo, para ele ficar no comando da minha alma. Que aqui ninguém gostava de mim, que eu não presto para nada, só a coisa de rebaixar, para jogar com a nossa autoestima, mas essa jogada não serviu” (EV8).

Similarmente a outros tópicos abordados nesta discussão, os estudos sobre as consequências da violência doméstica também corroboram estes relatos na primeira pessoa, como os diversos estudos identificados nas seções da literatura revisada. À luz dessa literatura, o estudo de Guerra et al. (2016) resume essas consequências e que foram, sem sombra de dúvida, salientadas e sofridas de forma atroz pelas oito participantes. Nestas circunstâncias, as consequências como lesões físicas, manipulação dos filhos, feridas psicológicas (e.g., stress, depressão, sentimentos negativos), outras patologias de saúde (e.g., sono, outras doenças consideradas crónicas) foram descritas pelas vítimas, com efeitos profundos no seu bem-estar e saúde, pelo que, faz cada vez mais sentido o apoio a estas pessoas pelos profissionais de saúde de todas as áreas. Estas patologias de saúde são uma consequência dos fatores contextuais referidos por Guerra et al. (2001) e são para a vida. Outros autores confirmaram estas consequências duradouras nas vítimas de violência doméstica (Andrade & Fonseca, 2008; APAV, 2009, 2020; Grossi et al., 2020; Manita et al., 2009; Schraiber & d’Oliveira, 1999; Tsur et al., 2018; Van der Kolk, 2014).

Felizmente, constatou-se que as mulheres participantes neste estudo interromperam o ciclo de violência a que foram sujeitas durante demasiado tempo, entrando na quarta fase do ciclo da violência, a libertação final e a rutura consumada, definida por Landenburger (1989). Todavia, estas histórias de violência - o presente e o futuro – são

algo que fez e fará sempre parte da história de vida de mulheres vítimas de violência doméstica, pois quando a história de uma vida se sustenta em eixos violentos com efeitos nefastos na saúde dessas mulheres, significa que no dia em que o seu ator principal – vítima de violência doméstica – envereda pela decisão de mudar essa história, é um ciclo temporal da vida que chega ao fim. O fecho deste ciclo pode ser uma oportunidade para as vítimas voltarem a escrever uma história de vida com um final promissor. Porém, este é um caminho muitas vezes penoso, longo, para as vítimas, caracterizado por emoções fortes, sentimentos de medo, de vergonha, de estigmas, entre outros, que quando chega ao fim proporciona a experimentação de um presente diferente e de um futuro para construir sem a variável violência e sem o agressor.

Indo ao encontro deste argumento, o momento presente das participantes foi caracterizado por estas de forma célere, por exemplo:

- *“A sentir a mudança”* (EV1).
- *“Bem melhor”* (EV4).
- *“Aliviada”* (EV5).
- *“A evoluir bem”* (EV7).
- *“A devanear sobre as realizações dos sonhos antigos”* (EV8).

“Sempre tive esse foco, esse objetivo e essa fé de que um dia ia passar, quando eu não sei, com sessenta, setenta anos, não sei, mas a fé sempre esteve do meu lado. Sempre. Era a minha fé, a minha crença. Um dia vou-me libertar disto tudo. Até há dias que eu não acredito que estou livre. Chego mesmo a perguntar-me, até hoje. Que estou livre” (EV8).

“É em busca de uma nova vida. É tentar sempre evoluir assim, deixar tudo para trás e andar para a frente, mas tem de ser aos poucos, e há coisas eu ainda não cheguei lá. As consequências foram muitas, mesmo. A falta de autoestima, a falta de confiança, insegurança.” (EV7)

Já no tocante ao que pensam em relação ao seu futuro, identificou-se que: 1) as mulheres EV1 e EV3 observam o futuro ainda com muito medo de serem importunadas pelo agressor; 2) as vítimas EV3, EV5, EV6 não se sentem preparadas para um envolvimento noutra relação e pretendem dedicar-se aos filhos; 3) as vítimas EV7 e EV8 relataram que pretendem fazer no futuro tudo o que não lhes foi permitido fazer no passado.

Em suma, estas histórias de vida, embora com contornos distintos, apresentam similaridades quanto ao significado dos contornos da violência doméstica, como já mencionaram Manita et al. (2009). O mesmo se passa com o seu bem-estar e saúde, pelo que os profissionais de saúde estão numa posição favorecida para identificar e apoiar as vítimas, abarcando a sua referência para apoios psicossociais, judiciais e outros, pois devem ter a consciência de que estas vítimas precisam de se sentirem seguras para alavancarem o seu bem-estar e a sua saúde, no presente e no futuro, como é o caso das vítimas participantes desta pesquisa. Como? Conseguindo que as vítimas acreditem que é possível interromper o ciclo de violência. Porquê? Porque mesmo fragilizadas, sozinhas, assustadas e perdidas e, eventualmente, sem meios de subsistência por si próprias, estes profissionais garantem apoios, materializados na satisfação das suas necessidades de habitação, sobrevivência e suporte psicológico.

6.1.4. Síntese das experiências de vida das vítimas

Por último, a tabela 7 exhibe uma síntese sobre os principais aspetos identificados, para cada uma das temáticas referidas anteriormente, a partir dos testemunhos das vítimas.

Tabela 7 – Síntese das evidências empíricas resultantes da análise de conteúdo	
Temáticas analisadas	Evidências empíricas
a) Histórias de violência das vítimas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Família parental com casos de violência doméstica ✓ Assimetrias de poder na família parental ✓ Corte de relações com a família após início da relação com o agressor ✓ Apresentação de sentimentos de medo, vergonha, estigma, de culpabilização ✓ Ocultação de que era vítima de violência doméstica ✓ Sofriam atos de violência física, psicológica e emocional ✓ Escondiam de terceiros que sofriam abusos de violência doméstica pelo agressor ✓ Isolamento social ✓ Dependência económica ✓ Submissão e inferioridade das vítimas face ao agressor ✓ Permanência no ciclo da violência pelo bem-estar dos filhos ✓ Os atos de violência ocorreram no espaço comum das famílias, a casa ✓ Justificação dos atos do agressor, pelo consumo de álcool e outras substâncias ✓ Ameaças de morte condicionam a saída do ciclo de violência

Tabela 7 – Síntese das evidências empíricas resultantes da análise de conteúdo	
Temáticas analisadas	Evidências empíricas
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de apoio institucional, se assumissem o estatuto de vítima
b) Intervenção dos profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apoios escassos ao nível institucional ✓ Ínfimo apoio familiar ✓ Pressão familiar, por causa dos filhos ✓ Vítimas escondiam os atos violentos ✓ Só queriam tratar as lesões físicas ✓ Falta de empatia com os profissionais de saúde ✓ Relutantes em fazer denúncia ✓ Acompanhadas pelo agressor no recurso aos profissionais de saúde ✓ Profissionais de saúde não estão preparados ✓ Morosidade na resolução do processo judicial
c) Impactos na saúde e bem-estar das vítimas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bem-estar dos filhos é prioritário ✓ Ainda sofrem de patologias físicas e psicológicas ✓ A execução do processo judicial afeta o seu bem-estar ✓ Melhorias na saúde e bem-estar após a rutura com o ciclo de violência ✓ Exibem sentimentos de liberdade ✓ Ainda estão em fase de reconstrução de uma nova vida ✓ Sinais de incerteza ✓ Continuam com medo do agressor ✓ Não pretendem estabelecer qualquer relação no futuro próximo

6.2. Sobre os Profissionais de Saúde

6.2.1. Discussão dos resultados dos *focus group*

6.2.1.1. Perceções individuais

A categoria 1, perceções individuais, divide-se em várias unidades de significância, que permitem uma análise em detalhe das respostas dos participantes dos seis *focus group* realizados. Estas perceções individuais expressam as opiniões sobre as vítimas e a forma

como estas são apoiadas, o gênero, sobre a violência de gênero, a violência doméstica e a saúde, as quais são analisadas e discutidas nos parágrafos seguintes.

A) Comportamento da vítima

Existe, por parte dos participantes no *focus group*, uma certa tendência para padronizar os comportamentos (Andersen, 1997; Mota, 2005), em que subsiste um sentimento de inferioridade da mulher (Nogueira, 2011), um entendimento das vítimas de violência doméstica como pessoas frágeis (Guerra et al., 2016). E1 (FC1) afirmou que as vítimas de violência doméstica se sentem humilhadas e desgastadas e com dificuldades em verbalizar a sua situação. Neste sentido, E2 (FC1) refere que *“há casos em que as pessoas, as vítimas, eu já tive e não foi um, que se dirigiam aos nossos serviços para tratamento e que recusaram assumir. Claro que é um crime público e nós temos que denunciar, portanto. Mas chegou à GNR e disse que era tudo mentira. Verdade... Essa é uma situação muito complicada.”* Estas recusas são explicadas por E4 (FC1) ao indicar que *“muitas vezes, o agressor está lá fora à espera no carro”* e as mulheres têm medo do parceiro (E2, E3; FC2), vergonha (E1, E3; FC2), medo de retaliação (E2, E3, FC2). Optam por esconder os maus-tratos, mesmo com *“(…) traços e (…) sinais evidentes (...)”*, consideraram os profissionais E3 e E5 (FC1), justificando as mazelas porque *“(…) caíram, pronto, ou bateram nalgum lado sem querer (...)”* (E5, FC3) e, ainda, *“(…) porque não se sente protegida na sociedade”* (E7, E5, E3, E6; FC1), o que também foi referido pelo E2 (FC2).

Um outro fator que pesa no tipo de comportamentos destas vítimas é *“(…) o estigma da sociedade (...)”* postulou E2 do FC2, e a aceitação de que a violência é encarada como algo normal pelas vítimas, porque *“fizeram alguma coisa que mereciam, entre aspas, obviamente”* (E4, FC2). Quando se deslocam às unidades de saúde *“(…) é porque já foi agredida e é uma coisa visível e precisa da nossa ajuda e do nosso tratamento. Caso isso não aconteça, não procura o serviço de saúde”*, argumentou E4 (FC4). Estes comportamentos, no entender do profissional E3 do FC5, são o reflexo de não reconhecerem para si próprias que são vítimas de violência doméstica. Pode mesmo acontecer que peçam ajuda, não para sair da situação de abuso, mas para lidar com ela. *“Diga-me, ensine-me a lidar com a situação, para aguentar a situação”*, relato avançado pelo entrevistado E1 (FC5).

Os profissionais de saúde reconhecem nas vítimas a existência de um medo em dar a conhecer a sua situação de abuso, assumido ou não. Daí que quando recorram a uma unidade de saúde o façam apenas para ter tratamento das mazelas físicas resultantes da

violência, omitindo que foram agredidas por terceiros. Assim, assiste-se à denominada violência silenciada, assumida pela vítima, que pode ser resultado do medo em denunciar, da vergonha em denunciar (ser vítima de violência doméstica pode consubstanciar-se num estigma) ou ainda, por entender que os maus-tratos infligidos são normais, por efeito de alguma normalização da violência doméstica, decorrente, por exemplo, de ela ter estado presente ao longo do seu ciclo de vida.

Efetivamente, a violência doméstica está envolta em estigmas (Carneiro & Fraga, 2012), como resultado de vivências culturais e societárias, pelo que as vítimas se envolvem num encobrimento da sua situação, por medo, mas, provavelmente, também para manterem a sua identidade social. Esta ideia está nitidamente expressa nas respostas acima referidas, nomeadamente, quando é unânime nos seis *focus group* que as vítimas se tentam esquivar/esconder a reconhecer que estão numa situação de violência. Face à dificuldade das mulheres em verbalizar os maus-tratos, é importante que os profissionais de saúde discutam com outros colegas a melhor forma de confirmar as suas suspeitas (Quemada e Prieto, 2014). Um outro aspeto importante, é que as vítimas evitam ao máximo a sua exposição pública, mesmo no caso de precisarem de tratamento hospitalar, pois como o enfermeiro E4 (FC1) frisou “*as vítimas, (...) não vão normalmente quando há muita gente, vão no final da tarde (...)*”, o que não impede que estas pessoas recorrem cada vez mais às unidades de saúde (Dahlberg & Kugg, 2002).

Os profissionais de saúde refletiram sobre outros aspetos dos comportamentos das vítimas, quando se deslocam às unidades de saúde.

Os profissionais de saúde consideram que as vítimas não se sentem protegidas quando optam por denunciar o companheiro e pedir ajuda, pois como explicou E3 (FC1) “*quais são as alternativas que depois têm?*”, o que foi corroborado pelo E7 (FC1), ao afirmar que “*(...) os agressores continuam e acabam por fazer as coisas mais graves possíveis, portanto, eu acho que a mulher não se sente protegida*”.

Como focado pelo *focus group* 1 (FC1), existe uma perceção de desproteção por parte das vítimas, o que foi também mencionado pelo E3 (FC3) ao dizer que “*na verdade não têm qualquer apoio e a solução é continuar a viver com o agressor, que é mesmo assim, não é*”, ao que se soma a vergonha (E5, E3; FC3) e “*o aceitar que tem de pedir ajuda. Há sempre alguém a quem se possa pedir ajuda*” (E3, E6, E2; FC3). É nesta tomada de consciência como e a quem pedir ajuda que E6 (FC3) referiu que “*às vezes é conosco, com o enfermeiro até se podem abrir, porque somos enfermeiros de família, conhecemos a família e aos poucos eles vão tendo confiança e vão-se abrindo*”. Aqui o

fator proximidade assume uma relevância crucial. Isto não significa que essa abertura culmine numa denúncia institucional, porque como argumentaram E4 e E3 (FC3): *“vou para onde, onde é que eu tenho dinheiro para alugar um apartamento para me sustentar a mim e ao meu filho?. E nós temos um caso, tu deves conhecer. Ela nunca deixou o marido e é por medo, de certeza. Já lhe partiu o braço. Já, não estás a ver quem é? Já lhe partiu o braço, de vez em quando cai e parte o joelho. Aí também é associado ao alcoolismo”* (E3 e E6; FC3).

Também os profissionais de saúde avançam com a dependência financeira face aos companheiros como um dos motivos para não denunciar. *“Não conseguem criar os filhos sozinhas e isso também as assusta bastante e acabam por ficar ali naquela situação terrível para elas e para os filhos, muitas das vezes”* (E6, FC1). Os profissionais relatam algumas situações que ilustram esse medo em denunciar, esse “ir ficando” que já tínhamos ouvido das participantes desta investigação. Em que o E2 (FC1) relatou a seguinte situação:

“Eu tive um caso de uma senhora que foi mordida pelo marido que apareceu lá para fazer o tratamento. Parece uma coisa caricata, mas é verdade que ela estava toda mordida nas mãos e eu perguntei-lhe: “Então o que é que aconteceu?” Ah! Foi o meu marido. E foi essa situação que eu depois denunciei à GNR e que ela depois foi ouvida e negou tudo e ela dizia - Mas ele é bom marido, porque eu tenho um cartão multibanco à descrição, ele nem pergunta se eu gasto dinheiro aqui ou ali e discutimos com muita frequência - e a tendência dele era morder-lhe e ela estava toda mordida nos braços e nas mãos e ela depois foi à GNR e disse que era tudo mentira, a queixa ficou por ali”. Neste sentido, Fonseca e Lucas (2006) falaram sobre a vulnerabilidade financeira das vítimas face ao agressor, enquanto barreira para abandonarem o ciclo da violência doméstica. Também para os profissionais do FC2, a não denúncia por parte das vítimas de violência doméstica deve-se à dependência económica que a mulher tem do homem (E3, FC2), principalmente nos meios pequenos, em que os filhos e o agressor é que se mantém no seu seio familiar e a vítima sai (E2, E3; FC2).

Mas há também relatos relativos a quem decidiu dar a conhecer a sua situação, a quem denuncia, como é o caso que foi avançado pelo E1 (FC1).

“Um dos últimos casos, deixou-me (...). A senhora veio para fazer penso e apresentava umas feridas traumáticas no pescoço. Eu achei aquilo estranho, mas, como não conhecia a utente, era a primeira vez que a estava a ver, custou-me, mas ao fim, estava toda, uma série de feridas de cabeça, mas a que me marcou muito foi a do pescoço.

Então, eu já não sei como é que foi depois o desenlace, só sei, que a senhora acabou por me dizer que tinha sido o companheiro que a agrediu em casa e - era mesmo para me matar senhora enfermeira, isto foi feito com o fio de uma ficha elétrica que ele me meteu ao pescoço -. E como é que a senhora se conseguiu livrar disso? - Foi o meu cão. - Foi feito à noite, horas da noite afastado da aldeia e a sorte dela diz que o cão que tinha lá, ela tentou agredi-lo para se defender e foi o cão que ela tinha lá que conseguiu atacar o agressor e ela conseguiu fugir de casa. Portanto, ela tinha as marcas no pescoço, pronto, eu depois perguntei-lhe e ela disse - senhora enfermeira eu venho aqui porque eu tenho receio dele, saio daqui e vou diretamente ao Instituto de Medicina Legal, porque eu ontem fiz queixa dele. Essa foi a pior situação até aos dias de hoje.”

Esta profissional relatou ainda a sua última história, em que teve “alguém com formação superior, achei aquela ferida estranha, mas, também não conhecia a senhora, que era a primeira vez. A segunda vez ela verbalizou, ia extremamente agressiva. Eu achei aquilo estranho, mas pronto, nós estamos ali para ouvir e para dar apoio e depois a senhora pediu desculpa e disse ‘Sabe, imagina, como é que esta ferida foi feita?’ ao que eu respondi não saber. Ela disse ‘Acho estranho o local e o tipo de ferida?’ ‘Então olhe, foi o grau de raiva que eu tenho ao meu marido porque ele está-me a fazer a vida negra no processo de violência e de separação. Está a pôr as filhas contra mim’. Pronto, e aí foi um desmoronar de toda a situação, que a senhora disse. E ela só me dizia: ‘Eu tenho que ter sangue de barata’. E eu só disse: ‘Super barata’, porque realmente estou mais habituada e tenho tido mais experiências da violência em grupos de baixa literacia e no rural e situações de alcoolismo” (E1, FC1).

Face as estas histórias reais, realçou que, cada vez mais, as vítimas são das classes mais altas; de qualquer forma, considera que, independentemente do status socioeconómico, estas pessoas querem “sobretudo que as oiçamos, as protejamos e que as orientemos, aquelas que ainda não estão orientadas, mas de uma forma isolada, de modo a não serem identificadas”. E1 (FC1)

Não obstante haver quem reconheça esta transversalidade da violência doméstica, o facto de haver mulheres com um status socioeconómico mais alto que vivem e se mantêm numa situação de violência doméstica, levou alguns dos profissionais de saúde deste *focus group* a questionar-se como é que estas pessoas ainda vivem juntas com os agressores (E3, FC1), o que levou o E2 (FC1) a afirmar que “quantas mulheres dizem assim: ‘não o meu primeiro companheiro ou marido era o agressor, mas depois o segundo, continua a ser agressor, e o terceiro continua a ser agressor’. Indo ao encontro

destas afirmações, E1 (FC1) sublinha que a situação é cíclica (ciclo da violência), apesar de algum apoio institucional que possam usufruir (E5, E3; FC1).

Para além do receio do que será o futuro próximo face a uma denuncia de maus-tratos por parte das vítimas, o E3 (FC1) referiu que “(...) a mulher também tem algum receio de denunciar estas situações”, especificamente por causa dos filhos (E5, E3; FC1), uma vez que persiste o receio de que a sua fragilidade leve as autoridades a retirarem-lhe os filhos (E3, FC1). Segundo os profissionais, todos estes medos direcionam a vítima para a continuidade da manutenção da relação com o agressor (E4, FC1). Este tipo de relações foi espelhado no relato de E5 (FC1).

“Eu tive recentemente uma situação de uma mulher que chegou lá e notavam-se as marcas e ela foi lá no sentido de pedir ajuda e eu estive ali mais de uma hora a tentar convencê-la a fazer a denúncia. Ela foi pedir ajuda, mas não queria denunciar. Não queria ir para casa novamente. Uma situação que se arrastava há trinta anos. Ah, ia acompanhada de uma filha e ela foi mais fazer, pedir ajuda, porque a filha ia de Erasmus e ela ficava sozinha com o agressor. A muito custo consegui dizer: ‘Eu vou chamar as forças policiais e a senhora vai fazer a denuncia aqui comigo’. Ao fim de uma hora, consegui convencê-la, vieram as forças policiais e foram impecáveis e disseram: ‘Neste momento, nós tomamos conta do caso’, ligaram logo para o hospital, que havia e estava de serviço a equipa de medicina legal e ela foi logo direta dali para a medicina legal. Ao fim de uma semana retirou a queixa”

Do mesmo modo, o profissional de saúde E3 (do FC1) vivenciou uma situação na primeira pessoa em que assumiu que “eu misturei um bocadinho os papéis de profissional e como cidadã. Aconteceu, com uma colega nossa, que há algum tempo atrás me denunciou que era vítima de violência doméstica. Eu tentei apoiá-la e tentei que ela fizesse a denúncia, mas ela disse-me: ‘Se algum dia alguém sabe eu sei que foste tu’. E eu disse-lhe: ‘estás a pedir-me como profissional ou como amiga?’, e tentei trabalhar um bocadinho com ela. Depois a situação acabou por se agravar e graças a Deus ela agora está bem. Mas eu tentei dar-lhe o meu apoio, não só como profissional, mas também como cidadã e como amiga da pessoa, mas, é ambígua esta situação - o que é que nós fazemos nesta situação? Eu lembro-me que geri um conflito comigo própria porque eu não sabia o que é que devia fazer. Eu tentei com que a situação fosse denunciada. Eu pensei que era a melhor solução na altura, e não consegui esse apoio da parte dela e disse-me: ‘se eu sei, se alguém aqui sabe dentro, eu sei que foste tu, e vais deixar de ser minha amiga’. E a partir daí nunca mais”.

Em jeito de conclusão, E3 ouviu a vítima em causa afirmar: *“Já passei coisas que vocês nem imaginam’. As colegas sabem que ela entra na urgência ou porque partiu isto, ou porque partiu aquilo, porque, pronto vem toda negra e isso sabe-se quem é, não é? Sabe-se perfeitamente que é o marido e é a tal coisa”*. A abertura mostrada por esta mulher mostrou a importância da relação de proximidade com os enfermeiros de família.

“Sim, às vezes verbalizam algumas coisas. Até pode não ser realmente violência doméstica, mas até vão falando connosco, pronto vão se abrindo e vão estando mais à vontade às vezes connosco. Ah, mas depois acho que as expectativas são defraudadas nesses casos, porque a vítima pode realmente criar uma expectativa muito grande que na verdade nós não temos como dar resposta, como ajudar. É triste isto, não é? E é difícil também para nós como profissionais, mas são realmente coisas que não...”. E3 (FC3)

Porém, é difícil para estes profissionais de saúde forçarem a alteração de comportamento das vítimas devido às suas fragilidades económicas e outras, o que se revê na resposta do E5 (FC3): *“nós até lhe podemos dar a força, força, saia, você é uma mulher poderosa, deixe essa mulher sair cá para fora”, não é? Até podemos dizer assim e ela diz assim: ‘boa, vai ser hoje, e hoje vou sair cá para fora, mas eu não tenho emprego”*.

Muitas vezes, quando a vítima recorre às unidades de saúde e o profissional de saúde a identifica como uma potencial vítima de violência doméstica, de forma consistente, a mesma recusa-se a apresentar queixa, embora seja o dever desses profissionais alertarem as autoridades (E2, FC4). Todavia E4 (FC4) contou que *“isto é um pau de dois bicos, porque já me aconteceu ter uma vítima de violência doméstica e ser registada como vítima de violência doméstica e depois virem tirar a queixa e virem a pagar a taxa moderadora porque a pessoa pagava taxa e quem tinha que pagar a taxa era o marido e a pessoa vir a correr a pagar a taxa antes da carta chegar a casa, porque senão levava outras, porque já estava tudo em bem, que já estava tudo em bem. Isto já se passou comigo, portanto é assim, vêm no momento, mas depois arrependem-se logo e já está tudo em bem”*.

No seguimento das opiniões do FC4, a AS (FC5) considerou que *“as pessoas até conseguiam às vezes o estatuto de vítima e depois era tudo arquivado”*. Estas situações para a profissional E3 estão relacionadas com questões educacionais e geracionais, pois *“consideram a forma de comunicação que era tudo normal, foi assim que eu fui educada. A minha mãe e o meu pai também já tinham este tipo de relação. E como é*

que nós profissionais depois conseguimos chegar a essas pessoas e até explicamos que aquela dinâmica não é normal, que aquilo não é saudável, às vezes é muito difícil”.

Os profissionais de saúde fazem alusão a situações que consideram embaraçosas e que podem ser um entrave à sua atuação, quando atendem vítimas de violência doméstica que se apresentam *“muitas das vezes em consulta juntamente com o marido e acontece-me com muita frequência, mas porque é que tem isso no braço? – ‘Caí das escadas’ -. Nunca caiu das escadas”* (E3, FC5), porque *“habitualmente o agressor até faz questão de estar presente, para marcar ali a presença e fazer o seu autocontrolo”* (AS, FC5).

Um exemplo de como a violência doméstica se transforma numa situação cíclica, foi destacado pelo E1 (FC5) que relatou *“um caso no Fundão que conseguimos pô-la numa casa abrigo. Ela tinha um segundo telemóvel ah e afinal aquilo era tudo nada menos tudo falso e ele foi buscá-la. E era tudo falso. E aquilo para nós, na altura, da maneira como agimos, retirámo-la de casa e não sei o quê. E ela tem um segundo telemóvel fala para ele e diz-lhe onde está. Ela pôs em perigo as pessoas que estavam na casa abrigo. Aguentar, porque tinham a casa, porque tinham os filhos pequenos e só queriam qualquer coisa para aguentar a situação, não queriam sair de casa.”*

Segundo os profissionais que compõem este *focus group*, as vítimas não os abordam para verbalizar (e muito menos denunciar) que são vítimas de violência doméstica, seja física, verbal, psicológica ou sexual, mas apenas desabafam um pouco sobre a sua vida (E2, FC6), pois apenas pretendem demonstrar que se sentem tristes e veem nos profissionais de saúde um ombro amigo (M1, FC6). Sob uma outra perspetiva, M1 (FC6) partilhou que ainda *“existe muito a ideia pela mulher de que ele estava chateado, foi só uma vez, fui eu que o irritei e depois ele até veio ter comigo a chorar e prometeu que nunca mais voltava a fazer uma coisa dessas e que me ama muito e tem muito a tendência de perdoar foi só esta vez, não vai voltar a acontecer”*. Este profissional de saúde identifica claramente o que se designa por ciclo de violência, amplamente descrito na literatura, e que a APAV (2020) descreveu como englobando três fases distintas: aumento da tensão, ataque violento e lua de mel, fases essas que se repetem.

