

ARTIGO ORIGINAL

Acta Med Port 2009; 22: 735-742

CRENÇAS E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS FACE À VIOLÊNCIA CONJUGAL

Estudos com Profissionais de Saúde, Polícias e Professores

Carla MACHADO, Marlene MATOS, ROSA SAAVEDRA, Olga CRUZ, Carla ANTUNES,
Márcia PEREIRA, Ana RATO, Isa PEREIRA, Cláudia CARVALHO, Liliana CAPITÃO

RESUMO

Este artigo apresenta um conjunto de investigações cujo objectivo foi caracterizar as crenças dos profissionais mais directamente implicados na resposta e prevenção da violência conjugal face a este fenómeno. Para tal, um instrumento de avaliação das crenças sobre a violência conjugal foi administrado a um conjunto de 226 profissionais de saúde, 85 agentes de segurança e 280 professores. Os resultados evidenciam uma tendência para a discordância moderada, nas três amostras estudadas, relativamente aos mitos e crenças legitimadoras do abuso conjugal. Subsistem, contudo, alguns mitos relacionados com a raridade do problema, a sua atribuição a causas externas e a protecção da privacidade familiar. Os sujeitos mais velhos e de sexo masculino exibem, tendencialmente, uma maior legitimação da violência.

SUMMARY**BELIEFS AND ATTITUDES OF PROFESSIONALS ABOUT MARITAL VIOLENCE
Studies with Health Professionals, Policemen and Teachers**

This article presents a set of three research projects that aimed to characterize the beliefs about marital violence of the professionals most directly implied in the response and prevention of this problem. A research questionnaire that evaluates beliefs about marital violence was administered to a sample of 226 health professionals, 85 law enforcement agents and 280 teachers. On the global results show a tendency to moderate disagreement with beliefs that legitimize this form of abuse. Some myths, however, persist in these samples, namely those related to the privacy of the problem, its rarity and attribution to external causes. Male and older subjects show, in general, higher levels of violence legitimization.

C.M., M.M., R.S., O.C., C.A.,
M.P., A.R., I.P., C.C., L.C: De-
partamento de Psicologia.
Universidade do Minho. Braga

© 2009 CELOM

INTRODUÇÃO

Ainda que a rede informal (e.g., amigos, familiares, vizinhos) continue a ser a primeira a quem a vítima de maus-tratos normalmente recorre, diferentes motivos podem conduzi-la a pedir apoio junto dos sistemas formais (e.g., polícias, hospitais). Harris et al (2001) concluíram que a maioria das mulheres, junto dos serviços em geral, deseja protecção, procura encontrar um local seguro, retirar o agressor de casa, aconselhar-se sobre como gerir as situações de violência, apresentar queixa ou receber tratamento médico para as lesões sofridas.

Apesar de tudo, a história da intervenção nos maus-tratos conjugais é recente. Até aos anos setenta não existiam respostas específicas para o problema (Berry, 2000). Desde então, os pedidos de ajuda dirigidos ao sistema formal foram-se multiplicando. Ao longo dos anos, a crescente participação criminal do fenómeno ilustra bem essa tendência: por exemplo no nosso país, entre 1999 e 2004, o crime de *maus-tratos, sobrecarga de menores, incapazes ou do cônjuge* registados pelas entidades policiais aumentou exponencialmente (de 3420 para 9022) (G.E.P.M.J., 2004)¹.

Esta nova realidade trouxe novas exigências à intervenção dos profissionais de ajuda, mas há dificuldades que persistem. A ilustrá-lo estão os estudos sobre a percepção que as vítimas de maus-tratos têm sobre as polícias, que revelam conclusões algo contraditórias. De acordo com Apsler et al (2003), as percepções sobre as polícias vão desde as muito negativas (e.g., Erez e Belknap 1998) até às muito positivas (e.g., Wiist e McFarlane 1998). De modo similar, Mears et al (2001), numa revisão sobre a eficácia da polícia, fazem referência a estudos que mostram que a sua intervenção pode traduzir-se uma redução significativa da revitimação, até outros estudos que mostram um aumento da mesma. Torna-se, portanto, urgente perceber melhor o que pode estar a contribuir para estas divergências (e.g., que tipo de intervenções são preconizadas pelos agentes?).