Para alguns profissionais, estas situações de culpabilização e de retorno ao ciclo da violência estão relacionadas com a existência de filhos da vítima e do agressor (E2, M1; FC6). Avançam ainda com a questão da dependência económica, por parte da vítima, assim como com a dependência de álcool e o consumo de substâncias ilícitas, por parte do parceiro (M4, M1 e E2; FC6), e, em última instância, *“um desequilíbrio ao nível da harmonia familiar”* (E2, FC6), associado a questões culturais de inferioridade da mulher

Para além dos medos, estas vítimas têm receio de serem estigmatizadas pela sociedade, no momento em que assumam o seu estatuto de vítimas de violência doméstica, logo não denunciam a situação e escondem, o que corrobora as considerações de Mafioletti (2010). A existência destes estigmas foi referenciada também pela World Health Organization (WHO) (2001), provando que este estigma prevalece e que, quando associado ao medo, é um fator impeditivo para que as vítimas ponderem alterar o seu comportamento. Isto evidencia a complexidade que os casos de violência doméstica envolvem (Oliveira et al., 2017), principalmente quando tais atos ocorrem em casa (Lourenço et al., 1997).

Toda esta complexidade de fatores impede que as vítimas enveredem pelo processo de denuncia do agressor (Grossi et al., 2020; Oliveira & Moreira, 2006). Estes impedimentos sugerem que é extremamente difícil para as vítimas ultrapassarem a barreira do sonho da sua relação com o agressor, como argumentaram da Fonseca et al. (2012). Já Grossi et al. (2020) concluíram que quebrar o ciclo da violência é muito doloroso para as mulheres vítimas de violência doméstica e, por isso, muitas não avançam e desistem. Embora os profissionais de saúde estejam cientes da dificuldade em denunciar, percebemos que nem sempre compreendem os avanços e recuos que algumas mulheres experimentam no processo de quebrar o ciclo de violência, sendo que a desistência ou o regresso à casa com o agressor acaba por os frustrar, inibindo-os de se envolverem em futuras situações.

Expresso nos depoimentos das vítimas na seção 6 e nos relatos dos profissionais de saúde, muitas vítimas sempre viveram em ambientes de violência, de geração para geração, logo confirma-se que tal é um fenómeno social e cultural (Alves, 2005; Costa, 2003), associado a mentalidades pré geradas, que normalmente ocorrem em relações familiares, de intimidade e de dependência das vítimas, como referido nas pesquisas de Krug et al. (2003) e Virkki et al. (2015).

A dependência (principalmente a económica) para com os agressores, e que é frequentemente mencionada pelos profissionais de saúde, é também amplamente referida na literatura (e.g., Garcia-Moreno et al., 2002; Kizilgol & Ipek, 2018; Lino, 2012; Machado & Gonçalves, 2003). A dependência económica é um aspeto crucial e determinante para que as vítimas adotem comportamentos que não as beneficiam, antes pelo contrário, pois como aludiram Garcia-Moreno et al. (2002), as situações de violência doméstica ocorrem no seio familiar, na casa de família, espelhando a dependência da vítima. Isto quer dizer que a forma como os profissionais de saúde atuam deve estar alinhada com esta evidência, pois está em causa a subsistência da vítima,

eventualmente, dos seus filhos, para além da parte física e emocional, o que sendo do conhecimento do agressor, altera a dinâmica do abuso pelo mesmo (Lino, 2012).

De um modo geral, como pudemos perceber por alguns testemunhos, os profissionais de saúde entendem que as mulheres não têm à sua disposição redes e mecanismos de apoio que lhes garantam segurança para denunciar a situação de violência e prosseguir com a queixa, o que as leva a permanecer junto ao agressor, sobretudo quando há filhos menores envolvidos. De certo modo, tal denota algum desconhecimento das políticas de apoio à vítima que têm vindo a ser desenvolvidas a nível nacional e dos recursos que existem, a nível local, como seja a Estratégia de Territorialização para a Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género, que abrange os municípios de Belmonte, Covilhã e Fundão. O objectivo desta estratégia é alcançar uma cobertura nacional progressiva dos serviços de apoio e protecção às vítimas de violência doméstica e de género. No âmbito desta estratégia, existe na Covilhã e em Belmonte, um Gabinete de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica. Ainda neste âmbito, é dinamizada a Rede de parceria Violência Zero, a qual visa a prevenção e o combate à violência doméstica e de género nos concelhos da Covilhã, Belmonte e Fundão, pressupondo uma resposta que envolve de forma articulada 24 instituições, entre elas, o ACeS da Covilhã.

Por último, em Portugal, mesmo já existindo uma rede de apoio à violência (Azambuja, 2008) e vários planos de protecção à vítima (Guerra et al., 2016), ainda persistem muitas limitações dos profissionais de saúde aquando da prestação de apoio em situações de violência doméstica, como confirmam os relatos destes. Este argumento direciona este estudo para o subtópico seguinte.

B) Limitações no apoio à vítima

Para os atores que fizeram parte do *focus group* FC1, não é tarefa fácil lidar com situações de violência doméstica, já que muitas vezes não conseguem orientar atempadamente a forma como assegurar a segurança da vítima e dar uma resposta imediata à situação, como se pode constatar no testemunho de E1 (FC1): *“a capacidade dos meios para dar resposta emergente ou urgente à situação é complicado”*.

Neste âmbito, E7 (FC1) refere: *“pode haver uma situação de problema económico e de autonomia económica e, realmente, se calhar não há respostas suficientes para as mulheres saírem de casa, e terem um sítio para ficar”*; E3 (FC1) questionou *“(…), quais são os recursos que nós podemos utilizar para ajudar as pessoas? Eu tenho muita dificuldade”*. Deduz-se deste testemunho que os profissionais pensam mais rápido nas

limitações ao apoio das vítimas fora da sua área de atuação do que no âmbito dessa. Por outro lado, estes profissionais têm uma certa ideia sobre a intervenção, mas que não é coincidente com a realidade, o que nos demonstram que não estão assim tão informados como deveriam sobre os mecanismos existentes de apoio à vítima.

Estes relatos mostram que, para que o regresso das vítimas seja trabalhado e para que as mesmas se sintam apoiadas, é importante a existência de uma equipa multidisciplinar de acompanhamento às situações de violência doméstica, nomeadamente sociólogos, psicólogos de forma a dar uma resposta mais célere e empoderar as vítimas, dando-lhes estratégias de forma a evitar as lembranças negativas e de ultrapassar as marcas deixadas de tal violência. Contudo, em grande parte das unidades de saúde primárias poderão não existir, ainda, estas equipas. Como mencionou E1 (FC1), *“é por isso que nós havíamos de ter a parte de sociólogos, psicólogos a trabalharem essas vítimas para as empoderar para lhes dar estratégias, para lutarem contra isso, para evitar os tais recalcamientos (...) Não é fácil de fazer”*.

A justiça também tem um papel muito importante nas situações de violência doméstica, nomeadamente, na rapidez de análise e decisão das situações salvaguardando a segurança das vítimas, como expressam os relatos destes profissionais de saúde:

- E2 (FC2) refere: *“mas penso que a justiça tem, terá de alterar um bocado o tipo de resposta e a rapidez de resposta porque, muitas das vezes, dá-me a sensação que as pessoas não fazem, não avançam mais, porque depois a proteção que deveriam ter em casa não a têm (...) e às vezes metem-se os familiares e depois daí tem o que a gente vê na comunicação social, por vezes as retaliações diretamente aos familiares e há uma destruição de uma família. (...) Acho que a justiça não dá resposta, daí um número de vítimas durante este ano logo no início do ano, mas que houve, onde já tinha havido participação das situações e não havia resolução de forma nenhuma”*.

- Para E7 (FC3), *“são processos muito morosos”*.

Por mais de uma vez, os profissionais de saúde mencionam o facto de o companheiro/agressor também se encontrar na unidade de saúde

“A senhora tinha que ir ao hospital, o colega chamou a GNR. Entretanto também o companheiro estava ali e basicamente chega a uma determinada conclusão que é uma situação que a senhora tinha de ir à urgência, mas não é uma situação de emergência, digamos assim e, portanto, ela teria de se deslocar por meios próprios para a urgência.

A GNR nesse caso não faz nada e a senhora acabou por se deslocar à urgência com o companheiro, que é ridículo, não é?” E4 (FC3)

Apesar do reconhecimento de quão perigosa e inusitada esta situação é, na verdade, os profissionais de saúde manifestam algum mal-estar por não saber como lidar com ela, apesar de, segundo os seus testemunhos, ser frequente. Este mal-estar, por vezes, é sentido relativamente a todo o espectro de apoio que se espera que seja dado aquando dos cuidados de saúde prestados a vítimas de violência doméstica, neste caso, no âmbito dos cuidados primários, o que sublinha a urgência de formação nesta área por parte dos profissionais de saúde, o que vai no sentido do que foi avançado por várias investigações (e.g., Bright et al., 2020; Conselho da Europa, 2011; CIG, 2013; Lino, 2012).

“É muito complicado. Eu acho que é um processo muito complexo. Eu acho que nós, mesmo como profissionais de saúde, não estamos muito capacitados para ajudar nestas soluções” E3 (FC3).

“(…) nós quando ajudamos uma pessoa, temos um compromisso com essa pessoa e, de facto, nos cuidados primários a ausência de recursos até nos cria uma certa angústia” (...). Aquela pessoa vem-nos pedir ajuda” E5 (FC3).

Quando uma vítima pede ajuda e os recursos são escassos provoca no profissional de saúde um sentimento de angústia por não ter recursos que possam ajudar na resolução imediata do problema. Diligenciam a situação em parceria com outras entidades de forma a prestar uma resposta célere, mas como frisou E5 (FC3), a vítima *“pede ajuda e há assim um vazio em termos de resposta. Trabalhamos em rede, como diz, alivia-nos um bocadinho a consciência porque sabemos que encaminhamos”*. O trabalho em rede é muito importante na resolução de situações de violência doméstica, pois permite uma resposta integrada ao nível da saúde, da segurança, justiça, habitação, contudo, é importante que os diferentes intervenientes tenham plena consciência do papel que se espera que cada um desempenhe, além de ser importante ter um feedback sobre os casos que foram encaminhados, para que se possa ter uma noção do resultado da ação de cada um na procura de uma solução.

A totalidade dos relatos mostram que os profissionais de saúde se sentem limitados para poderem dar uma prestação de cuidados de saúde às vítimas, por várias ordens de razão. A primeira, por escassez de recursos, a segunda, pela inexistência de uma equipa multidisciplinar no serviço, a terceira, porque as próprias vítimas querem ser ajudadas, mas sentem-se desprotegidas e temem que escasseie o apoio e o acompanhamento. Estes

profissionais de saúde entendem ser crucial o funcionamento em sistema de rede e de parcerias, como uma boa estratégia a adotar, mas tal exige compromisso e comunicação entre todas as partes interessadas. Neste sentido, um estudo recente (Curia et al., 2020) destacou ser essencial que o combate à violência doméstica passe por uma nova avaliação das redes de apoio e das intervenções, para se definir uma estratégia mais robusta. A importância desta estratégia foi mencionada pelos entrevistados e deve assentar em compromisso e comunicação. Estes profissionais de saúde mencionaram ainda que, muitas vezes, sentem que não têm capacidade para despoletar o auxílio necessário, o que não os deveria inibir de explicar às vítimas que deviam ter uma atitude de tolerância zero à violência, como argumentado por Abbott e Williamson (1999). Esta impotência dos profissionais de saúde aviva a necessidade de dotar estes profissionais das competências essenciais para lidarem com estas situações, o que está evidenciado na pesquisa de Bright et al. (2020). Adicionalmente, a análise destes testemunhos remete, de novo, para o já mencionado desconhecimento dos recursos existentes no território, que muito raramente foram mencionados, o que pode colocar limitações à sua capacidade para encaminhar as situações de violência doméstica.

Diversos estudos realçaram a importância do funcionamento em rede dos profissionais de saúde com outras instituições para fornecer às vítimas de violência doméstica o apoio que realmente se exige perante a complexidade deste fenómeno social (e.g., da Silva Soares et al., 2016; Guimarães et al., 2018), sendo importante a otimização de recursos, e a jusante a existência de uma equipa multidisciplinar, como referiram os próprios profissionais de saúde. Adicionalmente, todos os profissionais de saúde devem estar cientes dos riscos que as vítimas correm, caso sejam identificadas como tal, pois estas temem severamente as retaliações dos agressores, o que foi descrito por Krug et al. (2002) e Manita et al. (2009). No entanto, é também preciso ter em conta os riscos que os próprios profissionais correm, no âmbito da sua intervenção, nomeadamente os riscos de sobrecarga emocional, dado que os efeitos da violência e o sofrimento das vítimas também os atingem, para além dos que se colocam à sua segurança.

“Os profissionais que trabalham nestas áreas também deveriam receber apoio psicológico (...), começamos a conhecer os casos, começamos a conhecer o que é que pode acontecer (...). E eu também começo a ter medo por mim, pelo meu filho, pelos meus familiares próximos- Assim, era importante também as pessoas que trabalham nesta área, para além de terem formação de como atuar, também como lidar com isto; são áreas difíceis e que nos fragilizam” E3 (FC5)

“Fala-se muito agora das agressões aos profissionais de saúde, e uma delas é uma pessoa que é agressiva com o cônjuge, se desconfiar que o profissional de saúde está a espalhar a notícia”. M1 (FC6)

C) Desigualdade de género

As relações entre violência doméstica e desigualdade de género são amplamente debatidas e conhecidas, tendo sido analisadas no corpo teórico da presente investigação. A violência doméstica e o seu número de casos referem-se superiormente a mulheres vítimas de violência (APAV et al., 2020). E embora saibamos que a violência doméstica é um grave problema social transversal a todas as classes sociais, é importante ter em conta uma perspetiva interseccional, já que as mulheres com baixo status socioeconómico enfrentam desvantagens cumulativas, associadas a baixas qualificações académicas, baixo rendimento ou mesmo ausência de rendimento, entre outras. No entanto, parece não haver, por parte da maioria dos profissionais de saúde, um reconhecimento explícito desta desigualdade de género como sendo um fenómeno que existe ao nível da própria estrutura da sociedade, o qual está na raiz da prevalência de violência doméstica contra as mulheres. Grossi et al. (2020) e Guimarães et al. (2018) sublinham claramente a ideia de que a violência contra a mulher é o resultado de desigualdades históricas nas relações entre os homens e as mulheres. No seguimento da Conferência de Pequim, a CIG (2013) apontou que os abusos exercidos contra as mulheres são consequência das pressões sociais, da falta de acesso à informação pela mulher, da aplicação de leis eficazes e eficientes, de ausência de meios, entre outros fatores. No entanto, os participantes avançam essencialmente motivos para a violência doméstica que se focam ao nível do indivíduo, do seu comportamento, e não em fatores macrossociais, estruturais.

“Tem mais a ver com os comportamentos que o pai e a mãe teve, que o avô teve. Eu acho que os comportamentos que eles viram anteriormente que foram repetitivos ao longo da adolescência, na idade já adulta deles, acho que eles veem assim: ‘não é tão mau quanto isso, não é?’. Também as dependências associadas ao álcool, às substâncias ilícitas e a falta de empregabilidade, são um conjunto de fatores potenciadores que podem levar à prática da violência doméstica. (...). Eu acho que tem a ver com isso, tudo associado às drogas, ao álcool, à falta de emprego que não estão ocupados, não é? Acho que tem tudo a ver com isso” E2 (FC6).

E ainda que também exista violência doméstica contra homens, como alguns avançaram, esta é inequivocamente menor, e não é expressão da desigualdade de género.

“É transversal a todos os géneros” E1 (FC1).

“Estamos aqui a falar de violência contra as mulheres, porque se nós falarmos do contrário então aí, é que eles não denunciam mesmo” E2 (FC1).

“Os homens frustravam ser vítimas de violência” E2 (FC1).

Alguns profissionais fizeram referência aos efeitos de ser educado num ambiente violento e mesmo ao papel da socialização de género, ainda que num dos casos pareça tratar-se mais da defesa dessa socialização, do que da sua crítica.

“É a questão que aprendem com o que veem fazer, apesar de haver muita informação e muito alerta (...) é o comportamento e o exemplo. Os tais modelos de identificação que é importante que estejam presentes. É importante referir que mesmo convivendo as filhas com os pais violentos, tipicamente as mulheres são muito mais vítimas de violência do que os homens. Temos estado a assistir a casos de pais violentos, no sentido de pai e mãe e raparigas e rapazes, porque é que os rapazes têm muito mais tendência para se tornarem agressores do que as raparigas? Na sociedade ainda existe o tabu, que a mulher é pau para toda a colher. E isso é normal” E1 (FC1).

“Tem a ver com o meio onde estão inseridos, a vivência que tiveram atrás dos pais, se eu batia, a minha mãe agora bate, eu vou bater” E3 (FC6).

“A mãe deixou de ser a pessoa que estava em casa a tomar conta dos filhos, cuja função seria essa. Eu penso que se começou a perder muito essa ideia do local e quais os deveres de uma mulher na sociedade” M1 (FC6).

“O papel do homem, salve seja, era trabalhar e a mulher ficava em casa a cuidar dos filhos, etc. (...) mesmo que não haja desigualdade, é sempre importante abordar o assunto, trabalhá-lo e discuti-lo. Na desigualdade de género também devemos falar do que são os papéis de género e do que é expectável ou não que cada um, cada género, desempenhe na sociedade” (M4 FC6).

Um dos participantes faz alusão aos progressos que têm vindo a ser feitos no âmbito do combate à violência de género, e faz também referência aos direitos no âmbito da maternidade e da amamentação como avanços na igualdade de género, remetendo claramente para uma visão focada na biologia, a partir da qual emergem “necessidades diferentes” de cada género, o que leva a que a “desigualdade de género” ganhe um outro sentido, positivo, até.

“Não nos podemos esquecer que nunca houve tantas leis a proteger essa situação como agora. Se não há trabalho ainda a ser feito? Claro que há. Quando se fala em desigualdade de género, está-se a assumir a parte negativa, mas estas leis que protegem na amamentação e na gravidez são uma desigualdade de género que deve existir, porque as mulheres precisam dessas leis. (...) é uma desigualdade de género que existe precisamente porque há dois géneros diferentes que têm necessidades diferentes”

São muitos os estudos que afirmam que a desigualdade de género fomenta a violência contra a mulher (e.g., Lino, 2012; Saliba et al., 2007; Villela & Monteiro, 2005). Ritt et al. (2009) contataram que os atos de violência acontecem em ambiente privado e sem testemunhas e provocam alterações (in)visíveis nefastas no estado de saúde da mulher, o que para a APAV (2020), está relacionado com a desigualdade de género. Assim sendo, a abordagem da violência doméstica com base na desigualdade de género enfatiza ainda mais a necessidade de discutir a ligação entre saúde e violência doméstica, já que qualquer forma de desigualdade tem efeitos na saúde, sendo os impactos em saúde da desigualdade de género amplamente reconhecidos (Augusto, 2013).

A violência doméstica é transversal a todas as classes sociais e géneros, surgindo nas grandes cidades e pequenas cidades, *“porque a violência doméstica também existe nas grandes cidades e em idades jovens”* (E2, FC6). Os jovens que assistem ou presenciam violência doméstica entre os seus progenitores e crescem vivenciando esses atos acabam por aprender e encarar a violência como um comportamento normal, ou seja, comportamento gera comportamento, as tais mentalidades geracionais já referidas anteriormente, pois:

Segundo E3 (FC6), *“tem a ver com o meio onde estão inseridos, a vivência que tiveram atrás dos pais, se eu batia, a minha mãe agora bate, eu vou bater”*.

Existe também a violência silenciada, em que as vítimas não apresentam queixa, nem recorrem a nenhuma entidade a solicitar ajuda, muitas vezes, por vergonha e dependência económica dos maridos, ou por receio de agravarem a situação e serem novamente sujeitas aos maus-tratos e acreditando que a situação possa melhorar. Por isso, estes profissionais disseram que:

- E2 (FC6): *“Ainda há muita violência doméstica encoberta, sem nós sabermos”*.

- M1 (FC6): *“Como os nossos ditados “entre marido e mulher não se mete a colher”*.

Estes testemunhos fazem sobressair que os profissionais de saúde têm consciência da persistência da desigualdade de género, indo ao encontro dos argumentos de Almeida (2008), ao concluir que as normas culturais e sociais colocam a mulher como o género mais fraco, pela sua submissão ao homem e por sentimentos de inferioridade. Estes profissionais, também, consideraram que existe muita violência contra a mulher silenciada, o que se enquadra no estudo de Guedes et al. (2009), que drasticamente concluiu que a desigualdade de género incrementa a violência contra a mulher, o que traça a sua forma de estar na vida, a sua forma de adoecer e até de morrer.

Já aqui se falou das mentalidades geracionais, o que mais uma vez está patente no relato de E1 (FC1) e E3 (FC6). Quer dizer que a atribuição distinta do poder face ao género, leva a que o homem exerça poderio sobre a mulher, o que lhe retira o seu empoderamento, e lhe imponha submissão (Santos et al., 2019), originando que a violência seja desigual entre o homem e a mulher (Mafioletti, 2010). Todavia, isto não significa que não exista violência de género contra o homem e, neste caso, ainda mais silenciada será, se tivermos em conta os testemunhos de E1 e E2 (FC1), o que corrobora as conclusões de Russo e Pirlott (2006), cujo estudo epilogou que a violência de género acontece em homens e mulheres, mas com maior incidência nas mulheres quando se trata de violência doméstica.

Nos testemunhos relatados até aqui das vítimas e dos profissionais de saúde, constata-se a imponente prevalência da violência doméstica contra a mulher, as quais exibem sempre sentimentos de culpa, inferioridade, medo de retaliações pelo agressor, submissão pelos filhos e pela dependência económica. Esta linha de pensamento revê-se nos fundamentos de Andrade e Fonseca (2008), ao observarem que a análise das relações de poder explicita que este é exercido diferenciadamente entre os sexos, em que a mulher assume uma posição secundária e de submissão. No entanto, quando o exemplo de violência vem de dentro do seio familiar, como frisaram E2, E3 (FC6) e E1 (FC1), leva a alterações comportamentais (Anderson, 1997) em função do género, o que potencia a violência de género em contexto familiar. Aqui, o agressor é o parceiro, precisamente pela submissão da mulher que assistiu ao mesmo no seu ambiente familiar de origem, o que corrobora os estudos de Grossi et al. (2020) e de Guimarães et al. (2018) e a apostilha da Plataforma de Pequim: a violência contra a mulher é o resultado de desigualdades históricas nas relações entre os homens e as mulheres.

No seguimento da Plataforma de Pequim, a CIG (2013) apontou que os abusos exercidos contra as mulheres são consequência das pressões sociais, da falta de acesso à informação pela mulher, da aplicação de leis eficazes e eficientes, de ausência de meios,

entre outros fatores. Entenda-se que estas consequências são gerais na violência de gênero, mas quando se fala das mesmas na mulher, estas vão além deste modelo tradicional. A título de exemplo, Ritt et al. (2009) reiteraram que os atos de violência acontecem em ambiente privado e sem testemunhas e provocam alterações (in)visíveis nefastas no estado de saúde da mulher, o que para a APAV (2020), está relacionado com a desigualdade de gênero.

Face a estas considerações, é fundamental desenvolver uma abordagem integradora e holística no âmbito da violência doméstica (Quemada & Prieto, 2004), dado que inúmeros estudos indicam que a desigualdade de gênero fomenta a violência contra a mulher (e.g., Lino, 2012; Saliba et al., 2007; Villela & Monteiro, 2005). Se se abordar a violência doméstica com base na desigualdade de gênero, aviva-se a questão da ligação entre a saúde e a violência doméstica, muito além do modelo biomédico tradicional.

D) Saúde

Para os profissionais de saúde entrevistados, existe relação entre violência doméstica e saúde, sendo que estes profissionais consideram que estão na primeira linha de atendimento. Os profissionais de saúde, para além de cuidarem as agressões físicas, devem estar sensibilizados e preparados para as situações de violência doméstica. Muitas vezes a lesão é tratada, esquecendo a razão que originou essa lesão. Como referiu E2 (FC1), *“eu nem me vou meter nisto”*. Por sua vez E4 (FC2) referiu que *“no meio deste processo todo, quem fica quase mal na situação é o profissional de saúde, que a ele chama de referenciação e que chama e que fica ali com o menino nas mãos como se costuma dizer, porque o mecanismo de encaminhamento...”*. Outro fator referenciado pelos profissionais de saúde refere-se a possíveis retaliações. Conforme disse E2 (FC2), *“(...) estamos sujeitos a um bocado, também a essa própria retaliação, porque não temos proteção desse tipo de situação e acabamos por estar sujeitos a esse tipo de retaliação também”*. E2 (FC3) também acrescentou que *“é muito difícil porque não há uma equipa, pronto, muitas vezes nós próprios não temos conhecimento do que fazer, não é?”*.

Foi referido também nestes *focus group* a falta de recursos e que seria importante a criação de equipas de acompanhamento a estas situações, o que se revê no comentário de FC3 (E3): *“Eu acho que faltam muitos recursos na comunidade, que devia haver mesmo equipas comunitárias para acompanharem, para poderem reabilitar socialmente e mentalmente essas pessoas (...) como é que nos dias de hoje, coisas tão simples, como esta coisa da mudança de mentalidades.”*

A análise crítica destes testemunhos sugere, de modo genérico, que os profissionais de saúde compreendem a importância da associação da saúde com a violência doméstica. Porém, os mesmos salientam a ausência de equipas multidisciplinares para o acompanhamento durante todo o processo, bem como a inexistência de protocolos institucionais, o que consideram um entrave a uma intervenção em saúde célere e ajustada a uma situação de violência.

No entanto, o modelo biomédico, que ainda guia boa parte das práticas em saúde, dado que os profissionais de saúde tratam e curam as lesões físicas, ou reconhecem a patologia como causa da violência, não é adequado para uma intervenção integrada no âmbito da violência doméstica. Percebemos, neste sentido, a manutenção de uma visão estreita do que é saúde.

Evidente que esta necessária transformação no processo de atendimento a estas vítimas não passa apenas pela ultrapassagem deste tipo de abordagem, mas também pela capacitação destes profissionais. Esta capacitação passa pela sua formação na área, como sugerido por Bandeira (2014), Hasse e Vieira (2014), Leal e Lopes (2005) e Oliveira et al. (2020), para que expressões como “*não se querem meter*”, “*se nos metemos ficamos com a criança nos braços*”, “*sem saberem o que fazer*” avançadas pelos profissionais deixem de existir, ainda eu também possam estar interligadas à escassez de recursos e a receios de retaliações por parte dos agressores, aspetos que também foram mencionados.

Esta sùmula dos testemunhos dos participantes nos *focus group* aqui analisada, remete para as considerações de Almeida (2008), que apelou à transformação das práticas sociais e de saúde na intervenção de casos de violência doméstica, devido ao papel (in) consciente que estes profissionais podem ter, face à sua proximidade com as vítimas.

Isto não significa que o rastreio inicial destas vítimas não seja essencial e não deva ser baseado em sintomas já tipificados (Aghakhani et al., 2015). Globalmente, a importância destes rastreios será um veículo condutor para uma maior eficácia e eficiência no combate à violência (Khadivzadeh & Erfanian, 2011). No entanto, é fundamental que o atendimento à vítima vá para além das práticas clínicas instituídas pelo modelo biomédico tradicional (Babae et al., 2021) e que o papel a desempenhar pelos profissionais de saúde seja reconhecido como crucial, para a deteção e prevenção precoce da violência doméstica (Manita et al., 2009).

Esta nova postura face à intervenção em saúde requer uma disrupção e uma nova literacia dos profissionais de saúde no atendimento a potenciais vítimas de violência

doméstica, aquando da sua deslocação às unidades de saúde para receberem tratamento físico (Silva, 2018), ou seja, é urgente que se trate as lesões físicas e as invisíveis (Deslandes et al., 2000; Deslandes, 1999; de Moura & Reichenheim, 2005). Depreende-se que esta evolução positiva passa pela alteração de mentalidades dos profissionais de saúde, dado que estudos anteriores têm descrito que existem profissionais de saúde que assumem que estas situações dizem somente respeito à justiça e à segurança social (D'Oliveira & Schraiber, 1999; Deslandes, 1999; Saliba et al., 2007).

Adicionalmente, a falta de recursos para que estes profissionais possam atuar de forma adequada constitui uma barreira à implementação de abordagens holísticas, como as pesquisas anteriores destacaram (D'Avolio, 2011; Lisboa et al., 2003; Manita et al., 2009; Nunes & Harfouche, 2015; Silva, 2018; Todahl & Walters, 2011). Esta carência de recursos pode, ainda, despoletar o medo de retaliações por parte do agressor, após a denúncia, por parte dos profissionais de saúde, situação referida por Minayo (1994). Esta autora conclui que este receio incute danos físicos, psicológicos e ameaças aos profissionais de saúde envolvidos, os quais, segundo Bandeira (2014), é importante reconhecer que existem e são reais.

E) Violência doméstica e de género

Os profissionais de saúde quando questionadas sobre o que entendiam ser as causas da violência doméstica, foram unânimes a responder que era uma pergunta difícil de responder. Esta dificuldade não inibiu E2 (FC2) de apontar que a aceitação por parte das vítimas mais velhas se relaciona com “(...) a mentalidade a subjugação da mulher perante o homem.”, embora entenda que “ (...) atualmente, questões desde a adolescência questões de pressão psicológica, de controlo de telemóveis, de redes sociais, de contactos de socialização e começamos a ver isso, em miúdos, adolescentes de 13, 14 e 15 anos e começa desde essa idade, nós começamos a ver esse controlo e essa subjugação e é normal.” Uma outra causa apontada por E3 (FC2) relaciona-se com as personalidades que caracterizam os jovens, como uma consequência do isolamento social provocado pelas redes sociais, podendo levar a distúrbios do que é “aceitável” numa relação (E2, FC2), exponenciado pelos exemplos no seio familiar, o que potencia cenários de violência (E2, E3, E4; FC2). Similarmente, E5 (FC3) considerou que a personalidade do agressor é um fator de causalidade de situações de violência doméstica, ao que se associa o alcoolismo (E2, E3 e E5, FC3).

Perante um conjunto de causas que promovem os cenários de violência doméstica (física, psicológica, verbal), E2 (FC4) adiantou que: “De parte a parte de um homem e de uma

mulher causas, para mim é alguém que tem um distúrbio de parte a parte. O agressor para mim é uma pessoa que tem um distúrbio porque não é normal o sentimento de posse, leva-nos tudo a quem tenha este distúrbio não é, leva tudo, é porque foi comprar o que não devia, é porque vestiu a saia que não devia, é porque saiu e não devia” e “é porque bebeu, é porque está desempregado.”, acrescentou E1 (FC4). Por outro lado, E3 (FC5) introduziu o fator emocional como uma causa importante, isto é, “baixa literacia emocional, porque eu acho que há pessoas que nunca aprenderam a lidar nem a gerir muito bem as emoções. Nunca ninguém lhes ensinou, por isso vão acumulando frustração, não é. Ao acumularem frustração é assim que lidam com os problemas, com as situações e é por isso que depois encontram parceiros que vão ao encontro. Por isso, pode ser patologia realmente, pode ser situação social, mas também acho que já tem que haver uma predisposição da pessoa para lidar com isto.”

Em jeito de resumo, os profissionais de saúde apontaram como causas principais da violência doméstica física: o consumo de álcool, drogas, o desemprego e baixos rendimentos; enquanto nas classes sociais com maiores rendimentos assiste-se a uma violência psicológica e verbal, a denominada violência silenciada; as personalidades da vítima e do agressor, os ciúmes. Adicionalmente, a réplica dos modelos familiares é outra causa para a violência doméstica, pois “*se o meu pai tratava assim a minha mãe e eu também trato assim a minha mulher.*” (E1, FC5), o que foi corroborado pelos profissionais de saúde E2, M2, M4 do FC6.

Neste contexto, a violência doméstica e de género é um grave problema social, transversal a todas as classes, tal como argumentaram estes profissionais de saúde da Cova da Beira:

- E1 (FC1): “*É um tema atual e se alguns anos atrás nós pensávamos que era só nas classes com baixa literacia, atualmente não (...) transversal a todas as classes*”;

- E3 (FC1): “*A violência não é só a parte física, (...) “antigamente havia muito esse conceito que violência era apenas agressões físicas, (...) mas é muito mais abrangente que isso. (...) é um tema que neste momento há alguma diferença porque era tabu, e era normal haver violência contra a mulher no passado, (...) era considerada uma coisa normal e que, neste momento, já o conceito já não é tanto esse, pela comunicação social, quer pelos outros órgãos que realmente também têm investido um bocadinho nesta temática*”.

- E4 (FC1) refere que “*(...) tem sido feito nos últimos tempos mais formação aos profissionais de saúde relativamente ao assunto, a esta temática e todo o género de*

violência, não só a violência física como a psicológica que é sempre mais difícil às vezes de avaliar e outros tipos (...), tem-se abordado muito não só violência doméstica, mas todas as formas de violência, portanto, ao longo do ciclo de vida, inclusivamente nós temos a interação da saúde sobre o gênero e a violência ao longo do ciclo de vida (...)

- E5 (FC1): *“Principalmente a psicológica é mais difícil de detetar. A física, a gente olha na utente que chega ao pé de nós, nós vemos e alertam-nos, agora a psicológica é mais difícil (...)*”.

- E6 (FC1): *“Quando penso em violência doméstica, penso em sofrimento, penso em maus-tratos, penso em falta de autoestima, penso numa situação muito difícil. (...) em termos de cuidados primários, estamos muito limitados e, às vezes, há muitas situações camufladas, “Ah, então voltou a cair?” “Ah, então o que é que aconteceu?”*

- E4 (FC4): *“Às vezes penso que é um tema muito falado e banalizado, porque agora é tudo violência doméstica; acho que se passou do oito ao oitenta. Antigamente, as mulheres e alguns homens também, como eu costumo dizer comiam porrada e ficavam calados e ninguém sabia; hoje em dia, acho que se abusa, agora é tudo violência doméstica”*.

- AS (FC4): *“Quando ouvimos falar em violência doméstica ocorre-nos sempre o mau-trato, seja ele qual for”*.

No que respeita à identificação dos casos de violência doméstica, E3 (FC5) referiu que *“sofrimento, é que é difícil de identificar, que é banalizado (...) “Ah sofre de violência doméstica” e eu fico logo muito comichosa que eu acho que as pessoas têm de utilizar bem o termo”; “é uma problemática muito difícil; que é difícil de nós identificarmos, de nos colocarmos na perspetiva um do outro, e que temos que estar atentos, ser cautelosos e não podemos dizer essa palavra assim”*.

Acrescentou ainda, E3 (FC5) *“(...) há uma grande parte que banaliza e que fala logo que é violência doméstica, não sei se é”* e AS (FC5) acha que *“(...) como é uma problemática que neste momento está muito na ordem do dia também existe muito aproveitamento a esse nível”; “uma simples discussão não é uma situação de violência doméstica”*. Estes argumentos foram veementes refutados por E1 (FC5) ao insistir que: *“Mas uma simples discussão, vamos em 32 mulheres assassinadas no nosso país”*.

violentas a que são sujeitas, o que pode levar à sua própria morte; que só se deslocam às unidades de saúde para desabafar; que a violência é uma situação difícil de detetar, exigindo cautela por parte dos profissionais de saúde e é um problema social, para além de saúde; as vítimas têm dificuldade em sair do ciclo da violência doméstica.

O exercício da prática clínica para estes profissionais, nestas situações, exige outra noção de saúde, bem como outra tipologia de intervenção em saúde, a qual poderá passar pela formação profissional em violência doméstica e de género, aspetos a serem discutidos nas seções seguintes.

6.2.1.2 Prática profissional

A análise seguinte abarca conjuntamente, as seguintes subcategorias: A) Intervenção em violência doméstica e B) orientações humanísticas e biomédicas.

A prática profissional no âmbito da intervenção na violência doméstica, como já mencionado diversas vezes neste estudo, envolve uma elevada complexidade e implica o recurso a áreas das ciências sociais e da saúde. No entanto, esta articulação e conexão não é uma tarefa fácil e representa um desafio para todas as partes envolvidas.

Os profissionais de saúde, perante um caso suspeito de violência doméstica, devem ter uma atitude proactiva e informada. Embora, na maioria das vezes, as vítimas apresentem relutância em denunciar a situação, por motivos vários, estes profissionais devem estar capacitados para rastrear e sensibilizar as mulheres para a denúncia dos abusos de que são vítimas, desenvolvendo uma relação empática e de confiança e facultando toda a informação sobre os meios e apoios disponíveis para as ajudar a sair do ciclo da violência.

Neste sentido, a existência de *guidelines* e/ou protocolos é um recurso importante nesta triagem e no desenrolar de todo o acompanhamento às vítimas pelos profissionais de saúde. A este respeito, os profissionais de saúde entrevistados relataram unanimemente que não existe um protocolo emanado da Direção Geral de Saúde, direcionado aos profissionais de saúde, quanto ao atendimento de possíveis vítimas de violência doméstica. No entanto, mencionam outro tipo de orientações, que podem ser mobilizadas.

“Existe sem dúvida orientações. Há orientações, mas não da DGS” E4 (FC1).

“Existe em termos da ARS, a ligação aos cuidados primários diferenciados e as equipas estão identificadas” E1 (FC1).

“Há duas questões que aqui vão cruzar: uma delas é a situação ética e das ordens profissionais médicas e de enfermagem; o que nos dá orientação, as comissões de ética. Não dar o consentimento pode estar a infringir o código deontológico; as ordens exigem que sejam notificadas e seja solicitada a autorização para a tomada de posição profissional. Isto são, e há pareceres e ordens neste sentido; (...). A ordem salvaguarda sempre a situação de um crime público e de interesse superior da vítima; (...) o profissional tenta encontrar apoio nos órgãos institucionais (...). Há uma situação que tem de clarificar e tem-se que encaminhar” E4 (FC1).

- E2 (FC2): *“É um bocado complicado”.*

- *“(...) é uma das dificuldades (...) não há um protocolo, uma rede de referenciação (...) em que esteja claramente definido como e quem se chama, o que é que se faz. Depois nós todos já ouvimos histórias, com ou sem experiência, de que se calhar as forças de segurança às vezes também não valorizaram a situação, como se calhar deveriam” E4 (FC2).*

De novo, os profissionais referem a dificuldade em denunciar, e a falta de apoio que eles entendem que existe caso as vítimas decidam expor o agressor.

“E, se calhar, também, às vezes, nós conhecemos mesmo até a violência física, sexual. Muitas das vezes, as próprias vítimas é como que ainda são ridicularizadas e não as apoiam (...) é uma situação também ali complicada” E2 (FC2).

“Agora passou a ser um crime, um crime público. Todos nós podemos denunciar. Às vezes, se calhar, denunciá-la é que nem sempre é fácil (...). tentamos sempre que seja a vítima a denunciar, mas isso também não é muito fácil lidar com isso (...) ela tem de tomar consciência e tem de ter o apoio por trás” E4 (FC3).

“Quando é na urgência, tem de estar lá logo a polícia. É feito na hora. Pelo menos era assim que era (...) a polícia deve ter conhecimento na hora, pelo menos na urgência onde eu trabalhei era assim” E6 (FC3).

Percebemos que, para estes profissionais, um protocolo seria um facilitador para a deteção das vítimas de violência doméstica e uma orientação para a sua atuação neste domínio. Esta fragilidade do SNS é impeditiva do exercício de intervenção clínica informada pelas melhores práticas neste domínio e alavancada por orientações humanísticas. Esta barreira já tinha sido apontada por Gonçalves e Ferreira (2002), ao considerarem que a falta de um protocolo, de um mecanismo de proteção para os

denunciantes, a incapacidade de rastreamento destas situações e a quebra do sigilo profissional, são condicionantes para a eficácia do combate à violência.

Na falta de protocolos de atuação, que possam orientar e respaldar a atuação dos profissionais de saúde, corre-se o risco de a sua atuação se guiar predominantemente pela resposta curativa, aquela em que correm menos riscos, por ser mais objetiva, mas que é também claramente insuficiente, face a complexidade da violência doméstica.

O resultado pode ser o recurso ao modelo biomédico, puramente instrumental, despido dos fatores sociais e culturais que explicam os atos violentos, que não apura as causas das lesões físicas e não aplica terapêuticas integradas com as outras valências da saúde e outras áreas de intervenção. Este argumento está presente nos estudos de Guedes et al. (2009) e Pitangui (2002), que denunciaram essa instrumentalização e ausência de orientações humanísticas para tratar e sarar as feridas interiores e profundas das vítimas e as patologias causadas por estas.

Uma outra barreira relaciona-se com o Código Deontológico dos profissionais de saúde, que estipula que estes têm o dever de guardar sigilo, mesmo em situações de violência doméstica (Ordem dos Médicos, 2016), quando a vítima não autoriza a denúncia. Porém, alguns testemunhos transcritos salientam que, mesmo assim, tais situações devem ser dadas a conhecer, o que passa pelo esclarecimento à vítima de que se trata de um crime público, embora seja um desafio complicado para estes profissionais. Esta situação foi estudada por Silva (2018), que afirmou que este dever não deve ser suficiente, por si só, para impedir que estes profissionais se mantenham pró-ativos relativamente aos sinais de perigo evidenciados pelas potenciais vítimas e ao perfil do próprio agressor. Outros autores consideram que os profissionais de saúde e devem incentivar a vítima a avançar com o processo de denúncia, pois é um crime público, pelo que se este não for denunciado incorrem num crime de omissão (Gonçalves & Ferreira, 2002; Guedes et al., 2009).

Face à inexistência da formalidade de um protocolo, alguns dos profissionais de saúde ainda referiram:

“Estamos muito alerta, ou a pessoa se queixa quando não é evidente, porque nós não estamos aqui a falar de vítimas de violência só as que vêm já esfaqueadas (...) porque há muita gente vítima de violência doméstica sem ser de facas e martelos (...) nós estamos muito alerta e a pessoa já está numa fase em que já dá muito nas vistas, ou então já nos chegou por outra, por terceiros alguma informação, se não é muito difícil chegar lá, porque há pessoas que disfarçam muito bem (...) Só no nosso contacto direto,

numa consulta dentro de um gabinete, sabermos que aquela pessoa é vítima de violência doméstica, sem terem sinais já muito evidentes vem com um olho negro, ou vem várias vezes, é muito difícil” E2 (FC4).

Já E1 (FC4) acrescentou a importância de *“proteger essa pessoa contra o agressor (...) Há violências em que as pessoas têm que ser logo retiradas (...) acho que o principal é protegê-la do agressor (...) acho que é, a minha principal preocupação, se um dia me chegar, é tentá-la proteger”*. Contudo, E4 (FC4) referenciou que *“a vítima de um profissional espera pouco, porque ela não recorre ao serviço de saúde por ser vítima, ela recorre ao serviço de saúde por uma outra causa e nós podemos estar despertos ou não.”* E2 (FC4) acrescentou que *“alguém que as defenda, que as proteja. Sim, mas concordo com a E4, quando nós tentamos entrar ali e a pessoa descaí-se e diz assim diretamente:” Olhe o meu marido”*.

Por outro lado, esta questão do protocolo não é um assunto consensual entre todos os participantes do *focus group*. Por exemplo, E2 (FC4) disse: *“acho que não é importante, porque é muito difícil nós chegarmos lá”* e, ainda mais direto, E4 (FC4) salientou que *“costumo dizer que o meu colega protocolo é um pau de dois bicos (...) temos que seguir aquele caminho e se não seguimos, porque a pessoa entrava no protocolo, tínhamos que fazer o protocolo, e depois fazemos o protocolo e a pessoa não entra no protocolo, porque há protocolos para tudo”*. Estes dois profissionais de saúde consideram que, em última instância, estes protocolos seriam úteis apenas como proteção para eles próprios, pois a própria experiência dita o que devem fazer em situações destas.

Estes discursos sobre a forma de como poderão ou não atuar os profissionais de saúde em situações de violência doméstica, são reveladores das potenciais consequências para as vítimas originadas pela ausência de um protocolo nacional para o atendimento às vítimas nas unidades de saúde, apesar destas serem os locais mais apropriados para a identificação, tratamento e encaminhamento dessas situações, aspeto que tem sido negligenciado pelo setor da saúde (Saliba et al., 2007).

Estes relatos revelam ainda que estes profissionais de saúde sentem a falta de informação sobre como proceder perante uma eventual denúncia destes atos de violência, embora estejam perante um crime público. Muitas vítimas, no calor da dor momentânea, aquando da deslocação à urgência por lesões físicas, respondem que vão denunciar e depois recuam, como explicou E5 (FC1), o que pode criar situações delicadas para os profissionais de saúde que se deparam com uma situação complexa e difícil de resolver. Alguns, apontam a importância de trabalhar em rede e em equipa.

- E5 (FC3) *“Do saber, ao provar ao assumir é muito complicado”.*
- E3 (FC3) *“É esperar uma solução milagrosa, uma solução para o problema”.*
- E5 (FC3) *“Trabalhamos em rede (...) alivia-nos um bocadinho a consciência porque sabemos que encaminhamos, mas sabe um bocadinho a vazio”.*
- E1 (FC3) *“Trabalhamos em equipa, tem de ser mesmo em equipa.”*
- E2 (FC3) *“Pedir ajuda a outra pessoa, um psicólogo, que saiba lidar com isso (...) eu pessoalmente não consigo prestar apoio sozinha (...) Não me sinto com esse tipo de arcaboço para isso.*

Estes profissionais vão no sentido do que já foi avançado estudos anteriores (e.g., Caracci, 2003; De Tilio, 2012; Gabinete da Secretária de Estado da Saúde, 2019; Guimarães et al., 2018; Manita et al., 2009), que salientaram a importância de equipas multidisciplinares e setoriais no atendimento às vítimas, pois frequentemente os profissionais não se sentem dotados com as competências essenciais para lidar com esta situação (Bright et al., 2020; Mendoza -Flores et al., 2006), uma vez que este fenómeno acarreta efeitos em cadeia (Lisboa et al., 2003).

Os relatos seguintes dão conta de episódios reais de atendimentos nas unidades de saúde, por parte destes profissionais, e das dúvidas e receios que surgem nesses contextos.

“Numa consulta, eu identifico e digo - olhe, sabe vamos falar as duas enquanto o seu marido lá está fora, existe um gabinete de atendimento a pessoas como a senhora que é só para ouvir, se quiser só conversar tem aqui o número de telefone, ligue que ela atende do outro lado -, no ano passado tivemos 847 atendimentos telefónicos” E2 (FC5).

“A minha questão é porque, imagina o doutor E2, até pode tentar perceber que há ali alguma questão estranha na história. A queixa parece que não é e depois o que é que se faz a seguir? É tentar marcar uma nova consulta, dizer-lhe, 'olhe eu preciso de a ver para ir controlando?' - Como é que se encaminha e para onde?”

“Sim, pode fazer isso. Não, não se encaminha” E3 e E1(FC5).

“É como nós no hospital, vemos só o que a pessoa nos quer mostrar. São aparências” E3 (FC5).

“O problema é que num contexto do serviço de urgência está sozinha, num contexto de consulta vem o casal. Ao telefonar e denunciar o crime de violência doméstica pode ter um problema que é pôr em risco a pessoa. (...) há uma coisa que é o sigilo profissional.

E você, apesar de ser um crime, tá a quebrar o seu sigilo profissional de consulta. A melhor coisa é aconselhá-la, pois no Gabinete de Apoio à Vítima, existe este gabinete que a vai ouvir” E1 (FC5).

“Posso é ainda colocar mais em risco aquela pessoa” E1 e E3 (FC5).

“Nunca têm o melhor momento, mas é assim, também corre o risco de estar a levantar um alerta e chegam lá e ela diz ‘não, está tudo bem’, “e ela passa a estar em maior risco, pronto e às vezes é importante mais a sensibilização, a informação. Se calhar, a pessoa vai passar a refletir sobre a situação e vai procurar-se que mude de atitude e, nessa altura, ela já está com conhecimento sobre como agir. Isso é sempre muito relativo” AS (FC5).

É nestas situações difíceis, e que causam incertezas, que o profissional E3 (FC5) considerou que a implementação de um protocolo seria uma ferramenta útil (M2, FC5), que ajuda nas ações de sensibilização no terreno (E2, E3; FC5). Estes profissionais de saúde também indicam que estas ações de sensibilização no terreno são cada vez mais realizadas em parceria com as autoridades (GNR, PSP) e outras entidades, como o GAV, o que leva a AS (FC5) a dizer *“têm vindo a fazer um percurso muito bom”*, o que foi reforçado por E1 (FC5) ao assumir que *“eles estão connosco. Eles têm muito mais formação que nós”*, porque vivenciam as situações no terreno, quando são chamados para esses casos (M2, FC5). Dito de outra forma, as autoridades policiais estão na linha da frente, pois nestas situações são as primeiras a serem chamadas, com o objetivo da sua intervenção resolver o conflito, o que para E1 (FC5) significa que estes são a primeira linha de combate à violência, que procedem à avaliação do risco de acordo com uma escala já testada e implementada, explicaram os participantes E1 (FC5) e M2 (FC5).

O participante E1 (FC5) referiu que *“quando as pessoas chegam á urgência, é-lhes logo marcado uma consulta médico-legal”*. Embora E3 (FC6) entenda que *“é sempre a nossa responsabilidade registar e notificar o que se passou.”* E2 (FC6) reforçou que *“qualquer pessoa deve denunciar a partir do momento que é um crime público, nem que seja o vizinho do lado”*.

Perante os comentários anteriores, é importante realçar o estudo de D’Oliveira e Schraiber (1999), que considera que os profissionais de saúde devem encarar a violência doméstica como um problema seu e não apenas das outras entidades institucionais, como a segurança social ou as forças de autoridade.

A não existência de protocolos tem sido colmatada com o recurso às redes de parceria a funcionar na Cova da Beira, como explicado por um profissional de saúde.

“Eu faço com a parceria”; a primeira coisa que eu faço é a sensibilização – ‘olhe, minha senhora, eu estou deste lado, não é a última nem a primeira nem a última que acontece isto. Existe um gabinete, onde a vão ouvir’ -, é assim que eu atuo. Eu só atuo em ouvir e depois encaminho-a e telefono para o gabinete à frente dela, dou-lhe até o meu telemóvel se for o caso, e ela fala com a profissional D, do gabinete de atendimento. A D é criminóloga. E fala com a D e esta, ao telefone, diz-lhe as coisas todas e marca-lhe uma hora e fica com o contacto dela. E o que é que a D faz? porque ele vigia-lhe o telemóvel. Então, ela vem cá ao Centro de Saúde, arranja-se um gabinete e a pessoa é atendida, o que já aconteceu, com profissionais de saúde desta instituição. Eu sento-me com a senhora e digo, ‘chamo-me X tudo o que for dito dentro deste gabinete é confidencial. Se a senhora passar por mim na rua e não lhe falar, é perfeitamente normal. Eu vejo imensa gente durante o dia, não pense que sou importante’. Começo logo assim. Segundo, existe um Gabinete de Apoio à Vítima, funciona assim, a senhora, se o marido verifica as chamadas e as coisas, escreve assim “Olá boa tarde. Tem consulta tal dia às 14h30”, que é o número até do Gabinete de Apoio à Vítima, pronto, tá bem. Funcionamos também olhe quero uma consulta aqui, peço ao Gabinete e ela vem aqui a atender a senhora” E1 (FC5).