Para além das polícias, vários estudos internacionais sugerem que existe uma elevada probabilidade de uma mulher agredida recorrer aos serviços de saúde (Stark, 2001). Um conjunto de trabalhos relatados por Rodriguez et al documenta que as solicitações das mulheres maltratadas

se dirigem predominantemente aos serviços de emergência (31 a 54%) (Abbott et al, 1995; Dearwater et al, 1998), aos cuidados médicos indiferenciados (21 a 66%) (Hamberger et al, 1992; Jonhson et al, 1997) e ao apoio médico pré-natal (20%) (McFarlane et al, 1992). Uma evidência dos estudos na área é, porém, inquietante: uma percentagem muito significativa das vítimas de maus-tratos conjugais adopta uma postura de não revelação da violência experimentada. Por exemplo, em Portugal, daquelas que recorreram aos hospitais, 30% não revelaram ao médico a violência como motivo da consulta (Lisboa et al, 2003). As conclusões de vários estudos internacionais, referenciados por Rodriguez et al (1999), vão no mesmo sentido: menos de 15% das utentes mencionam ter revelado o abuso aos profissionais de saúde ou ter sido questionadas acerca dele (e.g., Cataliso et al, 1997; Friedman et al, 1992; Plichta et al, 1996). De entre os diferentes motivos que concorrem para essa ocultação do abuso (e.g., não reconhecimento pela vítima dos actos sofridos como abusivos, receio face à exposição), alguns estudos documentam as dificuldades dos profissionais de saúde intervirem no problema. Burge (1989) e Koss et al (2001) relata que alguns médicos, por diferentes motivos, não se sentem responsáveis por gerir esta situação: alguns não a consideram um problema médico, logo não resolúvel por soluções médicas; outros não contemplam nas suas avaliações o contexto da utente, dando mais importância às queixas físicas e negligenciando a esfera marital e social em que estas se inscrevem; por fim, as próprias atitudes e crenças sustentadas por alguns técnicos face à mulher maltratada (e.g., *provocação* da mulher) impedem-nos de intervir com eficácia (Warshaw, 1993; Koss et al, 2001). Para além destas, outras razões têm sido relatadas pelos profissionais de saúde para não questionarem sobre o abuso: o *medo de ofender*, demonstrando desconforto face a temas culturalmente visto como privados; a *tiranía do tempo*, ou o sentimento de incapacidade (Sugg et al, 1992; Koss et al, 2001). Warshaw (1993) e Koss et al (2001) acrescentam também o facto de alguns médicos não se sentirem familiarizados com a temática e de não terem uma resposta para *prescrever*.

Assim sendo, alguns autores (Stark e Flitcraft, 1979; Campbell, 1998) alertam para a possibilidade de os serviços de saúde, por um lado, poderem conferir à vítima poder para gerar mudanças qualitativas importantes na sua vida mas, por outro, poderem também constituir-se como mais um contexto de vitimação. A documentar esta última possibilidade, um conjunto de investigações referenciadas por Stark (2001) revela conclusões preocupantes: estima-se que apenas um em cada vinte casos sejam correcta-

¹ Estima-se, porém, que o número de pedidos de ajuda seja porventura muito superior: só à APAV, no ano de 2004, recorreram cerca de 12539 vítimas de violência doméstica (na quase totalidade mulheres).

mente sinalizados em termos de indícios e sequelas resultantes de agressões perpetradas pelo parceiro. No mesmo sentido, Kurz e Stark (1990), num estudo desenvolvido junto de hospitais americanos em que foram observadas 98 interações entre vítimas e profissionais de saúde, sinalizaram a ineficácia das respostas médicas face a este fenómeno: embora a maioria dos médicos declarasse que este é um problema médico legítimo, possuísse informação acerca do fenómeno, e até considerasse a identificação dos maus tratos como uma das suas funções, foram evidentes posturas desajustadas face ao problema (e.g., denegando, relativizando a sua importância), resultando em atitudes negligentes. Outros profissionais revelaram sentir-se desconfortáveis em questionar sobre o abuso ou consideravam essa tarefa uma invasão de privacidade. Neste estudo, prevalecia ainda a concepção das mulheres vítimas como *evasivas e repetitivas* (e.g., não agem em direcção à mudança), resultando na sua responsabilização pela perpetuação do problema, aumentando assim a probabilidade de estas se sentirem como o problema e entenderem a intervenção médica como punitiva.

Há outras evidências de que as crenças de tolerância face aos maus-tratos conjugais podem interferir junto daqueles que intervêm formalmente na violência na intimidade. Por exemplo, Ptacek (1988), a partir de uma análise de textos escritos por profissionais que intervêm directamente com maltratantes conjugais (e.g., assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras), expõe um conjunto de exemplos que consideram a *perda de controlo* e a *provocação da parceira* como formas de explicar a ocorrência de violência. Para o autor, estas justificações contribuem para preservar as atitudes culturais que mantêm a violência na intimidade e, a nosso ver, acabarão provavelmente por contaminar e moldar as práticas daqueles que as sustentam.

Em síntese, torna-se fundamental a consciencialização e sensibilização dos profissionais (e.g., da justiça, da saúde e da educação) para a gravidade deste fenómeno e para a necessidade de o prevenir e de proporcionar às suas vítimas respostas adequadas. Neste sentido, considerámos prioritário compreender as atitudes dos profissionais sobre esta problemática, perceber quais as crenças subjacentes à sua actuação e identificar as dimensões da legitimação social destas condutas abusivas que poderão ser – apesar da mudança social em curso – mais resistentes à desconstrução e mais persistentes no discurso técnico.

MATERIALE MÉTODOS

Profissionais de Saúde

A amostra de profissionais de saúde envolveu 226

sujeitos, 79,1% dos quais de sexo feminino. Apresentavam uma média de idades de 38.8 anos, com desvio padrão de 10.55. 69% eram enfermeiros e 31% médicos. Exerciam a sua actividade profissional no Norte do País, na sua maioria em contexto de centro de saúde (60.5%), estando também representado o contexto hospitalar (27.0%) e da medicina privada (12.4%).

Agentes de segurança

A amostra dos agentes de segurança compreendeu 85 sujeitos, sendo 92.9% do sexo masculino, com uma média de idades de 41.9 e desvio padrão de 6.3. A amostra foi constituída por dois subgrupos: um grupo de militares da GNR (composto por 25 sujeitos do sexo masculino) e um grupo de agentes da PSP (60 sujeitos, dos quais 54 do sexo masculino e seis do sexo feminino), ambos da região de Braga.

Professores

A amostra dos professores incluiu 280 sujeitos, docentes em cerca de 20 escolas do ensino básico e secundário do Norte do País. Destes, 80% são do sexo feminino. A média de idades da amostra era de 36.2 anos, com um desvio padrão de 9.1.

Instrumentos

Neste estudo utilizámos a ECVC – Escala de Crenças sobre a Violência Conjugal (Machado C et al 2006). Este questionário é composto por um total de 25 itens, crenças comuns sobre a violência conjugal, face aos quais os sujeitos se devem posicionar em termos de grau de concordância/discordância. As opções de resposta encontram-se formuladas numa escala do tipo Likert de cinco pontos (em que 1 corresponde a *discordo totalmente*; 2 a *discordo*; 3 a *não concordo nem discordo*; 4 a *concordo*; e 5 a *concordo totalmente*).