Referindo-se às parcerias, o participante M2 (FC5) refere que *“Devia ser do conhecimento de mais profissionais estas oportunidades que temos”*.

Baseado nestes testemunhos, conclui-se que não existe um protocolo emanado pelo Ministério da Saúde, embora tenham sido fornecidos aos profissionais de saúde alguns guiões para auxiliar a sua intervenção em termos de práticas clínicas. Esta falta no atendimento às vítimas de violência doméstica pelos profissionais de saúde é uma barreira difícil de ultrapassar, pois ainda existem muitas dúvidas sobre o que realmente está formalizado para estes casos, sobre o que fazer, para onde encaminhar a situação, mesmo já existindo redes e parcerias para auxiliar o processo. Por outro lado, a existência destes protocolos, emanados pela DGS, além de orientar e respaldar a atuação destes profissionais, contribuiria para reforçar a necessidade de refletir sobre a violência doméstica como um problema de saúde e a importância das unidades e saúde e dos seus profissionais como parte integrante da intervenção contra a violência doméstica. Muitos dos testemunhos obtidos vão no sentido de que os profissionais de saúde, não são indiferentes perante os casos de violência doméstica e já tinham antevisto que existe ligação entre a saúde e a violência. Mas por outro lado. E6 (FC3) realçou que *“cicatrizam-se aquelas feridas físicas, mas a parte emocional fica”* e *“a atuação tem de ser feita na hora”* (E7, FC3).

Como já amplamente mencionado nesta pesquisa, os profissionais de saúde têm uma posição privilegiada em relação à vítima de violência doméstica, embora os participantes dos *focus group* tenham considerado que essa posição é mais visível no enfermeiro, como se constata nos relatores seguintes:

“O enfermeiro tem, normalmente, um papel na saúde familiar, um papel muito mais informal, de proximidade, não tem de marcar consulta. Não há horas” E4 (FC1).

“Estou disponível a todo o momento” E2 (FC1).

“O inicial é o enfermeiro, é” E5 (FC1).

“Maioritariamente, é [o enfermeiro quem está mais próximo]” M4 (FC1).

“É a primeira porta de entrada. Está das oito às oito, e passa por ali antes de ir; é o enfermeiro e depois é que vai ao médico, por causa da tal centralização de deixar de ser centrado num modelo biomédico” E1 (FC1).

“Muitas pessoas desabafam coisas da sua vida pessoal connosco e há situações em que as pessoas, que nem me conhecem assim há tanto tempo, para dizerem isso (...) sentem de alguma forma segurança, para fazer isso” E3 (FC2).

- E4 (FC2) *“Tenho mais dúvidas que o façam com uma perspetiva de achar que vamos ajudar a resolver o problema”.*

- M1 (FC6) *“Estamos cá sempre disponíveis”.*

Apesar dos relatos acima, alguns participantes do FC5 assumem uma posição algo diferenciada. E1(FC5) concorda que *“ela vem à procura de ajuda, nem que seja só para ouvir”*, mas *“eu acho que ela não vê em nós a salvação”* (M2, FC5). Neste contexto, o profissional E1(FC5) acrescentou também que *“Não. Nós não somos a salvação”* e AS (FC5) referiu que *“também há a preocupação de mostrar que não somos. E isso que fique claro (...) não nos podemos substituir à própria pessoa. Não, não pode ser”*, pois a nossa função *“é mais para aconselhamento. O nosso papel é de orientação e pôr as ideias em perspetiva. Para atuar também não precisam de nós”* (M2, FC5). Para AS (FC5), isto significa que o papel do profissional de saúde nos casos de violência doméstica é *“orientar, ajudar a estruturar”*.

Todavia, esta posição assumida por estes profissionais de saúde não significa que estes não sintam dificuldades no atendimento às potenciais vítimas, quando estas recorrem às

unidades de saúde, colocando-se dúvidas que urgem ser respondidas: A vítima só quer ser tratada da lesão física? Vai omitir a situação? Quer ser ajudada? Quer sair do ciclo da violência? Como posso ajudar? As respostas a estas dúvidas foram relatadas nos testemunhos exibidos abaixo.

Tentava alertá-la para os perigos (...), pois o camuflar uma situação depois poderá ter consequências mais graves”. E1 (FC2) “

“É uma coisa que é muito pessoal. A pessoa tem que querer, assumir, mudar, mas mesmo quando vêm já é um primeiro passo” AS (FC5).

“O facto de virem á nossa procura já é um primeiro passo (...). Mas elas não pedem ajuda (...), algumas dizem claramente que precisam de ajuda” E1 (FC5).

Isto quer dizer que algumas vítimas têm alguma dificuldade em assumir esse estatuto perante os profissionais de saúde, o que dificulta a sua intervenção clínica e humana.

“A verdade é porque nós depois fazemos a denúncia e a denúncia é esvaziada em dois tempos” E4 (FC2).

“É o olhar um bocado para o lado. É muito complicado, porque elas tão depressa apresentam como depois retiram e depois elas próprias, muitas das vezes, olham para nós, como nós é que fomos os causadores da desordem para com o outro, porque no quente da situação até... pronto, até ajudamos, mas depois a coisa apazigua até ao próximo acontecimento e nós é que fomos os causadores dessa mesma desordem, e é um bocado complicado” E2 (FC2).

Essa indecisão das vítimas origina que os processos de denúncia muitas vezes não avancem, já que as próprias ficam “baralhadas” com esse processo e decidem não abandonar o ciclo da violência doméstica até, pelo menos, à próxima agressão. Isto faz com que alguns profissionais de saúde sejam confrontados com dúvidas sobre a sua intervenção em saúde e humanística, nestes casos.

Também o diálogo durante a realização do FC3 é bastante elucidativo quanto às dúvidas e postura destes profissionais em relação à violência doméstica, quando confrontados com pacientes nessas situações.

“Às vezes, perguntamos como é que vamos fazer, como é que nós podemos ajudar (...) a pessoa que é uma pessoa tão querida e uma pessoa acaba por ficar um bocado com

os braços e com as mãos atadas porque, eu acho que isto é uma coisa tão complexa (...). Nós próprios muitas vezes não sabemos muito bem, como é que podemos ajudar, sou sincera. Pode ter sido uma queda. De facto, é isso que acontece quando há suspeita aquilo que se faz é realmente perguntar (...) pergunta-se diretamente quando há essa suspeita. Agora se o doente nos revela!!!” E3 (FC3).

“Temos que perguntar, se nós não perguntarmos a pessoa não nos vai dizer e, portanto, temos que enfrentar a situação e perguntar” E4 (FC3).

“Pode acontecer, nem nos passar pela cabeça que isso tenha acontecido. Porque há determinado tipo de feridas que não nos passa pela cabeça que tenha sido provocada pela violência doméstica” E7 (FC3).

“As pessoas hoje em dia com e sem literacia a ter as mesmas atitudes, quer dizer, isto está enraizado, e mudar mentalidades é difícil (...), não é só encaminhar a vítima, é o agressor também, porque o problema é a junção das duas coisas, porque é preciso uma pessoa que esteja apta para a violência e outra que esteja, que se sujeite a mudar mentalidades e nós batalhamos muito isso (...), nós temos a nossa atividade, que é sobretudo preventiva, não é sobretudo aqui no centro de saúde e nós temos consultas de 10, 15 minutos que não dá para nada, não é. Querem que o médico e que o enfermeiro, trabalhe, trabalhe, trabalhe e veja doentes e com qualidade da prestação de cuidados. Isto não existe!!!” E4 (FC3).

Por mais do que uma vez, alguns profissionais de saúde referem o facto de as mulheres esconderem que são vítimas de abuso, ou de avançarem e depois recuarem, o que entendem colocá-los numa situação delicada, que pode virar-se contra eles. No entanto, a verdade é que há que ter em conta a situação de profunda vulnerabilidade em que estas mulheres se encontram, bem como todas as dificuldades de denunciar o abuso, já amplamente discutidas. Assim, o encontro terapêutico pode ser entendido como uma oportunidade para criar laços de confiança, para demonstrar empatia, mais do que para julgar os medos e receios das vítimas, que não podem ser confundidos com falta de vontade em sair.

“É nosso dever chamar as autoridades” E2 (FC4).

“Eu pessoalmente, é se a vítima quer ser ajudada, n.º 1; se a vítima quer ser ajudada, porque há quem seja vítima e quer continuar a ser vítima, não quer sair, não quer sair daquele círculo fechado. Portanto, se é vítima e quer continuar lá no meio, portanto não há nada a fazer. O meu primeiro ponto é saber se aquela pessoa quer sair daquela

situação. Se ela quer sair daquela situação, vamos ajudá-la a sair. Caso ela não queira, porque há as que não querem. A vítima é sempre mais, até por uma questão física os homens estão mais corpulentos, têm mais força, mas há as que não querem sair da situação” E4 (FC4).

“Nós queremos ajudar as pessoas, nós metermo-nos (...) e nós é que temos problemas depois porque as pessoas, é um meio muito pequeno as pessoas vêm-nos tirar satisfações porque é que nós nos metemos, quando não nos devíamos meter (...) às vezes é muito complicado perceber se a pessoa quer realmente ser ajudada se não quer (...) e costuma dizer-se entre marido e mulher não se mete a colher, não concordo com isso” E2 (FC4).

Claro que são ínfimas as situações em que a vítima se desloca às unidades de saúde para solicitar apoio e ajuda de forma direta, como explicou E2, AS (FC4) ao referirem que *“Não. A mim nunca me aconteceu”*. Mas já houve quem atendesse *“pessoas com ferimentos e que precisam de ser tratadas porque levaram uma carga de porrada” (E4, FC4)*, que *“muitas vezes nem fazem queixa” (E1, FC4)*, *“muitas vezes disfarçam, dizem que caíram, (...) bateram no armário. Já ouvi de tudo e sei perfeitamente que não foi” (E4, FC4)*.

Outras vezes, são os profissionais que acham quase impossível que aquela utente seja vítima, pois como argumentou M2 (FC5), *“acho que nós próprios não nos lembramos de o fazer, ou desvalorizamos, nem sequer nos passa pela cabeça que o marido daquela senhora seja um agressor. Por vezes são pessoas simpáticas e charmosas”*.

O excerto que se segue vai na direção oposta ao excerto anterior, sendo que não só descreve um dado perfil de agressor, que efetivamente o pode proteger de ser identificado como tal (como se viu antes), como também chama a atenção como a *“preocupação”* em acompanhar a vítima pode ser usada como desculpa para a controlar. Outros testemunhos, vão também neste sentido. O reconhecimento deste facto, sugere que os profissionais de saúde deviam estar preparados para lidar com estas situações, de modo a estar dotados de mecanismos que lhes permitam afastar a potencial vítima do potencial agressor, primeiro passo para criar um ambiente de segurança.

“O perfil do agressor é espetacular na rua, muito cordial, extremamente muito bem penteado e arranjado, extremamente educado para toda a gente e para as pessoas. Passa do tapete para dentro da porta de casa, passa de bestial a besta e isso existe mesmo. É um perfil do agressor. E tem uma coisa, quando se fala disso faz-nos lembrar

quando vão à consulta; ele nunca a deixa falar e responde – ‘Ó doutor, ela está ótima’; e nós insistimos – ‘Não posso ter cinco minutos com a sua esposa? Pode esperar lá fora?’; e ele afirma – ‘Não, não deixo’. Com o medo de que ela abra a boca e que diga alguma coisa (...)” E1 (FC5).

- M2(FC5) *“Dos casos que vi não me recordo, de estarem ao pé das companheiras. Podem ser assim tão protetores. Sim, mas acredito que sim”.*

- E3 (FC5) *“Temos de perceber os perfis, porque eles são, controladores, manipuladores”.*

- E1 (FC6) *“Quando eu não bebo já não faço nada, é a resposta do agressor”.*

- M1 (FC6) *“Ele é uma ótima pessoa, exceto quando bebe. Só quando bebe é que ele se descontrola (...), dizem as vítimas. Essa pessoa precisa de tratamento, precisa de ser vista e tratada”*

Ainda em relação ao papel dos profissionais de saúde e à sua atuação perante as situações de violência doméstica, alguns testemunhos elucidam o conflito que se instala entre o que o sigilo profissional lhes impõe, e o que se espera que façam, face a um crime de natureza pública.

“Será o garantir à pessoa, dar-lhe o ganho da privacidade” M4 (FC6).

[o importante] *“É o sigilo” E2 (FC6).*

“Se a gente tem conhecimento, devemos comunicar (...) Porque virem cá dizer-nos e não há nada escrito e depois o utente dizer que é tudo mentira, que não nos disse nada (...) A gente fica numa posição, acho que tem de se saber gerir isso muito bem”. E2 (FC6)

“Exatamente. Se ela não quer assumir o nosso trabalho será principalmente educar e aconselhar. O máximo que podemos fazer, mas se, infelizmente, se não tivermos autorização da vítima, há limites do que nós podemos fazer” M4 (FC6).

“A violência doméstica é encarada legalmente como um crime público, ou seja, que pode ser reportado por qualquer pessoa” (...), faz parte da nossa obrigação reportá-lo (...) depois, se for contra a palavra da mulher, nós fizemos a nossa parte” M4 (FC6).

“Se for verbalmente, se for só essa, é mais difícil de provar. Se for física, aí nós aí conseguimos. Temos um telemóvel nesse momento tira-se uma fotografia desde que ela permita em qualquer altura é fácil de provar. O resto é mais difícil “E2 (FC6).

“Não sei se não podemos, independentemente de a vítima se recusar a querer denunciar o agressor, nós tendo conhecimento, não sei se nós não podemos contactar, pode ser até para uma associação” E2 (FC6).

- M1 (FC6) *“Nós podemos fazer a denúncia de uma suspeita.”*

“Ou ela vai ser muito mais massacrada e muito mais agredida se nós denunciarmos e as coisas não tiverem uma sequência, se não fizermos alguma coisa” E2 (FC6).

“Enquanto houver esse medo, entre aspas, é muito difícil as coisas mudarem. Eu acho que o correto seria realmente passar para lá para fora, passar para a cultura que essas situações não podem passar impunes, e que se nós aqui identificarmos, vamos notificar (...). Acho que, se a sociedade se for apercebendo disso, acho que acaba por ser melhor para todos. Mas é um caminho difícil” M4 (FC6).

“Nós temos é que assumir que ao denunciarmos...” E2 (FC6), “Há riscos” M1 (FC6).

“Nós temos de ter consciência disso, que às vezes a gente denuncia, e quais são as consequências a seguir? As entidades competentes terão de fazer o trabalho deles. Averiguar” E2 (FC6).

Embora, os profissionais de saúde sintam que não têm respostas imediatas para apoiar as vítimas de violência doméstica, entendem que ser um ombro amigo, apenas para ouvir é importante, como explanaram:

- M2 (FC5) *“É um apoio que se pode dar, deixá-las e ouvi-las falar já é um grande apoio”.*

- E3 (FC5) *“Para a ajudar a pensar bem, a raciocinar (...) saber o que já vai acontecer quando aquela pessoa entra em casa.”*

- AS (FC5) *“Fortalecida (...) percebeu que tem ali um apoio, vai formada, vai sensibilizada (...), fortalecida com informação e com conhecimento”;*

- E2 (FC6) *“A minha principal preocupação primeiro ouvi-la (...), acho que a maioria das vezes se provavelmente acontecer, o que elas querem, é que a gente as ouça, desabafar, falar” (...). Que já é recorrente, que é uma coisa que é continuada, tentar de certa maneira falar com ela e dizer e explicar que aquela situação já se mantém há tanto tempo, e que não vale a pena, não é, porque se calhar todas as oportunidades já*

foram dadas, temos que passar ao passo seguinte e o passo seguinte será mesmo tentar afastar-se do agressor.”

- M4 (FC6) *“Mesmo que não seja para atuar já, para garantir que a pessoa quando tenha necessidade de se dirigir a alguém, que se dirija a nós para podermos ajudar.”*

- M1 (FC6) *Aa nossa principal preocupação é se de facto a pessoa está decidida a afastar-se do agressor e que não irá voltar atrás e voltar para ele e que ele não irá vingar-se ainda pior e potencialmente lecionar gravemente ou até mesmo matar essa pessoa”.*

- E2 (FC6) *“É importante mesmo que ela não queira saber que se amanhã ou daqui a uma semana ou daqui a um mês quiser vir aqui outra vez, nós estamos cá para a ouvir”.*

Os efeitos da violência são vividos de forma direta e extrema pelas vítimas, pelos seus filhos, mas acabam por se alastrar aos profissionais que prestam auxílio e cuidado, como é o caso dos profissionais de saúde. Na verdade, o facto de serem testemunhas das marcas visíveis, e confidentes das marcas invisíveis infligidas pelos agressores, exige-lhes um constante trabalhar das emoções (*emotion work*) (Hochschild, 1983) constante, já que se espera que prestem cuidados de saúde próximos e humanistas, expressando as emoções certas, ao mesmo tentam que procuram se proteger do impacto emocional que as experiências de violência causam. Os testemunhos que se seguem denotam o quão presentes estes profissionais têm alguns episódios de violência com que se depararam na sua prática clínica.

“Antes de ele chegar já sei o que vai aparecer por aí, porque a comida não presta, porque aquele prato está ali e aquele talher está além, porque é que deixaste ali a carteira. Eu lembro-me de um caso (...); eu atendi uma senhora às 8 da manhã que tinha uma botija nas costas com dores e ele chegou a casa (...) com força mandou-lhe um pontapé nas costas, rebentou a botija e queimo-lhe as costas todas (...); eu percebi logo o que tinha acontecido, porque não é normal uma botija rebentar nas costas e disse-lhe, e também não é normal tirar uma fotografia de um pé, uma bota. Isto mexe muito, isto não é normal. Tu vês a queimadura, vês o redondo do pé. Que é isto? E vês os coisões das mãos, aqui dos dedos, quer dizer isto não é normal. Ela não queria sair de casa, ela não queria perder o estatuto, mas de repente ele começa numa perseguição acérrima e ela vai para uma casa abrigo” E1 (FC5).

“Tive um caso num ficheiro de um doutor, que já faleceu, que ela era vítima doméstica constantemente, e ela estava em casa sempre, sempre, sempre. (...) foi no trabalho

quando ela apareceu com o cabelo cortado, é que lhe perguntaram porque é que ela apareceu assim. Mas com um corte, que ninguém imagina como é que era o corte, e que ela tanto se pôs a chorar, chorar, chorar e a dizer que tinha sido o marido (...) e as colegas lá é que acionaram” E2 (FC6).

“Eu tive um caso de uma cigana que ele lhe deu uma carga de porrada tão grande, tão grande, tão grande que estava irreconhecível. Foi um caso que nos marcou mais na nossa vida (...) e ela estava irreconhecível e disse - esta foi a última. E como tomou coragem, mesmo sendo de etnia cigana, é ainda mais complexo. Os homens de etnia cigana assumem que se bateu é porque ela merecia (...) e ela deixou-o. Hoje, atualmente, está a trabalhar numa fábrica, tem um emprego, sustenta dois filhos” E1 (FC5).

“Eu tenho um caso em XX que, é o caso que agora mexe comigo, que ela não pode ir a XX, porque ele, em XX, tem a vigilância eletrónica, se ela se aproximar de XX para ir pedir a baixa ao médico, aquilo apita. (...) a mulher tem uma coisa igual a esta, é uma pulseira no pé (...), é uma coisa assim redonda preta (...), se a mulher, se ele se aproximar x metros dela aquilo apita. Aquilo apita é acionado o sistema, neste caso é Viseu. Viseu aciona a PSP da Covilhã”, ou seja, nesta situação existiu uma sentença por decisão do tribunal” (AS, FC5).

A quantidade e a complexidade dos testemunhos dos profissionais de saúde dos seis *focus group* são elucidativas da necessidade de ampliação da noção de saúde, pela inclusão dos fatores contextuais que envolvem a violência doméstica, muito para lá dos conhecidos fatores clínicos (e.g., Lino, 2012; Quemada & Prieto, 2004). O atendimento à vítima tem que integrar mais do que as terapêuticas de curar e tratar as lesões físicas, pois deve também sarar as feridas invisíveis a olho nu e as causas destas (Deslandes & Minayo, 1998). Neste contexto, Guedes et al. (2009) argumentaram que é premente que a prática médica inclua uma transversalidade de fatores, que permitem ter em conta o género, a desigualdade de género, o status socioeconómico, o que contribuiria para uma intervenção integrada nos cuidados de saúde e para a ultrapassagem do viés de género que ainda existe na medicina. Esta transformação profunda proporcionará às vítimas um sinal de confiança e de abertura, para relatarem aos profissionais de saúde o que lhes aconteceu (Guedes et al., 2009), quando recorrem aos serviços de saúde. Isto significa que os profissionais de saúde devem ir no sentido contrário das conclusões do estudo de Guimarães et al. (2018), que descreveu que estes profissionais ainda restringem muito a sua atuação ao exercício da prática clínica dirigida à parte física, quando já foi esclarecido

que as vítimas de violência doméstica carregam um sofrimento interior severo e atroz (Gomes et al., 2012; Guimarães et al., 2018), o qual ultrapassa as dores sofridas no corpo, privilegiadas pela visão mecanicista da medicina (Augusto, 2020).

Aghakhani et al. (2015) consideraram que a disponibilidade existente de informação sobre os padrões de comportamento das vítimas de violência doméstica, não justifica a persistência de escassez de rastreios destas mulheres nas unidades de saúde, o que reforça a importância do papel dos profissionais de saúde nessa deteção e prevenção (Babae et al., 2021). Está-se perante uma questão de saúde pública (Babae et al., 2021; Hasse & Vieira, 2014; Vieira et al., 2011), com claros custos económicos e sociais, embora não sejam apenas os custos que devem balizar o modelo de atendimento a estas vítimas (Babae et al., 2021; Krug et al., 2002; Lisboa et al., 2003; Minayo, 1994). Manita et al. (2009) também consideraram que os cuidados de saúde primários têm que estar preparados para intervenções em saúde, no âmbito da violência doméstica, muito para além da prática clínica, dado que estes são a primeira linha a que as vítimas lesadas recorrem e, assim, devem estar preparados para detetar e denunciar os abusos dos agressores, mesmo estando sujeitos ao sigilo profissional (Silva, 2018).

Reforçando a urgência de alteração do modelo biomédico para uma abordagem mais integrada, que tem em conta o contexto social e as causas sociais da violência, os relatos de histórias de assistência destes profissionais de saúde mostram que as vítimas são mulheres que sofrem assimetrias de poder nas suas relações com os companheiros, que ocorrem no seu espaço comum, a casa. Nestas circunstâncias, as referidas assimetrias consubstanciam-se em medo, em submissão, na falta de coragem e, até, em algum afeto pelo companheiro, o que as induz a não denunciarem a sua situação de violência doméstica (Grossi et al., 2020; Oliveira & Moreira, 2016). Todavia, nos casos em que optam pela denúncia do agressor e saem do ciclo da violência, exibem sentimentos de liberdade e de alívio (da Fonseca et al., 2012; Grossi et al., 2020). Mas, como se lê nos testemunhos, e foi corroborado pelos autores acima referidos, este é um passo extremamente difícil para as vítimas e muitas desistem e retornam ao ciclo da violência. É fundamental que os profissionais tenham noção destas dificuldades, das barreiras, de diversa índole, que se colocam às vítimas que pretendem quebrar este ciclo, de modo a que não façam julgamentos de valor sobre os seus medos ou os seus recuos e desistam de as apoiar. É nesta fase que os profissionais de saúde devem intervir e explicar à vítima os apoios que tem disponíveis. Caso as vítimas estejam relutantes em avançar com a denúncia, cabe aos profissionais de saúde notificar as autoridades sobre esses atos de violência doméstica (Guedes et al., 2009; Saliba et al., 2007).

No âmbito das denúncias e notificações, é crucial a existência de redes e de parcerias para prestar um apoio integrado à vítima, em todos os eixos que se exigem (e.g., sanitário, psicológico, emocional, assistência aos filhos, judicial, entre outros), pois esta está na fase da recuperação do ciclo da violência (Landenburger, 1989), sendo que a articulação eficiente entre todas as partes envolvidas é importante para o sucesso desta fase (da Silva Soares et al., 2016; Guimarães et al., 2018). Como afirmaram alguns participantes dos *focus group*, o trabalho de equipa é a chave. Contudo, os entrevistados também mencionaram a escassez de recursos, o que reforça ainda mais a necessidade de trabalhar em rede e em parceria, o que, para Silva (2018), potencia uma otimização de recursos aliada às ações de prevenção junto das vítimas.

Finalmente, quando se pede aos profissionais de saúde que reflitam sobre a sua prática profissional na assistência a vítimas de violência doméstica, as respostas vão no sentido de que ainda é preciso algumas alterações nas mesmas. Estas opiniões reveem-se na pesquisa realizada em Portugal por Nunes e Harfouche (2015), onde concluíram que se tem assistido a alterações no modelo biomédico tradicional nas unidades de saúde portuguesas, mas tal não as direcionou para uma maior eficiência e eficácia no atendimento às vítimas de violência doméstica e na intervenção em saúde procedente. Já Pina (2013), clarificou que os profissionais de saúde devem abandonar o papel de meros ouvintes das vítimas, como tanta vez foi referenciado pelos participantes dos *focus group*; é preciso que as vítimas sejam informadas que podem sair do ciclo de violência doméstica, que as informações necessárias lhes sejam transmitidas pelos profissionais de saúde, argumentou o mesmo autor, bem como Figueiredo (2009), Guedes et al. (2009) e Quemada e Prieto (2014). Adicionalmente, outros estudos defenderam que cabe, ainda, aos profissionais de saúde prestar apoio emocional às vítimas (e.g., Manita et al., 2009), isto é, devem estar alerta e despertos para todos os sinais de perturbação manifestados pelas vítimas, o que foi referido por Antunes (2002), e prestar apoio incondicional (CIG, 2016).

Este papel que cada vez mais é exigido aos profissionais de saúde, e que foi referido nas várias pesquisas mencionadas, implica que os mesmos detenham diferentes tipos de competências que possam mobilizar no âmbito da sua prática profissional, quando assistem vítimas de violência doméstica. Na próxima seção analisa-se a importância e a necessidade da formação académica e profissional destes profissionais, a partir do seu próprio ponto e vista.

6.2.1.3 Formação acadêmica e profissional

A) Violência doméstica e de gênero

Ao longo destes testemunhos tem-se percebido que é importante que se efetive a ponte entre as vítimas de violência doméstica, os profissionais de saúde e as instituições de apoio à vítima. Todavia, esta ponte exige a mobilização de conhecimentos de diferentes naturezas, por parte dos profissionais de saúde, quando são confrontados com a assistência a eventuais vítimas de violência. Evidente que a capacidade de lidar com estas situações por parte dos profissionais de saúde é algo que pode ser melhorado com a acumulação de anos de experiência profissional. Contudo, isto não significa que não seja essencial formação acadêmica sobre todos os construtos sociais envolventes destes atos violentos e as suas várias vertentes, no sentido de garantir que o atendimento nas unidades de saúde seja efetivamente holístico, com o intuito de promover a saúde e bem-estar da vítima. Assim, é fundamental que a formação destes profissionais alie conhecimentos oriundos das ciências médicas, com conhecimentos oriundos das ciências sociais, que lhes permitam colocar a vítima e a violência que sobre ela é exercida no quadro da estrutura social, da cultura, das desigualdades que constituem esse fenómeno.

Neste contexto, quando questionados sobre a existência de formação sobre gênero ou de violência doméstica e de gênero, todos os participantes dos *focus group* referiram que tal nunca existiu no seu currículo e percurso académico. Eventualmente, frequentaram alguma formação extra no decurso da sua atividade profissional, embora sem a particularidade de violência doméstica em adultos, mais sobre crianças, o que consideram crucial no futuro.

“(...) há planos curriculares que já integram o âmbito da violência, tanto no adulto como da criança. Nas licenciaturas de enfermagem já há escolas que têm, mas na nossa altura só tínhamos as áreas de especialidade, por exemplo o que a enfermeira E6 está a falar é a saúde infantil que é a enfermeira E8 e a enfermeira E2. Nós na comunitária não me lembro. Tivemos a formação de adultos, mas violência doméstica não” E4 (FC1).

“No curso de enfermagem não faz sentido ter uma unidade curricular específica sobre a violência doméstica, mas considero importante (...) ter acesso à informação sobre este tema” E4 (FC4).

“Era importante que o assunto fosse discutido (...)” (M1, FC6).

Dito por outras palavras, a formação será sempre importante, mas também importa mudar e alterar as mentalidades, pois como argumentou E4 (FC2), a violência já existe na fase do namoro, que mesmo com formação sobre violência doméstica, é uma fase de *“difícil compreensão e até de intervenção”* pelos profissionais de saúde.

Todos os grupos focais afirmaram que não tiveram qualquer unidade curricular no seu percurso académico que trabalhasse conteúdos programáticos sobre género, violência de género ou mais especificamente violência doméstica. No que respeita à abordagem ao tema nas unidades de saúde onde exercem a sua prática clínica, subsiste a ideia de que existiu algum simpósio ou similar, numa instituição de ensino superior, não por participarem, apenas por ouvirem falar (FC2). Os participantes do FC3 admitiram que, pontualmente, vão participando em algumas formações ou palestras, ao nível profissional, mas mais focadas nas crianças (E6, E2). A participante E7 (FC3) foi direta na resposta e assumiu que *“(...) na violência na mulher eu nunca fiz nada.”* Embora a E5 (FC3) tenha realçado que *“(...) há formação, porque o Gabinete de Apoio à Vítima tem feito aqui nesta zona, às vezes não há é facilidade de frequência”*.

Um relato curioso foi dado por E1 (FC5), que estará a fazer menção à Rede de Violência Zero, que integra vários organismos, de diferentes áreas, a qual, aparentemente, confunde com formação para profissionais de saúde na área do género e da violência de género.

“Nós temos muitas formações (...) se vocês quiserem eu faço uma formação e digo-vos como havemos de fazer, ou então faço uma reunião com as pessoas. Se o Dr. está interessado em integrar este grupo, dou-lhe os parabéns. Já vários médicos vieram. As reuniões são uma seca (...), são de quatro em quatro meses e são reuniões que envolvem a CIG, uma vez em Belmonte, outra vez será no Fundão e daqui a quatro meses é aqui na Covilhã. São reuniões que envolvem a CIG. A CIG é a comissão de igualdade de género, o Dr. tem dispensa de serviço para ir à reunião e tira as horas. O que é que acontece? Quando se vai a este tipo de reuniões, além de discutirmos as coisas em parceria, a rede é a Segurança Social, o Centro de Emprego, a Universidade, o Centro Hospitalar, a PSP, a GNR, o Ministério Público, a Ordem dos Advogados, a Associação de Socorros Mútuos, em que esta última nos dá muita ajuda, quando nós precisamos de tirar uma vítima de casa e que precisamos de um quarto nas primeiras 24 horas. Também a Câmara, que tem um papel fundamental, que tem casas abrigo para nos ajudar descaraterizadas. “

Face a este testemunho, E3 (FC5) (neste caso, como representante da ACeS) questionou a E1 (FC5) sobre a tipologia dos profissionais de saúde que representavam o centro hospitalar nessas reuniões, cuja resposta foi linear – *“É a Assistente Social, somente”* (E1, FC5). Aqui coloca-se a questão sobre a importância de existirem equipas multidisciplinares na intervenção em saúde às vítimas de violência doméstica, nas quais para E3 (FC5), seriam fundamentais a participação de *“(...) psicólogos, psiquiatras e outros profissionais de outras áreas.”*, em que, foi mais longe, e entendeu ser essencial a participação de *“(...) médicos de família (...)”*.

Alguns participantes discorrem sobre algumas medidas nesta área. Percebemos que as avaliam como algo burocráticas, distantes e até de difícil implementação concreta no seu âmbito profissional, a que se alia sobrecarga de trabalho que já consideram ter. Isto, não obstante considerarem que é importante haver formação nesta área.

“Foi criado recentemente pela Direção Geral de Saúde e pelo Governo, os grupos EDVA. Os grupos EDVA são os grupos criados com uma técnica de serviço social, uma enfermeira, um psicólogo, que não existe nesta instituição nem no ACeS, um médico e mais. E então este grupo foi criado. A seguir foi criado os grupos EAGVG – Ação Social ao Longo da Vida do Género. Estão a perceber? Isto é criado nos gabinetes lá em cima, no governo. Depois pedem-nos formações e dados, só que nós, para estarmos integrados neste grupo, têm que nos dar horas, têm que nos ser elencadas horas, sabem? Mas não dão, e as pessoas desanimam. Aqui, dentro da comissão, está a enfermeira S, que não está aqui hoje, que está na CPCJ. No Tortosendo e no resto está a enfermeira C e o enfermeiro X e B e em Belmonte está a enfermeira J e no Fundão estão as enfermeiras E e S” E1 (FC5).

“A ARS Centro tem várias formações em Coimbra e em Leiria para profissionais de saúde, que vão vos dizer, estão interessados em ir?” E1 (FC5).

“Não, mas seria importante o ACeS dizer. Vão fazer esta formação porque a partir desta data vão desempenhar estas funções, vão ser o núcleo de apoio dos outros profissionais. Vão ter uma estatística própria, vão ter um trabalho de ..., mas era importante. Como é que se cria essa necessidade? Não sei, mas era importante, superiormente perceberem que assim como está a funcionar tem corrido bem, mas poderia correr muito melhor” E3 (FC5).

Relativamente aos procedimentos a realizar em casos de identificação de vítimas de violência doméstica, estes são encaminhados para a rede, uma vez que estes profissionais

não têm formação específica nesta área, relataram os profissionais de saúde do FC3. Isto embora E2 (FC4) entenda que, atualmente, detém algumas competências para atuar perante estas situações, porque pertence à Comissão e E4 (FC4) realçou que “(...) *acho que temos algum conhecimento sobre isso, sim. Como identificar sinais de alerta. O que fazemos e como agir. Mas por mérito pessoal, não porque tenha tido formação académica ou profissional.*” M1 (FC5) indicou que “o ACeS vai agora fazer formações”, já E1 (FC5) disse “*mesmo não sendo no Centro de Saúde, vocês têm de se inscrever, têm de meter o papel referindo que vão à formação para terem a dispensa de serviço com quinze dias de antecedência. Falei bem, não falei?*”

A importância da formação em violência pelos profissionais de saúde é reconhecida nos testemunhos dos participantes dos *focus group*, mas também na literatura científica. Esta, evidencia que os profissionais de saúde devem ter como prioridade a segurança e a integridade da vítima de violência doméstica, mas tendo como alicerce uma formação adequada, na qual lhes são fornecidas as competências essenciais e as ferramentas para lidar com este tipo de situações sem realizar juízos de valor (Guerra et al., 2016). Contudo, isto também passa por uma postura de compromisso pessoal dos profissionais de saúde com a estratégia de combate à violência doméstica, pois existem profissionais de saúde que não expressam a pretensão de se envolver nas situações de violência doméstica, por duas ordens de razão. A primeira por decisão pessoal, a segunda por entenderem que não possuem a formação adequada para tal (Hasse & Vieira, 2014). A formação na área do género poderia responder a estas razões, ao enquadrar socialmente a violência de género e ao enfatizar a necessidade de atuação por parte dos profissionais de saúde, bem como ao dotá-los de competências que lhes permitissem uma atuação informada e segura.

Ainda que reconheçam a sua importância, os nossos participantes indicaram não ter tido qualquer formação académica nesta área. Esta inexistência de formação académica sobre a violência doméstica vai ao encontro do estudo de Guimarães et al. (2018), onde concluiu que os cursos superiores não incluem, no seu plano curricular, qualquer tipo de formação sobre qualquer tipo de violência. O acesso à formação por parte dos profissionais de saúde foi também focado por Day et al. (2003), que sublinhou que estes profissionais não detêm informação suficiente sobre a violência doméstica e existem mesmo alguns profissionais que são negacionistas sobre a existência de atos de violência. A este respeito, refira-se a contribuição de Marinheiro et al. (2006), que consideram que escassez de formação dita a insensibilidade, o estigma e o tabu que ainda subsiste nos atendimentos às vítimas. Acresce a estes estereótipos no seio dos profissionais de saúde

as barreiras institucionais (e.g., falta de tempo dos profissionais de saúde para este tipo de consultas, ausência de protocolos), para além das barreiras pessoais (e.g., desinteresse e incómodo), como argumentaram Mendoza-Flores et al. (2006). No mesmo alinhamento, Natan e Rais (2010) frisaram que estas barreiras e as fracas competências para lidarem com este tópico, têm direcionado o atendimento e o tratamento a estas vítimas somente para as terapias puramente clínicas.

Constata-se, então, que o acesso à informação e a sua partilha é fundamental, o que deve ser alavancado com formações específicas, para que estes se sintam capacitados para intervir na assistência em saúde a vítimas de violência doméstica, e para que estejam sensibilizados para as consequências severas que a violência provoca nessas mulheres (Guedes et al., 2009; Leal & Lopes, 2005).

Nos casos aqui estudados, os participantes fazem parte de equipas nos centros de saúde e, muitos deles, são considerados enfermeiros de família, cujos relatos realçam a ausência de formação profissional, por inexistência, dificuldade de acesso, ou indisponibilidade. Esta constatação vai no mesmo sentido do estudo recente de Oliveira et al. (2020), que demonstrou que 78% dos enfermeiros de família em Portugal não teve formação em violência doméstica, embora tenham reconhecido que deviam ter tido, pelo que não se sentem capacitados para uma adequada identificação e encaminhamento desses casos. Assim, o facto do Gabinete da Secretária de Estado da Saúde (2019) ter reconhecido que a violência doméstica é um fenómeno social e de saúde pública, o que posiciona a oferta de formação especializada e de ações de sensibilização como uma prioridade para a deteção precoce de vítimas de violência doméstica, em termos práticos e efetivos, tal ainda não se reflete nos dados estatísticos sobre essa oferta aos profissionais de saúde. Embora o participante E1 (FC5) tenha mencionado que tal iria acontecer em breve, os outros entrevistados desconheciam essas formações e como aceder a elas, o que reforça a necessidade premente de acesso à informação por parte destes profissionais. Para Prazeres (2017), tal situação é reveladora da urgência de promoção da formação profissional, para que os profissionais de saúde sejam competentes e se sintam capazes de resgatar as vítimas do ciclo da violência e inclui-las na fase da recuperação, como definido por Landenburger (1989).

Por último, referir que oferta formativa não se deve focar apenas na violência doméstica, mas incluir questões mais abrangentes sobre género e desigualdade de género, dado que deve ser nesse âmbito que se discute, analisa e se intervém em violência doméstica. Além disso, tal abordagem pode ainda contribuir para acabar com o viés de género que ainda

existe na medicina (Branco, 2007; Poinhos, 2011), o qual, de certa forma, pode ser constatado nos seguintes excertos:

“(...) mas nessas reuniões, precisam de um homem?” E4 (FC5).

“(...) às vezes as mulheres põem-se a jeito” [expressão ouvida pelo participante numa reunião]

O viés de género na medicina é um condicionante da adequada definição das patologias e da prática clínica (Poinhos, 2011). Esta ideia da incidência deste viés quando se trata de mulheres, tem sido reportado pelas pesquisas de décadas atrás (Angell, 1993; Ruiz & Verbrugge, 1997; Verbrugge, 1989). No seguimento destes estudos, Hamberg et al. (2002) e Risberg et al. (2009) narraram que o viés de género é extremamente negativo para as mulheres, porque origina menores taxas de diagnóstico e de tratamento. Também na formação na área da saúde, este viés tem visibilidade (Hatala & Case, 2000).

Sustentado nos argumentos de Branco (2007) sobre o viés de género na violência doméstica, é prioritário que os profissionais de saúde percecionem os estereótipos sociais de género (e.g., inferioridade e submissão da mulher perante o homem) e da violência nas relações íntimas entre géneros diferentes, para que a sua postura e atitudes no atendimento nas unidades de saúde a estas vítimas seja livre de preconceitos. Adicionalmente, devem ser realizados investimentos pelas entidades governamentais na oferta de formação a estes profissionais, acompanhados por alterações nos planos curriculares dos cursos superiores. Estas alterações de fundo serão promotoras de uma dupla estratégia em saúde, o combate à violência doméstica e ao viés de género na medicina, com efeitos positivos na deteção, prevenção e tratamento terapêutico em todas as valências clínicas e humanísticas (salar).

Por último, foi referido por estes profissionais de saúde a importância da multidisciplinidade na abordagem integradora da violência doméstica, o que potencia a otimização dos recursos e um trabalho em equipa, onde a força para tal reside na união dessa mesma equipa (Guimarães et al., 2018; Silva, 2018). Aqui o médico e o enfermeiro de família são os atores principais desta abordagem, como defendido por Allen et al. (2005) e Pina (2013).

6.2.2. Síntese das evidências empíricas dos profissionais de saúde

A tabela 8 mostra para cada uma das temáticas analisadas, das evidências empíricas identificadas a partir dos testemunhos dos profissionais de saúde.

Tabela 8 - Síntese das evidências empíricas dos profissionais de saúde	
Categorias	Evidências empíricas
a) Percepções individuais	<p>a1) Comportamento das vítimas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Violência ocorre em ambiente familiar ✓ Recusa em assumir que era vítima de violência perante as autoridades ✓ Exibição de sentimentos de medo, vergonha e estigma ✓ Sentimentos de desproteção pela sociedade ✓ Culpabilização, submissão, inferioridade e intimidação ✓ Vítimas de violência silenciosa ✓ Evitam exposição pública ✓ Recurso às unidades de saúde em situações limite ✓ Elevada dependência financeira ✓ Chantageadas e manipuladas pelo agressor através dos filhos ✓ Retiram queixa, após a denuncia pelos profissionais de saúde ✓ Mostram mentalidades geracionais de assimetria de poder e de desigualdade de género ✓ As visitas às unidades de saúde vão acompanhadas pelo agressor ✓ No atendimento pelos profissionais de saúde apenas querem desabafar ✓ Ciclo da violência presente em todas as vítimas atendidas
	<p>a2) Limitações no apoio à vítima</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Garantir a segurança da vítima após rutura com o ciclo da violência ✓ Garantir a subsistência económica da vítima e dos filhos ✓ São as vítimas que saem de casa e não o agressor ✓ Ausência de equipas multidisciplinares e setoriais ✓ Lentidão da atuação das autoridades ✓ Falta de apoio familiar ✓ Presença física do companheiro ✓ Escassez de recursos e respostas imediatas ✓ Redes de apoio têm que ser revistas
	a3) Desigualdade de género

Tabela 8 - Síntese das evidências empíricas dos profissionais de saúde	
Categorias	Evidências empíricas
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Transversal a todas as classes sociais e géneros ✓ Vítimas são quase sempre mulheres ✓ O agressor é sempre o homem ✓ Violência era considerada normal entre o homem e a mulher ✓ Mentalidades geracionais ✓ Violência escondida pelas mulheres vítimas ✓ Falta de acesso a informação ✓ Estigma da sociedade ✓ Assimetrias de poder entre géneros
	<p>a4) Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Existe relação entre saúde e violência doméstica ✓ Proximidade dos profissionais de saúde com as vítimas ✓ Ainda há profissionais de saúde que se recusam a envolver nas situações de potenciais casos de violência doméstica ✓ Ausência de equipas multidisciplinares e setoriais ✓ Falta de informação compilada ✓ Ausência de formação especializada ✓ Medo de retaliações pelo agressor, após notificação das autoridades ✓ Falta de recursos ✓ Inadequação do modelo biomédico no exercício da sua prática clínica
	<p>a5) Violência doméstica e de género</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tema sempre atual ✓ Assistem a todas as tipologias da violência ✓ Vítimas consideram a violência normal ✓ Assimetrias de poder ✓ Mentalidades geracionais ✓ Difícil a deteção, principalmente se não há lesões físicas ✓ Vítimas são quase sempre mulheres ✓ O agressor é quase sempre o homem ✓ Violência acontece em casa ✓ Vítimas querem desabafar e não abandonar o ciclo da violência ✓ Algo que origina sofrimento, maus-tratos á mulher

Tabela 8 - Síntese das evidências empíricas dos profissionais de saúde

Categorias	Evidências empíricas
	✓ Não é banal, são assassinadas mulheres
b) Prática profissional - Intervenções em casos de violência. Orientações humanísticas e biomédicas	<ul style="list-style-type: none">✓ Essencial que a intervenção em saúde ultrapasse o modelo biomédico✓ Dificuldades geradas pela inexistência de um protocolo com vínculo legal✓ Apenas existem guiões e orientações, que não são suficientes✓ Conflitos pessoais de ética e deontologia profissional face ao dever de sigilo médico✓ Intervenção policial é fundamental para iniciar precocemente o processo de rutura com o ciclo da violência✓ Inapropriada referenciação das redes de apoio disponíveis✓ Falta de informação✓ Enfrentam situações delicadas e complexas quando as vítimas desmentem os atos de violência, após denúncia✓ O atendimento às vítimas tem que ser realizado em equipa✓ O processo deve ser iniciado com a proteção da vítima do agressor✓ Vítimas só pretendem apoio momentâneo naquela fase da dor e desabafar✓ Vítimas não verbalizam que o são, o que exige estado de alerta máximo dos profissionais de saúde✓ Alguns profissionais acham que deviam ter o seu próprio mecanismo de proteção✓ O papel dos profissionais de saúde é de aconselhamento, devido ao dever de sigilo, e de encaminhamento para as redes de apoio✓ Nunca atuam sozinhas, sempre em parcerias✓ A função dos profissionais de saúde é de orientação, ajuda e estruturação✓ Muitos profissionais de saúde não sabem como atuar✓ Falta de tempo dos profissionais de saúde para alterar a forma de atendimento à vítima✓ Exibem sentimentos de vazio, angústia quando a vítima recua na denúncia✓ A vítima tem de ser a primeira a querer sair do ciclo da violência✓ Também seria importante o trabalho com o agressor✓ Só é possível o atendimento às vítimas ser pautado por orientações humanísticas, quando a vítima sentir empatia com o profissional de saúde

Tabela 8 - Síntese das evidências empíricas dos profissionais de saúde	
Categorias	Evidências empíricas
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ O atual modelo biomédico não permite outro tipo de atendimento às vítimas
c) Formação acadêmica profissional e	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inexistência de formação acadêmica sobre violência doméstica e de gênero ✓ A formação profissional passa por palestras e simpósios ✓ Indisponibilidade horária para participar em formações oferecidas por entidades externas ao SNS ✓ Quando existe formação, muitas vezes, os profissionais de saúde não têm conhecimento ✓ Insistem na mudança de mentalidades geracionais ✓ Balizam-se na sua experiência e perspicácia o atendimento às vítimas de violência doméstica

CAPÍTULO 7

Considerações Finais

A violência doméstica é um fenómeno social complexo, multidimensional e transversal, em termos de status socioeconómico, resultado da desigualdade de género socialmente estruturada, e com impactos para as sociedades, para as pessoas e para as famílias. A sua persistência na sociedade contemporânea, particularmente contra a mulher, é expressão das assimetrias de poder ainda existentes entre os géneros. No âmbito destas consequências, salientamos os impactos para a saúde, os quais devem ser pensados não apenas ao nível das vítimas, mas também ao nível da saúde pública.

Todos estes aspetos fazem da violência doméstica um relevante objeto de análise sociológica, que convoca a combinação de uma análise mais macro, ao nível das desigualdades sociais, e uma análise mais micro, ao nível das relações e interações sociais, sobre as quais operam fatores mais estruturais. A presente investigação, para além das contribuições da sociologia do género, convocou também as contribuições da área da sociologia da saúde, dado o enfoque particular na saúde ao nível da definição e problematização do objeto, bem como ao nível da definição dos seus objetivos.

Numa perspetiva macro, a violência doméstica tem de ser pensada ao nível da desigualdade de género, dos fatores que a geram e a mantêm impregnada no tecido social, mas também ao nível das políticas que visam o seu combate. Numa perspetiva micro, reconhece-se como causa de sofrimento de vítimas e famílias em todo o mundo, decorrente da vivência quotidiana de relações violentas e abusivas. Neste sentido, inúmera literatura menciona o impacto negativo na saúde das vítimas e dos restantes membros da família, em que o agressor é o companheiro, marido, namorado, o que significa que a assistência prestada às vítimas deve ir além da assistência legal (e.g., Adam, 2006; Clarkh & Foy, 2000). Tem sido reconhecido internacionalmente que os profissionais de saúde têm um papel fulcral a desempenhar na resposta e no apoio às vítimas de violência doméstica, face à sua proximidade com estas.

A presente investigação pretendeu dar voz às vítimas e conceder espaço e relevância às suas experiências e perceções; seja no que respeita aos impactos que a violência teve na sua vida, saúde e bem-estar, seja no modo como experienciaram e avaliaram o contacto e as relações com os serviços e os profissionais de saúde a quem recorreram. Procurou, também, compreender as perceções de violência doméstica por parte dos profissionais

de saúde, e o modo como estas podem influenciar as suas práticas em contexto de intervenção em saúde, junto de potenciais vítimas. Pretendeu, ainda, compreender o modo como estes profissionais entendem o seu papel no âmbito de uma intervenção integrada no combate à violência doméstica, bem como recensear as potencialidades e as dificuldades que reconhecem ao exercício da sua prática profissional neste domínio.

No sentido de realizar estes propósitos, optou-se por uma investigação de natureza qualitativa, tendo-se realizado entrevistas a vítimas de violência doméstica que frequentam o Gabinete de Apoio à Vítima e *focus group* com profissionais de saúde que exercem a sua função no âmbito do ACeS da Cova da Beira.

As mulheres entrevistadas definem violência doméstica como sendo dramática e consideram que esta não é somente física, mas também psicológica em que, muitas vezes, não tiveram a capacidade para perceber que os sinais violentos do companheiro já existiam no início da relação. Os atos de violência ocorreram em relações conjugais e num ambiente familiar partilhado pela vítima e pelo agressor. Acresce que destas relações já existiam filhos em comum, que frequentemente assistiam às agressões. Muitas destas mulheres assumem que a violência sempre fez parte das suas vidas, por vezes desde a infância, admitindo que começou no namoro e no início do casamento, mas que não a valorizaram. Tal denota uma certa naturalização da violência, provavelmente devido ao facto de esta desde cedo estar presente no seu quotidiano, mas que sabemos é também resultado de persistente desigualdade de género, de relações marcadas pela assimetria de poder, que colocam a mulher numa posição de submissão, também ela naturalizada.

Assumem que os abusos sofridos deixaram marcas físicas e psicológicas que perduram até hoje, e que vivenciaram casamentos marcados por atos violentos, medo, vergonha, auto culpabilização e isolamento social, o que contrariou todas as suas esperanças numa relação feliz e despreocupada. As suas histórias de vida são marcadas por regularidades que resultam do facto de serem vítimas, como se a experiência do abuso, sofrimento, humilhação, isolamento social aplanasse e se sobrepusesse a toda a sua individualidade. Também em comum tiveram a dificuldade em quebrar o ciclo de violência, em denunciar, devido à dependência financeira do agressor, a querer assegurar o bem-estar dos filhos, por medo, por recearem o estigma associado a ser vítima de violência doméstica, por sentirem que não existe um abrigo seguro, ou mesmo pela esperança de mudança de comportamento do companheiro. Muitas vezes, estas mulheres não sentiram compreensão e empatia por parte de amigos e familiares próximos, sendo que muitos

colocavam em causa a veracidade dos atos de violência. Isto resulta do facto de a violência doméstica acontecer essencialmente no espaço privado, de as vítimas esconderem a sua ocorrência, pelos motivos já apresentados, e também pelo facto de o companheiro nem sempre exibir o perfil que socialmente se espera de um agressor.

Da análise dos efeitos e dos impactos da violência na saúde das vítimas, conclui-se que sofreram lesões físicas, que exibiam sentimentos de vergonha, de inferioridade, de submissão, de baixa autoestima, com claros impactos ao nível da sua saúde e bem-estar. Atualmente, estas vítimas sofrem, ainda, de patologias associadas a alterações no sono, perturbações cognitivas, ansiedade, stress, medo do agressor e depressões. A permanência, por vezes muito prolongada, no ciclo da violência doméstica, levou a que estas patologias assumissem importantes consequências em saúde, contribuindo, nalguns casos, para o surgimento de doenças crónicas que as acompanharão muito para além do tempo de vida partilhado com o agressor.

Já as consequências provocadas pelo parceiro na relação familiar, para além das provocadas na saúde das vítimas (física e não física), incluem os filhos dessa relação, que muitas vezes são espetadores in loco dos maus-tratos, o que provoca sentimentos de revolta nos mesmos. As vítimas preocupam-se sempre mais com o impacto que os maus-tratos têm nos filhos, do que nelas próprias, pelo que negligenciam a sua saúde e o seu bem-estar em função da segurança e do bem-estar dos filhos. Essa prioridade relativamente aos filhos, pode ter um efeito duplo e mesmo contrário, já que é frequentemente motivo para a permanência das vítimas junto ao agressor, ou mesmo motivo para retornarem a casa, após uma tentativa de saída, devido a situações de dependência económica; mas, contrariamente, pode ser o impulso que as leva a decidir romper com a relação abusiva, por recearem os efeitos da violência sobre os filhos.

A desculpabilização do agressor pelos seus atos é recorrente, com justificações relacionadas com o consumo de álcool, negação de relações sexuais, cenas de ciúmes, falta de atenção ao parceiro, consumo de substâncias pesadas e personalidades manipuladoras e doentias.

Quando as vítimas se deslocam a uma unidade de saúde por apresentarem lesões que exigem tratamento, é importante que elas se sintam bem acolhidas e compreendidas no atendimento, na forma como as questões lhes são colocadas pelos profissionais de saúde, para que se sintam à vontade para partilhar o que efetivamente aconteceu. A literatura científica é clara em sublinhar a relevância deste primeiro contacto com as unidades de saúde e os profissionais que aí se encontram, como por exemplo, os estudos de Manita

et al. (2009), Quemada e Prieto (2004), entre outros. No entanto, as mulheres participantes entendem que os profissionais de saúde e as instituições ainda carecem de melhorias na identificação e no apoio às vítimas de violência doméstica., tendo considerado que os apoios aí encontrados ainda são escassos. Isto significa que estes atendimentos exigem que se crie uma relação de empatia e de confiança com as vítimas, pois estas mulheres esperavam mais empatia dos profissionais de saúde, para terem a coragem de efetivar a denúncia do crime e o seu agressor e, posteriormente, o apoio para continuar a sua vida.

Embora as participantes tenham assumido que ocultavam o que realmente tinha acontecido, quando se dirigiam às unidades de saúde, raras vezes estes profissionais abordaram o Como e o Porquê das mazelas e das sequelas apresentadas, numa tentativa de prestar auxílio, para além da atuação no âmbito do modelo, focado nas mazelas físicas e na cura. Manita et al. (2009) consideram que o facto de a maioria das vítimas não revelarem ou apresentarem uma justificação pouco plausível para as suas lesões, não deve inibir estes profissionais de procederem à identificação de sinais de alerta, de modo a suportar a hipótese de um eventual ato de violência e a permitir uma melhor orientação da relação terapêutica e a estabelecer um acompanhamento apropriado em situações de violência doméstica.

É fundamental que os atendimentos de saúde não se limitem apenas às necessidades físicas, mas que incluam a construção de uma relação de confiança com as vítimas (Trindade & Teixeira, 2000), primeiro passo para que os profissionais de saúde se assumam como agentes das mudanças sociais e como parte da intervenção integrada que se deseja neste domínio. O papel a desempenhar pelos profissionais de saúde foi destacado por Manita et al. (2009), ao consideraram que após a identificação da situação de violência e tratamento das lesões físicas, estes profissionais devem prestar imediatamente o apoio e a resposta que se exigem nestes casos. No entanto, tal só será possível quando se ultrapassar a medicalização da violência doméstica, focada numa relação clínica orientada para o diagnóstico e a cura, subjacente ao modelo biomédico. Não o fazer, como sugerem Diniz et al. (2001), consubstancia-se à manutenção de um silêncio nas unidades de saúde em tudo semelhante ao silêncio que a vítima vive no seu espaço privado, o qual a mantém isolada e sem apoio.

Os profissionais participantes no *focus group* reconhecem a dificuldade em lidar com situações de violência doméstica, já que muitas vezes não conseguem orientar atempadamente a forma como assegurar a segurança da vítima e dar uma resposta imediata à situação. Deste modo, a justiça também tem um papel muito importante nas

situações de violência doméstica, nomeadamente, na rapidez de análise e decisão das situações, salvaguardando a segurança das vítimas. Deve também ser sublinhada a importância do funcionamento em rede dos profissionais de saúde com outras instituições para fornecer às vítimas o apoio a vários níveis de que necessitam, saúde, financeiro, segurança, judicial e em educação, no caso de haver filhos.

No contexto do ACeS da Cova da Beira, os seus profissionais de saúde sentem a escassez de segurança protocolar que os oriente e respalde no âmbito do que se espera que seja a sua atuação no âmbito da violência doméstica. Assim, os profissionais de saúde confirmaram a inexistência de um protocolo emanado pelo Ministério da Saúde, embora tenham sido fornecidos aos profissionais de saúde alguns guiões para auxiliar a sua intervenção em termos de práticas clínicas. Para estes profissionais, um protocolo seria um facilitador para a deteção das vítimas de violência doméstica e uma orientação para a sua atuação. Esta fragilidade do SNS é impeditiva do exercício de intervenção clínica informada pelas melhores práticas neste domínio e alavancada por orientações humanísticas. Na falta de protocolos de atuação, corre-se o risco de a sua atuação se guiar predominantemente pela resposta curativa, aquela em que correm menos riscos, por ser mais objetiva, mas que é também claramente insuficiente. Um tal protocolo, emanado pela DGS, além de orientar e respaldar a atuação destes profissionais, poderia contribuir para a reflexão sobre a violência doméstica como um problema de saúde e sobre a importância das unidades e saúde e dos seus profissionais como parte integrante da intervenção contra a violência doméstica.

Esta necessária transformação no processo de atendimento a estas vítimas não passa apenas pela ultrapassagem do modelo biomédico, mas também pela capacitação destes profissionais. Esta capacitação passa pela sua formação na área, como sugerido por Bandeira (2014), Hasse e Vieira (2014), Leal e Lopes (2005) e Oliveira et al. (2020)

Os profissionais de saúde devem ter como prioridade a segurança e a integridade da vítima de violência doméstica, tendo como alicerce a formação profissional adequada, na qual lhes são fornecidas as competências essenciais e as ferramentas para lidar com este tipo de situações, sem realizar juízos de valor e sem ser guiados por estereótipos de género. Esta situação também passa por uma postura de compromisso pessoal dos profissionais de saúde com a estratégia de combate à violência doméstica, e também pela adoção de uma abordagem multidisciplinar na intervenção em violência doméstica, o que potencia a otimização dos recursos e um trabalho em equipa entre médicos, enfermeiros, psicólogos, sociólogos, por exemplo.

Claro que a formação assume aqui um papel fundamental, algo que não tem sido prática para os profissionais entrevistados, seja no âmbito da sua formação académica, seja no âmbito da formação profissional, o que tem gerado algum mal-estar entre profissionais de saúde, por desconhecerem a forma como hão de lidar com estas vítimas e que apoios poderão acionar. Este sentimento sublinha a urgência de formação nesta área por parte destes profissionais, como sugerido em inúmeras pesquisas (e.g. Bright et al., 2020; CIG, 2013). Na ausência de formação adequada sobre como os profissionais de saúde devem intervir em situações de violência doméstica, os testemunhos obtidos vão no sentido de que estes tratam, sobretudo, de acordo com as orientações biomédicas, mesmo que se tenha percebido que estes não são indiferentes perante os casos de violência doméstica e que reconhecem a ligação entre a saúde e a violência.

A totalidade dos relatos mostram que os profissionais de saúde se sentem limitados para poderem dar uma prestação de cuidados de saúde às vítimas, num sentido mais integrador de cuidados de saúde, por várias ordens de razão. Por escassez de recursos, pela inexistência de uma equipa multidisciplinar no serviço, pela incerteza causada pela não existência de um protocolo de atuação, e porque as próprias vítimas querem ser ajudadas, mas sentem-se desprotegidas e temem que escasseie o apoio e o acompanhamento, o que as leva a recuar na sua intenção de denunciar.

Esta impotência dos profissionais de saúde aviva a necessidade de dotar estes profissionais das competências essenciais para lidarem com estas situações, o que está evidenciado na pesquisa de Bright et al. (2020).

Como qualquer pesquisa, esta não está isenta de limitações. A primeira limitação respeita à circunscrição do estudo à região da Cova da Beira, pelo que estudos futuros devem ampliar este contexto. A segunda respeita ao número de vítimas entrevistadas (8), como consequência quer da indisponibilidade das vítimas, por opção própria, quer pelos constrangimentos causados pelas medidas de saúde resultantes da situação pandémica. Tal situação acabou por não permitir atingir a desejada diversidade entre as participantes, além de também não ter permitido atingir o critério de saturação, o qual exigiria a realização de mais entrevistas. A terceira limitação está relacionada com o facto de uma das profissões de saúde estar sobrerepresentada entre os participantes, pois existem bem mais enfermeiros, pelo que teria sido importante ter a perspectiva de mais médicos, mas tal não foi possível. Por fim, a quarta limitação, embora tenha sido assumida como uma decisão consciente, e da mesma ter sido justificada, o facto de a presente investigação se focar apenas nos cuidados de saúde primários também pode

constituir uma limitação, dado que deixa de fora o atendimento e cuidado às vítimas que ocorrem ao serviço de urgência, decorrente de um episódio de violência doméstica. Assim, seria, relevante alargar a investigação aos cuidados de saúde hospitalares e profissionais de saúde que trabalham nos serviços de urgência.

Para além da colmatação das limitações mencionadas, a agenda de investigação futura continua fértil, dada a relevância sociológica e a importância social de construir conhecimento científico sobre este tema. Neste cenário, um estudo sobre a violência doméstica ao nível nacional sobre o perfil dos agressores permitiria a definição de uma abordagem diferente do combate à violência doméstica, ou seja, padronizar os seus perfis para que no futuro estes sejam sujeitos a acompanhamento para tratamento com orientações humanísticas e biomédicas e serem estes a interromper o ciclo da violência. No âmbito da análise das práticas dos profissionais de saúde, seria interessante a realização de um estudo aos planos curriculares do ensino superior da área da saúde, para indagação de que formação académica foi ministrada sobre temáticas como género, desigualdade de género e violência doméstica; emergente também o estudo das consequências pessoais dos profissionais de saúde aquando da denúncia de situações de violência doméstica às autoridades competentes.

Finalmente, a conclusão desta investigação permite afirmar que os profissionais de saúde estão atentos e sobremaneira sensibilizados para o grave problema de saúde pública que é a violência doméstica, embora seja pertinente e fundamental dotar os mesmos das competências e da formação apropriadas para que as suas intervenções em saúde vão além do tratamento medicalizado das lesões e possam fazer parte de uma intervenção integrada no âmbito da prevenção, apoio e combate no domínio da violência doméstica.

Referências

- Abbott, J. (1995). Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 273(22), 1763–1767. <https://doi.org/10.1001/jama.273.22.1763>
- Abbott, P., & Williamson, E. (1999). Women, health and domestic violence. *Journal of Gender Studies*, 8(1), 83–102. <https://doi.org/10.1080/095892399102841>
- Abdi, F., Mahmoodi, Z., Afsahi, F., & Shaterian, N. (2021). Social determinants of domestic violence against suburban women in developing countries : a systematic review. *Obstetrics and Gynecology Science*, 64(2), 131–142.
- Acosta, D. F., Gomes, V. L. de O., Fonseca, A. D. da, & Gomes, G. C. (2015). Violence against women committed by intimate partners: (in)visibility of the problem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(1), 121–127. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001770013>
- Adams, C. M. (2006). The Consequences of Witnessing Family Violence on Children and Implications for Family Counselors. *The Family Journal*, 14(4), 334–341. <https://doi.org/10.1177/1066480706290342>
- Aghakhani, N., Nia, H. S., Moosavi, E., Eftekhari, A., Zarei, A., & Nikoonejad, A. R. (2015). *Study of the Types of Domestic Violence Committed Against Women Referred to the Legal Medical Organization in Urmia - Iran Study of the Types of Domestic Violence Committed Against Women Referred to the Legal Medical Organization in Urmia - Iran*. (December). <https://doi.org/10.17795/ijpbs-2446>
- Agudelo, S. (1990). La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región. *Epidemiological Bulletin*, 11(2), 1–7.
- Aires, L. (2015). *Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional*. Ed. Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.
- Alexanderson, K., Wingren, G., & Rosdahl, I. (1998). Gender analyses of medical textbooks on dermatology, epidemiology, occupational medicine and public health. *Education for Health*, 11(2), 151-163.
- Alhabib, S., Nur, U., & Jones, R. (2010). *Domestic Violence Against Women : Systematic Review of Prevalence Studies*. *Journal of Family Violence*, 25(4), 369-382. DOI: 10.1007/s10896-009-9298-4
- Allen, J., Gay, B., Crebolder, H., Heyrman, J., Svab, I., Ram, P., & P. E. (2005). A definição europeia de medicina geral e familiar (clínica geral/medicina familiar). *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 21(5), 511–516.
- Almeida, C. D. de. (2008). Violência Doméstica. Que políticas? O impacto das políticas sociais no combate à violência doméstica no Concelho de Montemor-o-Velho.

- Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/8970>
- Altınay, A., & Arat, Y. (2009). *Violence Against Women in Turkey: A Nationwide Survey*. Published in Punto Publishing Solutions, İstanbul – Turkey.
- Alves, C. (2005). *Violência Doméstica*. Faculdade de Economia Universidade de Coimbra, Portugal.
- Anderson, K. L. (1997). Gender, Status, and Domestic Violence: An Integration of Feminist and Family Violence Approaches. *Journal of Marriage and Family*, 59(3), 665–669. <https://doi.org/10.4324/9781315264905-20>
- Anderson, K. L. (2005). Theorizing Gender in Intimate Partner Violence Research. *Sex Roles*, 52(11), 853–865. <https://doi.org/10.1007/s11199-005-4204-x>
- Andrade, C. D. J., & Fonseca, R. M. (2008). Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(3), 591–595.
- Andrade, A. P. (2012). *Violência doméstica: estudo da participação e opinião dos magistrados do departamento de investigação e ação penal do Porto*. Doctoral Dissertation, Brasil.
- Andrade, E. M., Nakamura, E., de Paula, C. S., do Nascimento, R., Bordin, I. A., & Martin, D. (2011). A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: Um estudo qualitativo. *Saúde e Sociedade*, 20(1), 147–155. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100017>
- Angell, M. (1993). aring for women's health. What is the problem? *New England Journal of Medical*, 329, 271–272.
- Angulo-Tuesta, A. de J. (1997). *Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública. Retrieved from http://portalteses.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_cover&Aid=000008&Alng=pt&Anrm=iso
- Anson, O., Carmel, S., & Levin, M. (1991). Gender differences in the utilization of emergency department services. *Women and Health*, 17(2), 91–104. https://doi.org/10.1300/J013v17n02_05
- Antunes, M. (2002). Violência e vítimas em contexto doméstico. In Machado, C. & Gonçalves, R. *Violência e Vítimas de Crimes*, Coimbra: Q, 43–47.
- APAV. (n.d.). O Ciclo da Violência Doméstica. Retrieved from <https://www.apav.pt/vd/index.php/vd/o-ciclo-da-violencia-domestica>
- APAV. (2020). *Violência de gênero* (p. Folha Informativa).
- APAV. (2009). *Relatório Estatístico*.
- APAV, E., Vítima, C. D., & Vitimação, C. D. A. (2020). *Estatísticas APAV Relatório Anual*

2020.

- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126(5), 651–680. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.5.651>
- Augusto, A. (2013). Gênero e Saúde”, in Alves, F. (Org.), *Saúde, Medicina e Sociedade. Uma visão sociológica*, Lisboa, Pactor, pp. 29-34
- Augusto, A. (2020). A multidimensionalidade da saúde e da doença e a (sempre renovada) pertinência do olhar sociológico. In Quartilho, M. (coord.), *Psiquiatria Social e cultural. Diálogos e Convergência*, Imprensa da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, 459–478).
- Azambuja, M. P. (2008). *Violência de género e os discursos circulantes nos cuidados de saúde primários*. Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Babae, E., Tehrani-banihashem, A., Asadi-aliabadi, M., & Sheykholeslami, A. (2021). Population-Based Approaches to Prevent Domestic Violence against Women Using a Systematic Review. *Iran Journal of Psychiatry*, 16(1), 94–105.
- Bandeira, L. M. (2014). Violência de gênero: A construção de um campo teórico e de investigação. *Sociedade e Estado*, 29(2), 449–469. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922014000200008>
- Barañano, A. M. (2008). *Métodos e Técnicas de investigação em Gestão*. Ed. Sílabo, Lisboa, Portugal.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70, Lisboa, Portugal.
- Barman, P., Mahanta, T. G., & Barua, A. (2015). Social health problem of adolescent girls aged 15-19 years living in slums of Dibrugarh town, Assam. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 3(45), S49–S53. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2015.11.001>
- Barnett, O. W., Perrin, C.L., & Perrin, R. D. (1997). *Family Violence Across the Lifespan*. S. P. , California, Ed., EUA.
- Begum, S., Donta, B., Nair, S., & Prakasam, C. P. (2015). Socio-demographic factors associated with domestic violence in urban slums, Mumbai, Maharashtra, India. *Indian Journal of Medical Research*, 141(June), 783–788. <https://doi.org/10.4103/0971-5916.160701>
- Beleza, T. (2007). *Violência Doméstica*. Jornadas Sobre a Revisão do Código Penal. Lisboa: Fórum Lisboa, Portugal.
- Bertakis, K.D., Helms, L.J., Callahan, E.J., Azari, R., Leigh, P. , & Robbins, J. A. (2001). Patient gender differences in the diagnosis of depression in primary care. *Journal of Womens Health Gender Based Medicine*, 10, 689–698.
- Bickell, N. A., Pieper, K. S., Lee, K. L., Mark, D. B., Glower, D. D., Pryor, D. B., & Califf, R. M. (1992). Referral patterns for coronary artery disease treatment: Gender bias

- or good clinical judgment? *Annals of Internal Medicine*, 116(10), 791–797.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-116-10-791>
- Bispo, T. C. F., Almeida, L. C. G. de, & Diniz, N. M. (2007). Violência conjugal: desafio para os profissionais de saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, 21(1), 11–18. Retrieved from <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3908>
- Bloor; M.; Frankland; J.; Thomas; M. & Robson; K. (2001). *Focus groups in social research*. London: Sage.
- Bonomi, A. E., Thompson, R. S., Anderson, M., Reid, R. J., Carrell, D., Dimer, J. A., & Rivara, F. P. (2006). Intimate Partner Violence and Women’s Physical, Mental, and Social Functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 458–466.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.01.015>
- Branco, M. de la S. E. C. (2007). *Violência conjugal contra a mulher: histórias vividas e narradas no feminino*. Retrieved from <http://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/736>
- Bright, C. F., Burton, C., & Kosky, M. (2020). Social Sciences & Humanities Open Considerations of the impacts of COVID-19 on domestic violence in the United States. *Social Sciences & Humanities Open*, 2(1), 100069.
<https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2020.100069>
- Burge, S. K. (1989). Violence against women as a health care issue. *Family Medicine*, 21(5), 368–373.
- Campos, C. H. de, & Carvalho, S. de. (2006). Violência doméstica e Juizados Especiais Criminais: análise a partir do feminismo e do garantismo. *Revista Estudos Feministas*, 14(2), 409–422. <https://doi.org/10.1590/s0104-026x2006000200005>
- Caracci, G. (2003). Violence against women: Mental health and the United Nations. *International Journal of Mental Health*, 32(1), 36–53.
<https://doi.org/10.1080/00207411.2003.11449578>
- Caralis, P. V., & Musialowski, R. (1997). Women’s experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *Southern Medical Journal*, 90, 1075–1080. <https://doi.org/10.1097/00007611-199711000-00003>
- Carneiro, A. A., & Fraga, C. K. (2012). A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. *Serviço Social & Sociedade*, 110, 369–397.
<https://doi.org/10.1590/s0101-66282012000200008>

- Casey, M. (1989). *Domestic Violence against Women: the women's perspective*. Open Lybrary.
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health & Illness*, 5(2), 168–195. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10491512>
- Chowdhury MAK, Rahman AE, Morium S, Hasan MM, & Bhuiyan A, A. (2018). Domestic violence against women in urban slums of Bangladesh: a cross-sectional survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(9–10), 4728–4742.
- Ciclo da violencia - Instituto Maria da Penha. (n.d.). Retrieved from <https://www.institutomariadapenha.org.br/violencia-domestica/ciclo-da-violencia.html>
- CIDM. (2003). *A igualdade de gênero em Portugal*. https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/AF_CIG_FactSheet.pdf
- CIG (2013). *Estratégias Internacionais para a Igualdade de Género*.
- CIG. (2016). *Guia de requisitos mínimos de intervenção em situações de violência doméstica e violência de género*. www.dgsi.pt/bpjl.nsf/83cbe9acef94db5a8025730800549412/co51cfd268a97e...
- Clark, A. H., & Foy, D. W. (2000). Trauma Exposure and Alcohol Use in Battered Women. *Violence Against Women*, 6(1), 37–48.
- Coben, J. H., Forjuoh, S. N., & Gondolf, E. W. (1999). Injuries and health care use in women with partners in batterer intervention programs. *Journal of Family Violence*, 14(1), 83–94. <https://doi.org/10.1023/A:1022822227669>
- Colameco, S., Becker, L. A., & Simpson, M. (1983). Sex bias in the assessment of patient complaints. *Journal of Family Practice*, 16(6), 1117–1121.
- Conselho da Europa. (2011). *Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e a Violência Doméstica*. Série de Tratados do Conselho da Europa – N° 210.
- Costa, D. (2010). *A Intervenção em Parceria Na Violência Conjugal Contra as Mulheres: Um Modelo Inovador? Tese de Doutoramento*, Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.
- Costa, J. M. (2003). *Sexo, Nexo e Crime*. Edições Colibri., Ed., Lisboa, Portugal.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologias das Ciências Sociais-teoria e prática*. Edições Almedina., Ed., Coimbra, Portugal.
- Curia, B. G., Gonçalves, V. D., Zamora, J. C., Ruoso, A., Ligório, I. S., & Habigzang, L. (2020). Produções Científicas Brasileiras em Psicologia sobre Violência contra Mulher por Parceiro Íntimo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40(e189184), 1–19.
- Curry, M. A., Perrin, N., & Wall, E. (1998). Effects of abuse on maternal complications

- and birth weight in adult and adolescent women. *Obstetrics and Gynecology*, 92(4), 530–534. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(98\)00258-0](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(98)00258-0)
- D’Avolio, D. A. (2011). System issues: Challenges to intimate partner violence screening and intervention. *Clinical Nursing Research*, 20(1), 64–80. <https://doi.org/10.1177/1054773810387923>
- D’Oliveira, A. F. P. L., & Schraiber, L. B. (1999). Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação de profissionais. *Jornal da Rede Saúde*, 19, 3–4.
- da Silva Soares, M. C., Clemente dos Santos, R., Pereira Moura, J., Vital Freire, T. V., Adriano da Silva, H. T., & Djair Dias, M. (2016). Violence against women and its representations: an integrative review. *International Archives of Medicine*, 1–9. <https://doi.org/10.3823/2084>
- Dasgupta A, Raj A, Nair S, Naik D, Saggurti N, Donta B, et al. (2019). Assessing the relationship between intimate partner violence, externally-decided pregnancy and unintended pregnancies among women in slum communities in Mumbai, India. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 45(10), 1-7.
- Dasgupta, A., Preeti, P. S., Sahoo, S. K., Biswas, D., Kumar, A., & Das, M. (2015). Domestic violence and its determinants: A cross-sectional study among women in a slum of Kolkata, West Bengal. *Indian Journal of Community Health*, 27(3), 334–340.
- Day, V. P., Telles, L. E. D. B., Zoratto, P. H., Azambuja, M. R. F. D., Machado, D. A., Silveira, M. B., ... & Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(1), 9–21.
- de Souza, A. L. S., da Costa, W. M., & da Cruz, A. K. R. (2018). *Violência doméstica e familiar contra a mulher em Manaus: análise dos casos atendidos pelo projeto ronda maria da penha*. 1–18. Retrieved from <http://www.abep.org.br/xxiencontro/arquivos/R0285-1.pdf>
- De Tilio, R. (2012). Marcos legais internacionais e nacionais para o enfrentamento à violência contra as mulheres: Um percurso histórico. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, 2(1), 68–93. <https://doi.org/10.11606/issn.2237-1095.v2i1p68-93>
- De Welde, K. (2003). White Women Beware!: Whiteness, Fear of Crime, and Self-Defense. *Race, Gender, & Class*, 10(4), 75–91.
- Deslandes, S. F., Gomes, R., & Silva, C. M. (2000). Characterization of the cases of domestic violence against women assisted in 2 public hospitals of Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública / Ministério Da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública*, 16(1), 129–137.

<https://doi.org/10.1590/s0102-311x2000000100013>

- Deslandes, S., & Minayo, M. (1998). A complexidade das relações entre drogas , álcool e violência The complexity of relations between drugs , alcohol , and violence. *Cadernos de Saude Publica*, 14(1), 35–42.
- Deslandes, Suely F. (1999). O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?” *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1), 81–94. <https://doi.org/10.1590/s1413-81231999000100007>
- Devries, K., Watts, C., Yoshihama, M., Kiss, L., Blima, L., Deyessa, N., ... Study, W. H. O. M. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts : Evidence from the WHO multi-country study on women ’ s health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*, 73(1), 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.006>
- Dias, I. S. (2000). A violência doméstica em Portugal: Contributos para a sua visibilidade. *IV Congresso Português de Sociologia*, 15. Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19973>
- Dias, I. (2008). Violência e género em Portugal: abordagem e intervenção. *Cuestiones de Género: De la Igualdad y la Diferencia*, 3, 153–171.
- Dias, I. (2008). O uso de metodologias qualitativas no estudo da violência doméstica. *Actas Do V Congresso Português de Sociologia - Sociedades Contemporâneas - Reflexividade e Acção*, 19–26. Retrieved from http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628fe129283c_1.pdf
- Diniz, M. et al. (2001). Mulheres com lesões corporais por violência doméstica. In: *Congresso Brasileiro de Enfermagem, Curitiba. Anais Eletrônicos... Curitiba: ABEN*, 53.
- Dolatian, M., Zahiroddin, A., Velaie, N., & Majd, H. A. (2012). Evaluation of prevalence of domestic violence and its role on mental health. *Pajoohandeh Journal*, 16(6), 277–283.
- Donta, B., Nair, S., Begum, S., & Prakasam, C. P. (2016). Association of Domestic Violence From Husband and Women Empowerment in Slum Community, Mumbai. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(12), 2227–2239. <https://doi.org/10.1177/0886260515573574>
- Duarte, A., Veloso, L., Sebastião, J., & Marques, J. (2012). Os Focus Group dinâmicos na sociologia da educação: virtudes e potencialidades. *VII Congresso Português de Sociologia*, 19 e 22 de junho, Porto, Portugal, 2–15.
- Dube, L. e Parê, G. (2003). Rigor in Information Systems Positivist Case & Research: Current practices, trends and recommendations, *MIS Quarterly*, 27(4), 597–635.
- Duffy, S. J., McGrath, M. E., Becker, B. M., & Linakis, J. G. (1999). Mothers with histories

- of domestic violence in a pediatric emergency department. *Pediatrics*, 103(5 I), 1007–1013. <https://doi.org/10.1542/peds.103.5.1007>
- Dwyer, D. C., Smokowski, P. R., Bricout, J. C., & Wodarski, J. S. (1995). Domestic Violence Research : Theoretical and Practice and Implications for Social Work. *Clinical Social Work Journal*, 23(2), 185-198.
- Eisenstat, S.A. e Brancroft, L. (1999). Domestic violence. *New England Journal of Medicine*, 34, 886–892.
- Elderkin-Thompson, V., & Waitzkin, H. (1999). Differences in clinical communication by gender. *Journal of General Internal Medicine*, 14(2), 112–121. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1999.00296.x>
- Ergin, N., Bayram, N., Alper, Z., Selimoglu, K., & Bilgel, N. (2005). Domestic violence: A tragedy behind the doors. *Women and Health*, 42(2), 35–51. https://doi.org/10.1300/J013v42n02_03
- Estrutura de Missão contra a Violência doméstica. (2006). *Guia de Recursos na Área da Violência Doméstica*. siic-GuiaRecursosCompleto_200711081153.pdf (cig.gov.pt)
- Fagot, B. I., Hagan, R., Leinbach, M. D., & Kronsberg, S. (1985). Differential Reactions to Assertive and Communicative Acts of Toddler Boys and Girls. *Child Development*, 56(6), 1499–1505.
- Féria, T., & A. P. de M. J. (2005). Sobre o crime de maus-tratos conjugais. Associação Portuguesa de Mulheres Juristas. Ousar Vencer. A violência sobre as Mulheres na Família. *Guia de Boas Práticas Judiciais*, (13–46).
- Fernandes, F. (2002). *Mulher Vitima De Violência Conjugal*. Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Figueiredo, M. S. (2003). *Representação social da doença e do seu efeito nas práticas familiares*. Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto, Portugal.
- Figueiredo, M. S. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Flax, J. (1992). *Beyond Equality: Gender, Justice and Difference*. In Gisela Bock & Susan James (eds). *Beyond Equality and difference. Citizenship, Feminist Polics and Female Subjcevity*. London | New York, Routledge.
- Fonseca, D. H. da, Ribeiro, C. G., & Leal, N. S. B. (2012). Violência Doméstica Contra a Mulher: Realidades e Representações Sociais. *Psicologia & Sociedade*, 24(2), 307–314.
- Fonseca, P., & Lucas, T. (2006). *Violência contra a mulher e suas consequências*

- psicológicas*. Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências, Salvador, BA, Brasil. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400075>
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, Ed., Portugal.
- Gabinete da Secretária de Estado da Saúde (2019). *Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida (PNPVCV)*. Direção-Geral da Saúde (dgs.pt)
- Garcia-Moreno, C., Watts, C., Jansen, H., Ellsberg, M., & Heise, L. (2006). *Responding to violence against women: WHO's Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence*. www.thelancet.com Vol 368 October 7.
- Geffner, R., Rosenbaum, A., & Hughes, H. (1. (1988). Research issues concerning family violence. In *Handbook of family violence* (pp. 457–481). Springer, Boston, MA.
- Gelles, R. J. (1993). Through a sociological lens: Social structure and family violence. In C. S. Newbury Park (Ed.), *R J. Gelles e D.R. Loseke (Eds.), Current controversies on family violence*. (pp. 31–46).
- Gibbs, A., Dunkle, K., & Jewkes, R. (2018). Emotional and economic intimate partner violence as key drivers of depression and suicidal ideation: A cross-sectional study among young women in informal settlements in South Africa. *PLoS ONE*, *13*(4), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194885>
- Gil, A.C. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 7ª Edição, Atlas, Lisboa.
- Gizzi, M. C., & Rädiker, S. (n.d.). *The Practice of Qualitative Data Analysis*. Retrieved from <https://www.maxqda-press.com/catalog/books/the-practice-of-qualitative-data-analysis/download?d=978-3-948768058#download%0A>
- Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, *35*(2), 57–63.
- Gomes, N. P., Garcia, T. C. S., Conceição, C. da R., Sampaio, P. de O., Almeida, V. de C., & Paixão, G. P. do N. (2012). Violência conjugal: elementos que favorecem o reconhecimento do agravo. *Saúde em Debate*, *36*(95), 514–522. <https://doi.org/10.1590/s0103-11042012000400003>
- Gomes, R. (2003). A mulher em situações de violência sob a ótica da saúde. In F. Rio de Janeiro (Ed.), *Minayo, Maria Cecília de Souza; Souza, Edinilsa Ramos de. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil, pp. 199–222.
- Gonçalves, H. S., & Ferreira, A. L. (2002). A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, *18*(1), 315–319. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2002000100032>
- González, A. D., & Almeida, M. J. de. (2010). Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, *15*(3),

- 757–762. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000300018>
- González Rey, F. (2014). Ideias e modelos teóricos na pesquisa construtivo-interpretativa. In *Mitjáns Martínez, A., Neubern, M., & Mori, V. D. (Org.). Subjetividade Contemporânea: discussões epistemológicas e metodológicas*. (pp. 13–34).
- Graham-Bermann, S. A., & Levendosky, A. A. (1993). Traumatic stress symptoms in children of battered women. *Journal of Interpersonal Violence, 13*(1), 111–128.
- Grossi, F. S., Sousa, M. E., Santos, S. Q., & da Rocha Almeida, W. (2020). Representações Sociais sobre a Violência Doméstica contra Mulheres Assistidas pelo Centro de Referência de Atendimento à Mulher no Município de Barreiras/Bahia. *Hígia-Revista de Ciências da Saúde e Sociais Aplicadas do Oeste Baiano, 5*(1), 253–270.
- Guedes, R. N., Silva, A. T. M. C. da, & Fonseca, R. M. G. S. da. (2009). A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Escola Anna Nery, 13*(3), 625–631. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452009000300024>
- Guerra, P., Desembargador, J., Gago, L., Adjunta, P., & Fernandes, C. (2016). *Violência doméstica: Implicações sociológicas, psicológicas e jurídicas do fenômeno*. Centro de Estudos Judiciários, Brasil.
- Guimarães, R. C., Soares, M. C., Santos, R. C., Moura, J. P., Freire, T. V., & Dias, M. D. (2018). Impacto na autoestima de mulheres em situação de violência doméstica atendidas em Campina Grande, Brasil. *Revista Cuidarte, 9*(1), 1988–1997.
- Gureeriro, A., & Duarte, V. (2019). *Book review: Mulheres e Crime: Perspetivas Sobre Intervenção, Violência e Reclusão*, Vila Nova de Famalicão, Húmus.
- Hagemann-White, C., Katenbrink, J., & Rabe, H.-S. (2006). *Tocktaking study on the measures and actions taken in Council of Europe Member-States: Combating Violence against Women*. Strasbourg: Council of Europe.
- Hamberg, K., Risberg, G., Johansson, E. E., & Westman, G. (2002). Gender bias in physician's management of neck pain: A study of the answers in a Swedish National Examination. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine, 11*(7), 653–665. <https://doi.org/10.1089/152460902760360595>
- Hasse, M., & Vieira, E. M. (2014). Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. *Saúde em Debate, 38*(102), 482–493. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140045>
- Hatala, R., & Case, S. M. (2000). Examining the influence of gender on medical students' decision making. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine, 9*(6), 617–623. <https://doi.org/10.1089/15246090050118143>
- Hearn, J. (2013). The sociological significance of domestic violence: Tensions, paradoxes

- and implications. *Current Sociology*, 61(2), 152–170.
<https://doi.org/10.1177/0011392112456503>
- Heise, L., & Ellsberg, M. (1999). Ending violence against women. *Population Reports. Series L, Issues in World Health*, (11), 1–43.
<https://doi.org/10.4324/9780429269516-5>
- Heise, L. L., & Kotsadam, A. (2015). Cross-national and multilevel correlates of partner violence: An analysis of data from population-based surveys. *The Lancet Global Health*, 3(6), e332–e340. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00013-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00013-3)
- Hochschild, A. (1983). *The Managed Heart: Commercialisation of Human Feelings*. University of California Press, London
- Husso, M., Notko, M., Virkki, T., Holma, J., Laitila, A., & Siltala, H. (2020). Domestic Violence Interventions in Social and Health Care Settings: Challenges of Temporary Projects and Short-Term Solutions. *Journal of Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/0886260519898438>
- Izumino, W. P. (2004). *Justiça e violência contra a mulher: o papel do sistema judiciário na solução dos conflitos de gênero*. São Paulo: Annablume: FAPESP, Ed., Brasil.
- Jorge, M. H. (2004). Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(4), 1128–1129. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2004000400031>
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... Kendler, K. S. (1994). Kessler et al_Lifetime and 12 months prevalence_Archives of Gen Psychiatry_`994.pdf. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 51, pp. 8–19.
- Khadivzadeh, T., & Erfanian, F. (2011). Comparison of domestic violence during pregnancy with the Pre-pregnancy period and its relating factors. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 14(4), 47–56.
- Khayat S, Dolatian M, Navidian A, Mahmoodi Z, K. A. (2017). Association between physical and sexual violence and mental health in suburban women of Zahedan: a cross-sectional study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(12), IC01–IC05.
- Kizilgol, O., & Ipek, E. (2018). An Analysis on Domestic Violence against Women in Turkey: Multinomial Logit Model. *Business and Economics Research Journal*, 9(3), 715–733. <https://doi.org/10.20409/berj.2018.133>
- Kocacik, F., & Dogan, O. (2006). Domestic violence against women in Sivas, Turkey: Survey study. *Croatian Medical Journal*, 47(5), 742–749.
- Kocacik, F., Kutlar, A., & Erselcan, F. (2007). Domestic violence against women: A field

- study in Turkey. *Social Science Journal*, 44(4), 698–720.
<https://doi.org/10.1016/j.soscij.2007.10.016>
- Koop, C. E., & Lundberg, G. D. (1992). Violence in America: A public health emergency: Time to bite the bullet back. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 267(22), 3075–3076.
- Krahé, B. (2018). Violence against women. *Current Opinion in Psychology*, 19, 6–10.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.017>
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009). *Focus groups: A practical guide for applied research*. (4th Ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Krug, E.G., Mercy, J.A., Dahlberg, L.L. and Zwi, A.B. (2002) The World Report on Violence and Health. *The Lancet*, 360, 1083-1088.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0)
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 45(3), 130–130. <https://doi.org/10.1590/s0036-46652003000300014>
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2019). Analyzing Qualitative Data with MAXQDA. In *Analyzing Qualitative Data with MAXQDA*. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-15671-8>
- Kurz, D., & Stark, E. (1988). Not-so-benign neglect: The medical response to battering. In I. Sage Publications (Ed.), K. Yllö & M. Bograd (Eds.), *Feminist perspectives on wife abuse*. Sage Publications, Inc, United State, 249–266.
- Landenburger, K. (1989). A process of entrapment in and recovery from an abusive relationship. *Issues in Mental Health Nursing*, 10(3–4), 209–227.
<https://doi.org/10.3109/01612848909140846>
- Lavis, V., Horrocks, C., Kelly, N., & Barker, V. (2005). Domestic violence and health care: Opening pandora’s box - Challenges and dilemmas. *Feminism and Psychology*, 15(4), 441–460. <https://doi.org/10.1177/0959-353505057618>
- Leal, S. M. C., & Lopes, M. J. M. (2005). A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: “o olhar” da enfermagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2), 419–431. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232005000200020>
- Lenhart, S. (1993). Gender discrimination: a health and career development problem for women physicians. *Journal of the American Medical Women’s Association* (1972), 48(5), 155–159.
- Linden, M, Lecrubier, Y, Bellantouno, C, Benkert, O, Kisely, S, Simon, G. (1999). The prescription of psychoactive drugs by primary care physicians: an international collaborative study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19, 132–140.

- Lino, S. (2012). *Violência conjugal no género feminino: práticas dos enfermeiros nos cuidados de saúde primários*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal..
- Lisboa, M., Fernandes, Z., Aguiar Patrício, J. M., & Leandro, A. (2009). *Violência e género - Inquérito Nacional sobre a Violência Exercida contra Mulheres e Homens*. CIG, Ed., Lisboa.
- Lisboa, M. & Roque, A. (2006). *A violência no plural: olhar os números e procurar as pessoas. Prevenir ou Remediar: os Custos Sociais e Económicos da Violência contra as Mulheres*. Edições Colibri-Socinova, Ed..
- Lisboa, M., Barros, Pedro, P., & Cerejo, S. D. (2008). Custos Sociais e Económicos da Violência Exercida Contra as Mulheres em Portugal: dinâmicas e processos socioculturais. *VI Congresso Português de Sociologia*, 25 a 29 de Junho de 2008, Lisboa, Portugal.
- Lisboa, M., Carmo, I., Vicente, L. B., & Nóvoa, A. (2003). *Os Custos Sociais e Económicos da Violência contra as Mulheres - Síntese dos Resultados do Inquérito Nacional de 2002*. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Lourenço, N. M. D. O., Lisboa, M., & Pais, E. (1997). *Violência contra as mulheres. Comissão para a Igualdade e para os direitos das Mulheres*. Alto Comissário para as Questões da Promoção da Igualdade e da Família/Presidência do Conselho de Ministros., Ed..
- Machado, A. S. M., de Castro Bhone, F. M., & Lourenço, L. M. (2020). Intervention with women victims of domestic violence : a bibliometric review. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(1), 1–13.
- Machado, C., & Gonçalves, R. (2003). *Violência e vítimas de crimes*. Quarteto, Ed. Coimbra, Portugal.
- Machorrinho, J. (2019). *The body of female victims of domestic violence. Cuestiones de Género de la Igualdad y la Diferencia*, 207–219. DOI: 10.18002/cg.v0i14.5801
- Mafioletti, T. (2010). Violência Doméstica Contra a Mulher : Um Problema De Saúde Pública – a Situação do Paraná. *Anais Eletrônicos/Seminário Internacional Fazendo Género 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*. Microsoft Word - 1278288426_ARQUIVO_TrabalhoFazendoGenerofinal.doc (dype.com.br), 1–9.
- Magalhães, M. J. (2010). A arte e violência no olhar: Activismo feminista e desconstrução da violência contra as mulheres¹. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 89, 89–109. <https://doi.org/10.4000/rccs.3735>
- Manita, C., Ribeiro, C., & Peixoto, C. (2009). *Violência doméstica: compreender para intervir - Guia de boas práticas para profissionais de saúde*. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. Presidência do Conselho de Ministros Lisboa,

Portugal.

- Marinheiro, A. L. V., Vieira, E. M., & Souza, L. de. (2006). Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 604–610. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102006000500008>
- Marôpo, L. (2018). Media e violência sexual contra crianças: desafios para uma cobertura noticiosa baseada nos direitos infantis. *Atas Do Seminário Internacional "Media e Violência Sexual: Da Investigação à Comunicação"*, Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres (APEM) e Centro de Estudos Sociais (CES/UC), 124–138.
- Martim, C. L. (1996). Gender. In O. B. Publishers (Ed.), *Manstead ASR, Hewstone M, eds. The Blackwell Encyclopedia of Social Psychology*. Oxford, 253–258).
- Martz, J. R., Romero, V., & Anderson, J. R. (2020). *Facilitators and barriers of empowerment in family and domestic violence housing models : A systematic literature review*. *Australian Psychologist*, 55(5), 440-454, DOI: 10.1111/ap.12454
- Massena, A., Fernandes, C., Ravara, D., Ribeiro, F.M., Susano, H., Gago, L. e P. S. (2016). *Violência Doméstica: implicações sociológicas, psicológicas e jurídicas do fenómeno. Manual Pluridisciplinar*. Editora: Centro de Estudos Judiciário, Brasil.
- Matos, M. (2006). *Violência nas relações de intimidade : estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher*. Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K., ... Bass, E. B. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: Unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association*, 277(17), 1362–1368. <https://doi.org/10.1001/jama.277.17.1362>
- McGrath, M. E., Hogan, J. W., & Peipert, J. F. (1998). A prevalence survey of abuse and screening for abuse in urgent care patients. *Obstetrics and Gynecology*, 91(4), 511–514. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(98\)00002-7](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(98)00002-7)
- McParland, J. L., & Flowers, P. (2012). Nine lessons and recommendations from the conduct of focus group research in chronic pain samples. *British Journal of Health Psychology*, 17(3), 492–504. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02050.x>
- Mendes, F., Pereira, J. & Zangão, O. (2018). Representações sociais da violência sobre idosos: Falta de respeito ou injustiça. *AGEINGCONGRESS2018-Congresso Internacional Sobre Envelhecimento-Livro de Atas*. Coimbra, Portugal.
- Mendes, F. R., Zangão, O. B., & Mestre, T. S. (2018). Representações Sociais Da Violência Sobre Idosos: Idadismo, Esteriótipos E Discriminação. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(3), 1104-10127.
- Méndez-Hernández, P., Valdez-Santiago, R., Viniestra-Velázquez, L., Rivera-Rivera, L.,

- & Salmerón-Castro, J. (2003). Violencia contra la mujer: Conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Publica de Mexico*, 45(6), 472–482. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342003000600007>
- Mendoza -Flores, M. E., de Jesús-Corona, Y., García-Urbina, M., Martínez-Hernández, G., Sánchez-Vera, R., & Reyes-Zapata, H. (2006). Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género. *Perinatología y Reproducción Humana*, 20(4), 69–79.
- Merriam, S. B. (1988). *Case study research in education: A qualitative approach*. Jossey-Bass.
- Miller, B. A. (1990). The interrelationships between alcohol and drugs and family violence. In *De La Rosa, M., Lambert, E. e Grouper, E.(Eds), Drugs and Violence: causes, correlates and consequences*. Edition Department of Health and Human Services Public Health Service, 177–207.
- Minayo, M. C. D. S. (2006). The inclusion of violence in the health agenda: Historical trajectory. *Ciencia e Saude Coletiva*, 11(2), 375–383. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000200015>
- Minayo, M. C. de S. (1994). Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(suppl 1), S7–S18. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500002>
- Mohapatra, D. I. (2017). Domestic Violence among Ever Married Women of Reproductive Age Group in a Slum Area of Bhubaneswar. *Journal of Medical Science And Clinical Research*, 5(03), 19593–19598. <https://doi.org/10.18535/jmscr/v5i3.199>
- Morais, M. O., & Rodrigues, T. F. (2016). Empoderamento feminino como rompimento do ciclo de violência doméstica. *Revista de Ciências Humanas, Viçosa*, 16(1), 89–103.
- Moreira, V., Boris, G. D. J. B., & Venâncio, N. (2011). Estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. *Psicologia e Sociedade*, 23(2), 398–406. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000200021>
- Morgan, D. L. (1997). *Focus group as qualitative research*. (2nd ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Morgan, David L. (1996). Focus groups. *Annual Review of Sociology*, 22(August), 129–152. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.22.1.129>
- Morgan, David L. (2010). Reconsidering the role of interaction in analyzing and reporting focus groups. *Qualitative Health Research*, 20(5), 718–722. <https://doi.org/10.1177/1049732310364627>

- Mota-Ribeiro, S. (2005). *Retratos de mulher : construções sociais e representações visuais do feminino*. Ed. Campos das Letras, Lisboa.
- Moura, A. T. M. S. de, & Reichenheim, M. E. (2005). Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4), 1124–1133. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2005000400014>
- Moura, M. A. V., Netto, L. de A., & Souza, M. H. N. (2012). Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. *Escola Anna Nery*, 16(3), 435–442. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452012000300002>
- Mukherjee, S. M. (2010). *Durkheim and Violence*. Oxford: Wiley-Blackwell., Ed.
- Mullender, A. (1996). *Rethinking Domestic Violence : The Social Work and Probation Response*. Retrieved from <http://site.ebrary.com/lib/ucalgary/docDetail.action?docID=10058056&ppg=1>
- Muthengi, E., Gitau, T., & Austrian, K. (2016). Erratum: Is working risky or protective for married adolescent girls in urban slums in Kenya? understanding the association between working status, savings and intimate-partner violence (PLoS ONE (2016) 11:5 (e0155988) DOI: 10.1371/journal.pone.0155988). *PLoS ONE*, 11(6), 3–5. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158250>
- Nações Unidas. (1995). Fourth World Conference on Women. Retrieved from <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/dpibrochure.html>
- Natan, M. Ben, & Rais, I. (2010). Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women. *Journal of Trauma Nursing : The Official Journal of the Society of Trauma Nurses*, 17(2), 112–117. <https://doi.org/10.1097/JTN.ob013e3181e736db>
- Neumann, Z. A. (2002). Prevenção da violência intrafamiliar: a paz começa em casa. *Revista da Saúde*, 3, 47–48.
- Nogueira, C. (2001). Um novo olhar sobre as relações sociais de género: feminismo e perspectivas críticas ma psicologia social. In : Fundação & C. Gulbenkian (Eds.), *Um novo olhar sobre as relações sociais de género: feminismo e perspectivas críticas ma psicologia social*. Coleção: Textos universitários de ciências sociais e humanas.
- Nunes, A., & Harfouche, A. P. (2015). A Reforma da Administração Pública aplicada ao setor da saúde: a experiência portuguesa. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. *Revista de Gestão Em Sistemas de Saúde*, 4(2), 1–8. Retrieved from <http://search.proquest.com/openview/9cd49ba3fdcf4e993ec5ffec39fe62e/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2037575>

- Oliveira, M.C., Zocche, D.A. e Rohden, J. (2017). Atendimento de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica em um Serviço de Urgência e Emergência. *Brazillian Journal of Surgery and Clinical Research*, 21(3), 43–48.
- Oliveira, A. L., Chamon, E. M. O. Q., & Mauricio, A. G. C. (2010). Representação social da violência: estudo exploratório com estudantes de uma universidade do interior do estado de São Paulo. *Educar em Revista*, (36), 261–274. <https://doi.org/10.1590/s0104-40602010000100017>
- Oliveira, C. M., & Moreira, M. I. C. (2016). Os sentidos produzidos para a violência contra as mulheres a partir da perspectiva dos profissionais da delegacia especializada de atendimento à mulher de Betim-MG) TT - The findings produced through violence against women from the perspective of the pro. *Psicology Reiew. (Belo Horizonte)*, 22(3), 729–748. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&%oApid=S1677-11682016000300012
- Oliveira, W. F. de. (2008). Violência e Saúde Coletiva: contribuições teóricas das ciências sociais à discussão sobre o desvio. *Saúde e Sociedade*, 17(3), 42–53. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902008000300006>
- Oliveira, I., Oliveira, C., Carvalho, J., Santos, N., & Torres, A. (2020). Violência doméstica contra as mulheres: conhecimentos, atitudes e barreiras do enfermeiro de família. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 3(2), 29–38. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.102>
- OMS. (2002). *Relatório mundial de violência e saúde*. <https://opas.org.br/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro - Dos Comentários à Análise dos Casos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Médicos (2016). *Regulamento de Deontologia Médica. (Regulamento n.º 707/2016)*.
- Ornelas, J. H., & Moniz, M. J. V. (2007). Parcerias comunitárias e intervenção preventiva. *Análise Psicológica*, 25(1), 153–158.
- Pais, E. (1998). *Homicídio Conjugal em Portugal, Rupturas Violentas da Conjugalidade*. H. Lisboa, Ed., Lisboa.
- Pal, J., Mullick, T. H., Ahmad, S., & Yadav, A. K. (2017). Domestic violence against women - An unsolved issue: A community based study in an urban slum of Kolkata, India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(10), LC01–LC04. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/27386.10750>

- Panda, P., & Agarwal, B. (2005). Marital violence, human development and women's property status in India. *World Development*, 33(5), 823–850. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2005.01.009>
- Parvin, K., Sultana, N., & Naved, R. T. (2016). Disclosure and help seeking behavior of women exposed to physical spousal violence in Dhaka slums. *BMC Public Health*, 16(383), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3060-7>
- Patrício, J. A. (2014). Violência contra as mulheres: processos e contextos de vitimização. *Forum Sociológico*, (25), 33–43. <https://doi.org/10.4000/sociologico.902>
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. SAGE Publications, inc.
- Paulino, M. & Rodrigues, M. (2016). *Violência Doméstica Identificar, Avaliar, Intervir*. 1ª; Prime Books., Ed.
- Pde Azambuja, M. P. R., Nogueira, C., & Saavedra, L. (2007). Feminismo(s) e psicologia em Portugal. *Psico*, 38(3), 207–215.
- Perdigão, A., Menezes, B., Almeida, C., Machado, D., Chaves Silva, M., & Prazeres, V. (2014). *Violência interpessoal - abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde. Direção-Geral de Saúde*.
- Pereira, J., Mendes, F., Mestre, T., Zangão, O. & Lopes, M. (2018). Relação entre a Depressão e os Preditores de Risco de Violência Sobre Idosos: Dimensão Cognitiva e Emocional. *AGEINGCONGRESS2018-Congresso Internacional Sobre Envelhecimento-Livro de Atas*. 27 a 29 de maio, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Pina, A. (2013). Quanto mais me bates, menos gosto de mim – abordagem da violência doméstica em Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 29(4), 250–254. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v29i4.11110>
- Pitanguí, J. (2002). Género, Violência e direitos humanos. *Promoção da Saúde*, 6, 66–70.
- Pitanguy, J. (2013). Violência contra a Mulher: consequências socioeconômicas. *Cadernos Adenauer*, 14(3), 115–124.
- Póinhos, R. (2011). Viés de Género na Medicina. *Acta Medica Portuguesa*, 24(6), 975–986.
- Prazeres, V. (2017). *Relatório final*.
- Queiroz, M. I. (1988). Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais, Enciclopédia Aberta de Ciências Sociais, Vol. 5 (Ed.), Von Simson, O. M. (Org.), *Experimentos com histórias de vida (Itália-Brasil)* (pp. 68–

80).

- Quemada, C. R., & Prieto, P. B. (2004). *La violencia contra las mujeres*. Ediciones Díaz de Santos. Espanha.
- Raine, R. (2000). Does gender bias exist in the use of specialist health care? *Journal of Health Services Research and Policy*, 5(4), 237–249. <https://doi.org/10.1177/13558196000500409>
- Ramasubbu, K., Gurm, H., & Litaker, D. (2001). Gender bias in clinical trials: Do double standards still apply? *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, 10(8), 757–764. <https://doi.org/10.1089/15246090152636514>
- Redondo, J., Pimentel, I., & Correia, A. (2012). *Manual Sarar - Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar: Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar / entre parceiros íntimos*. Publicado em: Educação e Formação, Violência Doméstica e de Género. <https://www.cig.gov.pt/siic/2015/01/manual-sarar-sinalizar-apoiar-registar-avaliar-referenciar/>
- Risberg, G., Johansson, E. E., & Hamberg, K. (2009). A theoretical model for analysing gender bias in medicine. *International Journal for Equity in Health*, 8, 1–8. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-28>
- Ritt, C. F., Cagliari, C. T., & Costa, M. M. (2009). Violência cometida contra a mulher compreendida como violência de gênero. *Seminário Nacional de Ciência Política da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil*, 1764–1785.
- Robinson, R. (2010). Myths and stereotypes: How registered nurses screen for intimate partner violence. *Journal of Emergency Nursing*, 36(6), 572–576. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.09.008>
- Römkens, R. (1997). Prevalence of Wife Abuse in the Netherlands. *Journal of Interpersonal Violence*, 12(1), 99–125. <https://doi.org/10.1177/088626097012001007>
- Rosenbaum, A. (1988). Methodological issues in marital violence research. *Journal of Family Violence*, 3(2), 91–104. <https://doi.org/10.1007/BF00994027>
- Rosenbaum, J. N. (1988). Validity in qualitative research. *Nursing Papers*, 19, 55–66.
- Ruiz, M. T., & Verbrugge, L. M. (1997). A two way view of gender bias in medicine. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51(2), 106–109. <https://doi.org/10.1136/jech.51.2.106>
- Russo, N. F., & Pirlott, A. (2006). Gender-based violence concepts, methods, and findings. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087, 178–205. <https://doi.org/10.1196/annals.1385.024>
- Saffioti, H. (1999). Já se mete a colher em briga de marido e mulher. *São Paulo em*

- Perspectiva*, 13(4), 82-91.
- Sago, D. (2012). Precincts and prospects in the use of focus groups in social and behavioral science research. *Qualitative Report*, 17(15), 1–16. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2012.1784>
- Saliba, O., Garbin, C. A. S., Garbin, A. J. I., & Dossi, A. P. (2007). Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*, 41(3), 472–477. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000300021>
- Sanchis, J. S. (2005). *Estudio de los factores que favorecen la continuidad en el maltrato de la mujer*. Universitat de Valencia, Valencia, España.
- Santos, R. G. dos, Moreira, J. G., Fonseca, A. L. G. da, Filho, A. dos S. G., & Ifadireó, M. M. (2019). Violência contra a Mulher à Partir das Teorias de Gênero. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 13(44), 97–117. Retrieved from <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1476>
- Sarmiento, T. (2010). *A proteção transnacional da vítima de violência doméstica*.
- Sathe P., & Holambe, V. (2016). *A cross sectional study of domestic violence in ever married women in urban slum of Latur*. *Medicine - International journal of scientific research*, 5(5), 357–359.
- Saunders, D. G. (1990). Wife abuse, husband abuse, or mutual combat? In California, Sage Publications (Ed.), *Kersti Yllo; Michele Bograd, Feminist Perspectives on Wife Abuse*. Sage Publications, Inc, United States of America, 90–113.
- Schraiber, Lilia B., & d'Oliveira, A. F. L. P. (1999). Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 3(5), 13–26. <https://doi.org/10.1590/S1414-32831999000200003>
- Schraiber, Lilia Blima, D'Oliveira, A. F. P. L., & Couto, M. T. (2006). Violence and health: Recent scientific studies. *Revista de Saude Publica*, 40(SPEC. ISS.), 112–120. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000400016>
- Scott, D., & Geertz, C. (1990). The Demonology of Nationalism: On the Anthropology of Ethnicity and Violence in Sri Lanka. *International Journal of Human Resource Management*, 19(4), 491–510. <https://doi.org/10.1080/03085149000000018>
- Secretária de Estado para a Cidadania e a Igualdade. (2020). *Plano Anual de Formação Conjunta Violência contra as Mulheres e Violência Doméstica*. XXII Governo Constitucional, Editorial do Ministério da Educação e Ciência. (978-972-742-443-6
- SGMAI (2020). *Violência Doméstica - 2019. Relatório anual de monitorização*. <https://cibercrime.ministeriopublico.pt/pagina/relatorio-anual-de...>

- Sheikhan, Z., Ozgoli, G., Azar, M., & Alavimajd, H. (2014). Domestic violence in Iranian infertile women. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 28(1), 152.
- Silva, A. R. (2018). Violência doméstica e segredo médico: o papel do médico de família. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 34(2), 101–103.
- Silva, I. S., Veloso, A. L., & Keating, J. B. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusofona de Educacao*, 26, 175–190.
- Silva, M. C. (2019). Violência doméstica, binómio cultural honra-vergonha e controlo de mulheres: uma análise de processos de (pós)divórcio = Domestic violence, honor-shame cultural binomial and control on women: analysis of (post)divorce processes. *Cuestiones de Género: De la Igualdad y a Diferencia*, 14, 375–402. <https://doi.org/10.18002/cg.v0i14.5868>
- Silverman, J. G., Balaiah, D., Ritter, J., Dasgupta, A., Boyce, S. C., Decker, M. R., ... Raj, A. (2016). Maternal morbidity associated with violence and maltreatment from husbands and in-laws: Findings from Indian slum communities. *Reproductive Health*, 13(1), 109. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0223-z>
- Smith, L. (1989). *Domestic violence: An overview of the literature*. HM Stationery Office, Ed., United Kingdom.
- Smith, P. H., Tessaro, I., & Earp, J. A. (1995). Women's experiences with battering: A conceptualization from qualitative research. *Women's Health Issues*, 5(4), 173–182. [https://doi.org/10.1016/1049-3867\(95\)00615-X](https://doi.org/10.1016/1049-3867(95)00615-X)
- Soares, D. (2018). *Relatório relativo a projecto III Plano regional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género da Região Autónoma dos Açores*. <https://portal.azores.gov.pt>
- Soares, D., & Sousa, O. (2018). *Sistema de Informação Monitorização do Fenómeno da Violência Doméstica – Análise dos Dados Quantitativos, Região Autónoma dos Açores*. <https://portal.azores.gov.pt>
- Sorenson, S. B., Upchurch, D. M., & Shen, H. (1996). Violence and injury in marital arguments: Risk patterns and gender differences. *American Journal of Public Health*, 86(1), 35–40. <https://doi.org/10.2105/AJPH.86.1.35>
- Souza, S. R. D. (2007). *Comentários à lei de combate à violência contra a mulher*. Curitiba: Juruá, Ed., Brasil.
- Spangaro, J. M., Zwi, A. B., Poulos, R. G., & Man, W. Y. N. (2010). Who tells and what happens: Disclosure and health service responses to screening for intimate partner violence. *Health and Social Care in the Community*, 18(6), 671–680. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00943.x>
- Stark, E. e Flitcraft, A. (1996). *Women at Risk: domestic violence and women's health*, S. London, Ed.

- Stark, E., & Flitcraft, A. (1995). Killing the Beast Within : Woman Battering and Female Suicidality. *International Journal of Health Services*, 25(1), 43–64. <https://doi.org/10.2190/H6V6-YP3K-QWK1-MK5D>
- Sulak, T. N., Saxon, T. F., & Fearon, D. (2014). Applying the Theory of Reasoned Action to Domestic Violence Reporting Behavior: The Role of Sex and Victimization. *Journal of Family Violence*, 29(2), 165–173. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9569-y>
- Swahn, M. H., Dill, L. C. J., Palmier, J. B., & Kasirye, R. (2015). Girls and Young Women Living in the Slums of Kampala: Prevalence and Correlates of Physical and Sexual Violence Victimization. *SAGE Open*, 5(2), 1-8. <https://doi.org/10.1177/2158244015580853>
- Thompson, R. S., Bonomi, A. E., Anderson, M., Reid, R. J., Dimer, J. A., Carrell, D., & Rivara, F. P. (2006). Intimate Partner Violence. Prevalence, Types, and Chronicity in Adult Women. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 447–457. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.01.016>
- Todahl, J., & Walters, E. (2011). Universal screening for intimate partner violence: A systematic review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(3), 355–369. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00179.x>
- Tomás, C., Fernandes, N., Saní, A., & Martins, P. (2018). A (in) visibilidade das crianças na violência doméstica em Portugal. *Ser Social*, 20(43), 387–410.
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença – Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 18(1), 3–14. <https://doi.org/10.14417/ap.418>
- Tsur, N., Defrin, R., Lahav, Y., & Solomon, Z. (2018). The traumatized body : Long-term PTSD and its implications for the orientation towards bodily signals. *Psychiatry Research*, 261, 281–289. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.083>
- United Nations. (1993). *Strategies for confronting domestic violence: a resource manual*. Retrieved from <http://www.scie-socialcareonline.org.uk/strategies-for-confronting-domestic-violence-a-resource-manual/r/a11G00000017z9gIAA>
- Valdez-santiago, R., Antrop, M., Híjar-medina, M. C., & Snyder, V. N. (2006). Escala de violencia e índice de severidad : una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Publica de Mexico*, 48(S2), 221–231.
- Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score*. Nova Iorque: Viking., Ed.
- Verbrugge, L. M. (1989). The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(3), 282–304.

<https://doi.org/10.2307/2136961>

- Verdonk, P., Benschop, Y. W., De Haes, H. C., & Lagro-Janssen, T. L. (2009). From gender bias to gender awareness in medical education. *Advances in Health Sciences Education, 14*(1), 135–152. <https://doi.org/10.1007/s10459-008-9100-z>
- Viana, N. (2008). *Senso comum, representações sociais e representações cotidianas*. Edusc., Ed., Brasil.
- Vidaver, R. M., Lafleur, B., Tong, C., Bradshaw, R., & Marts, S. A. (2000). Women subjects in NIH-funded clinical research literature: lack of progress in both representation and analysis by sex. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine, 9*(5), 495–504.
- Vieira, E. M., Perdoná, G. da S. C., & Santos, M. A. dos. (2011). Factors associated with intimate partner physical violence among health service users. *Revista de Saude Publica, 45*(4), 730–737. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000400013>
- Vieira, L. B., Padoin, S. M. de M., Souza, Í. E. de O., & Paula, C. C. de. (2011). Perspectivas para o cuidado de enfermagem às mulheres que denunciam a violência vivida. *Escola Anna Nery, 15*(4), 678–685. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452011000400004>
- Villela, W., & Monteiro, S. (2005). Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. *Gênero e Saúde, 13*, 1-18.
- Virkki, T., Husso, M., Notko, M., Holma, J., Laitila, A., & Mäntysaari, M. (2015). Possibilities for Intervention in Domestic Violence: Frame Analysis of Health Care Professionals' Attitudes. *Journal of Social Service Research, 41*(1), 6–24. <https://doi.org/10.1080/01488376.2014.917449>
- WAFE. (1992). *Report to Home Affairs Committee Enquiry into Domestic Violence*. <https://committees.parliament.uk/committee/83/home-affairs-committee/news/154707/home-affairs-committee-launches-inquiries-into-rape-and-violence-against-women-and-girls/>
- Walker, E. A., Gelfand, A., Katon, W. J., Koss, M. P., Von Korff, M., Bernstein, D., & Russo, J. (1999). Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. *American Journal of Medicine, 107*(4), 332–339. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(99\)00235-1](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(99)00235-1)
- Warshaw, C. (1993). Limitations of the medical model in the care of battered women. In S. London (Ed.), Art, P. & Moran, E. (Eds), *Violence against Women: the bloody footprints*. SAGE Publications.
- Webster, J., Chandler, J., & Battistutta, D. (1996). Pregnancy outcomes and health care use: Effects of abuse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 174*(2), 760–767. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(96\)70461-1](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(96)70461-1)

- WHO. (1997). *Violence against women - A priority health issue*.
www.dronet.org/lineguida/ligu_pdf/women_vi.pdf
- WHO. (2012). *Putting women first: Ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. <https://doi.org/10.2307/1289898>
- WHO. (2001). *World Health Report. Mental health: New understanding and new hope*. World Health Organization, Geneva.
- Yin, R. (2015). *Case study research: design and methods - Applied social research methods series* (6th ed.-). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc..
- Yllö, K. E., & Bograd, M. E. (1988). Feminist perspectives on wife abuse. In I. Sage Publications (Ed.), *National Conference for Family Violence Researchers*, 2nd, 1984, U of New Hampshire, NH, US.
- Yüksel-Kaptanoğlu, I., Türkyilmaz, A. S., & Heise, L. (2012). What Puts Women at Risk of Violence From Their Husbands? Findings From a Large, Nationally Representative Survey in Turkey. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(14), 2743–2769. <https://doi.org/10.1177/0886260512438283>
- Zakar, R., Zakar, M. Z., Mikolajczyk, R., & Krämer, A. (2012). Intimate partner violence and its association with women ' s reproductive health in Pakistan. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 117, 10–14. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.10.032>
- Zelek, B., Phillips, S. P., & Lefebvre, Y. (1997). Gender sensitivity in medical curricula. *Cmaj*, 156(9), 1297–1300.

Anexos

Anexo 1 - Guião de entrevista às vítimas de violência doméstica

1. Fale-me um pouco de si. Como se descreveria, que características a definem?
2. E pensando um pouco na sua vida, quais foram os momentos que considera mais marcantes (seja pela positiva ou pela negativa).
3. O que é para si a violência? Como a descreve?
4. Quando é que a violência entrou na sua vida?
5. Que consequências teve a violência na sua vida? Como era a sua vida antes e como ficou depois dessa vivência da violência?
6. Costuma pensar nas causas, no que terá estado na origem da violência de que foi vítima?
7. Que consequências a violência teve na sua saúde e no seu bem-estar? E no dos seus filhos?
8. Como avalia a sua saúde, hoje? Sente que tem uma boa saúde?
9. Teve algum tipo de apoios no período de violência doméstica? Quem a apoiou e como avalia esses apoios? Foram suficientes? Adequados?
10. Alguma vez recorreu às unidades de saúde na sequência de algum episódio de violência?
11. Se sim, Como descreve essa experiência? Como pensa que correu o atendimento e a relação com os profissionais de saúde? Falaram na sua situação, enquanto vítima de violência?
12. Alguma vez, durante uma consulta médica ou um atendimento, um profissional de saúde a questionou sobre a possibilidade de ser vítima de violência?
13. Alguma vez pensou em contar a sua situação de violência a algum profissional de saúde?
14. Porque pensou nessa possibilidade/ ou porque não considerou essa possibilidade?
15. No seu entender, as instituições de saúde e os profissionais de saúde estão preparados para lidar com situações de violência doméstica?
16. Como pensa que será sua vida num futuro próximo? E como gostaria que fosse?

- Caracterização Sociodemográfica

Idade:

Situação conjugal:

N.º de filhos:

Escolaridade:

Profissão e Situação Profissional:

Anexo 2 – Contato com o Gabinete de Apoio à Vítima

Solange Franco <smoreirafranco@gmail.com>

22/02/20
17, 18:19

para Gabinete de Apoio à Vítima

Cara Coordenadora do Gabinete de Apoio à Vítima

Eu, Solange Moreira Franco, aluna de Doutoramento em Sociologia na Universidade da Beira Interior, venho por este meio solicitar a vossa colaboração para a realização do trabalho empírico na minha tese intitulada "Violência Doméstica", mais precisamente solicitar a vossa ajuda na identificação de famílias com esta problemática, de forma a ser possível posteriormente a aplicação de questionários e/ou entrevistas mantendo o anonimato das mesmas.

Na esperança de obter a vossa colaboração que em muito contribuirá para a concretização do presente projeto.

Com os melhores cumprimentos

Solange Franco

=====

Graça Rojão <gracarojao@gmail.com>

terça,
7/03/2017,
11:56

para Gabinete de Apoio à Vítima, mim, Gabinete de Apoio à Vítima

Cara Dra. Solange Franco,

Temos toda a disponibilidade para colaborar consigo e em investigações sobre um tema que nos diz tanto.

Precisaremos que nos diga, quando tiver essa questão definida, quais são, mais exactamente, as acções em que podemos ser úteis.

Um beijinho,

Graça Rojão

Rua Combatentes da Grande Guerra, 62
6200-020 Covilhã PT
tel e fax: +351 275335427 telm. +351 962858453

Anexo 3 – Guião da entrevista aos *focus group* (Profissionais de Saúde)

(Os *focus group* serão organizados com a participação de profissionais de saúde e dinamizados pela investigadora, que solicitará a gravação áudio dos mesmos. De sublinhar que a cada profissional de saúde será solicitado a assinatura do consentimento informado, onde serão considerados todos os procedimentos éticos, como a confidencialidade, o anonimato, a possibilidade de desistência enquanto participante a qualquer momento, onde se explicarão os objetivos do estudo, o modo como serão armazenados e tratados os dados e os fins a que se destina a investigação).

- **Perceções sobre género, violência de género e violência doméstica**

1 – Considera que ainda faz sentido falar em género e em desigualdades de género na sociedade portuguesa, atualmente? Porquê?

2- Como descreveria a situação das mulheres, em Portugal, no que ao equilíbrio de poder diz respeito?

3- Quando pensa em violência doméstica contra as mulheres, no que pensa? Que magnitude e relevância atribui ao problema?

- **Perceções sobre violência doméstica e saúde**

4 – Quais são, no seu entender, as principais causas da violência doméstica? E as principais consequências?

5- Conhece pessoalmente ou profissionalmente (clarificar se se trata de um dos casos ou de ambos) vítimas de violência doméstica? Como as descreveria?

6 –Consideram que existe alguma relação entre violência doméstica e saúde? Clarificar o tipo de relação.

- **Formação académica e profissional sobre género e violência de género**

7 – Durante a sua formação académica, teve alguma disciplina que analisasse e discutisse as questões de género, entre elas a violência doméstica? Em que medida acha importante a inclusão da análise desse conteúdo na formação académica de profissionais de saúde?

8 – Tem conhecimento da existência de alguma ação profissional sobre género ou violência doméstica no seu local de trabalho? Se sim, frequentou essa ação?

9 – Sente que tem os conhecimentos/competências necessários à assistência a vítimas de violência doméstica? Se não, quais gostaria de adquirir?

- **Prática profissional e intervenção em violência doméstica**

10 – Na sua instituição ou no seu serviço, existe algum modelo/protocolo escrito para identificação, avaliação e intervenção em vítimas de violência doméstica?

11 – Se não, que procedimentos são seguidos pelo profissional de saúde aquando da assistência a uma vítima de violência doméstica?

12 – Existe, na sua instituição, alguma equipa com formação específica para acompanhamento das pacientes vítimas de violência doméstica? Se não, existe trabalho em rede? Com que profissionais?

- **Prática profissional: orientação humanista/orientação biomédica**

13 - Qual é a sua principal preocupação quando dá assistência a uma potencial vítima de violência doméstica?

14 – Quais pensa serem as expectativas das mulheres vítimas de violência doméstica relativamente à relação que estabelecem com os profissionais de saúde? O que esperam elas de vocês?

15 – Quais são, no seu entender, as suas principais responsabilidades, enquanto profissional de saúde, no âmbito da assistência em saúde a vítimas de violência doméstica?

16 – Como atuaria perante a desconfiança de uma situação de violência doméstica quando a mesma não é denunciada ou assumida pela vítima?

17 - Quais são as maiores dificuldades que se colocam à vossa atuação no âmbito de situações resultantes de episódios de violência doméstica?

Caraterização dos participantes:

Profissão:

Idade:

Sexo:

Anos de experiência profissional:

Serviço:

Anexo 4 – Consentimento Informado

Solange Marina Fazenda de Almeida Moreira Franco, aluna de Doutorado em Sociologia, na Universidade da Beira Interior, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema: “A violência doméstica contra as mulheres e seus impactos na saúde. Da experiência das vítimas à intervenção dos profissionais de saúde”, vem solicitar a sua colaboração neste estudo. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer consequência, bastando para tal manifestar essa intenção junto da investigadora, aquando da recolha de dados, ou mesmo por mail, numa fase posterior, para o mail que se encontra no final deste documento. Informo ainda que a sua privacidade será respeitada, garantindo-se o anonimato e a confidencialidade dos dados. Os dados recolhidos destinam-se à realização da investigação e a possíveis publicações científicas que dela venham a resultar.

São os seguintes os objetivos da investigação:

- 1) Identificar os fatores que estão na origem de situações de violência doméstica contra as mulheres, no seu quotidiano, a partir do próprio ponto de vista de mulheres vítimas de violência doméstica.
- 2) Analisar o modo como os profissionais de saúde definem e constroem o fenómeno da violência doméstica e perceber em que medida essa compreensão influencia a sua prática profissional. (objetivo que envolve a participação dos profissionais de saúde das unidades selecionadas).
- 3) Compreender como as mulheres avaliam a saúde e bem-estar e em que medida esta autoavaliação é influenciada pela vivência e experiência da violência.

Este trabalho tem orientação da Professora Doutora Amélia Augusto, docente do Departamento de Sociologia, da Universidade da Beira Interior. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, sendo que uma das técnicas de recolha de dados selecionadas consiste na realização de entrevistas a mulheres vítimas de violência e de *focus group* com profissionais de saúde envolvidos na assistência a mulheres vítimas de violência doméstica. As sessões do *focus group* serão efetuadas em unidades de saúde. O número aproximado de participantes será definido em função da sua identificação, mas os *focus group* terão no máximo 8 participantes.

Se existir alguma dúvida ou questão que não tenha sido esclarecida neste pedido de consentimento informado, estou disponível para qualquer esclarecimento adicional:

smoreirafranco@gmail.com

Declaração de participante:

- *Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pela investigadora que assina este documento;*
- *Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*
- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada.*
- *Declaro ter-me sido garantido que posso desistir de participar a qualquer momento;*

Assim, depois de devidamente informado (a) e esclarecido(a) **autorizo a minha participação** neste estudo/projeto:

(localidade e data)

Nome:

Assinatura do Participante

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**, ficando o **participante informado e esclarecido**:

Nome do investigador

Assinatura

Anexo 5 – Carta de Pedido e Autorização

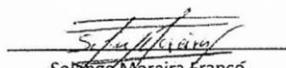
Covilhã, 26 de outubro de 2018

Exmo. Senhor
Dr. António José Santos Silva
Presidente do Conselho Clínico e de Saúde
Diretor Executivo do ACES Cova da Beira
Av. 25 de abril
6200-034 Covilhã

Eu Solange Marina Fazenda de Almeida Moreira Franco, aluna de Doutoramento de Sociologia na Universidade da Beira Interior, encontrando-me a elaborar o meu trabalho de investigação intitulado “Violência Doméstica contra as Mulheres e suas Consequências na Saúde: O Papel dos Profissionais de Saúde” vem por este meio solicitar autorização a V. Exa, para a possibilidade de aplicar instrumentos de recolha de dados (Entrevistas e Focus Group) com profissionais de saúde ligados a esta temática.

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,


Solange Moreira Franco

Autorizado, desde
que obtenha o parecer
favorável da Comissão
de Ética

ACES Cova da Beira
Presidente do Conselho
Clínico e de Saúde
(Prof. Doutor António José S. Silva)

Anexo 6 – Autorização do Conselho de Ética



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL PARECER DESFAVORÁVEL PARECER FAVORÁVEL APÓS RESSUBMISSÃO	DESPACHO: <i>Hausbrandt</i> <i>27062019</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P. <i>Rosa Reis Marques</i> Presidente, <i>Vitor Rodrigues</i> Vice-Presidente,
---	---

Estudo 93/2019 (2018)

ASSUNTO: Violência doméstica contra as mulheres e suas consequências na Saúde: papel dos profissionais de saúde

Trata-se de um estudo sobre a violência doméstica e sua percepção por parte das vítimas e por parte de profissionais de Saúde, com entrevistas estruturadas

Não é claro como as vítimas de violência doméstica serão seleccionadas e contactadas.

Não é claro como os profissionais de Saúde serão seleccionados e contactados para os "grupos focais"

Vitor Rodrigues

O pedido de ressubmissão, entretanto enviado responde adequadamente às questões colocadas

Coimbra, 24 de junho de 2019

O Relator

(Prof. Dr. Vítor Rodrigues)

Mário Ruivo
Vogal,
Luis Melina
Cobro!