A escala revela uma elevada consistência interna calculada através do coeficiente *alpha* de Cronbach (0.93). A análise factorial da escala revela que ela é composta por quatro factores que explicam 56% da variância dos resultados: factor 1 – *legitimação e banalização da pequena violência*, factor 2 – *legitimação da violência pela conduta da mulher*, factor 3 – *legitimação da violência pela sua atribuição a causas externas* e factor 4 – *legitimação da violência pela preservação da privacidade familiar*.

Procedimentos

Foram pedidas as necessárias autorizações institucionais para a realização deste estudo nos seus vários contextos. A recolha dos dados ocorreu sempre num único mo-

mento de avaliação. A participação foi, em todos os casos, voluntária e a confidencialidade foi assegurada. Os sujeitos foram previamente informados acerca do objectivo do estudo a realizar e foi explicitada a importância da contribuição dos mesmos para compreender melhor a percepção dos profissionais de ajuda relativamente à violência conjugal. Não houve tempo limite para a resposta ao questionário utilizado.

Tanto no caso dos profissionais de saúde como dos agentes policiais, sujeitos mais graduados (e.g., directores de serviço, enfermeiras-chefe, chefes) funcionaram como mediadores da distribuição dos questionários pelos profissionais sob sua supervisão. No caso dos professores, os dados foram recolhidos no contexto de acções de sensibilização-informação sobre violência doméstica e sexual promovidas no âmbito do projecto IUNO (APAV, 2006).

RESULTADOS

Atitudes Face à Violência Conjugal

No seu conjunto, as respostas assinaladas pelos participantes do estudo evidenciam uma tendência no sentido da discordância moderada quanto ao conjunto dos mitos legitimadores da violência conjugal estudados pelo questionário usado. Para uma pontuação que pode variar entre 25 e 125 no ECVC, as médias de resposta foram de 43.5 nos profissionais de saúde (SD = 10.99), 55.0 na amostra de agentes de segurança (SD = 13.65) e 39.4 nos professores (SD = 9.84). Estes valores são idênticos (no caso dos policiais) ou inferiores (nas outras duas amostras) aos resultados obtidos com uma amostra representativa das famílias portuguesas (X = 52.7; SD = 15.5) da região Norte (Machado C 2005), parecendo indicar uma baixa tolerância à violência entre os grupos estudados. Esta tendência mantém-se em relação a cada um dos factores que integram o questionário.

Apesar destes resultados, há um conjunto de mitos legitimadores da violência que recebem considerável acordo entre os grupos estudados. Destacamos crenças que minimizam e localizam socialmente este problema, tais como a ideia de que *o problema dos maus tratos dentro do casamento afecta uma pequena percentagem da população* (50,6% de acordo no grupo policial e 14,7% nos profissionais de saúde), de que *os maus tratos só ocorrem quando há outros problemas dentro da família, como desemprego, consumo de drogas, problemas de dinheiro*

Quadro 1 – Comparação das médias na ECVC segundo o sexo e o grupo profissional

	Professores	Profissionais Saúde
Homens	N = 47; X = 43.3; SD = 10.75	N = 45; X = 49.6; SD = 12.00
Mulheres	N = 218; X = 38.6; SD = 9.40	N = 174; X = 41.9; SD = 10.17
t test	t = -2.99; df = 263; p = 0.003	t = 4.33; df = 217; p = 0.000

(36,4% de acordo no grupo policial, 9,3% nos profissionais de saúde) e de que *a causa da violência é o abuso de álcool* (28,3% nos agentes de segurança e 14,7% nos profissionais de saúde).

Por sua vez, especificamente entre os profissionais de segurança, os itens que remetem para a não intervenção externa na violência conjugal e para o valor da privacidade familiar reúnem um acordo significativo, ainda que minoritário: *em casos de violência conjugal, a polícia deve apenas tentar acalmar os ânimos e reconciliar o casal* (32,9% de acordo), *a violência conjugal é um assunto privado; deve ser resolvido em casa* (22,4%) e *entre marido e mulher ninguém deve meter a colher* (16,5%).

Atitudes e variáveis socio-demográficas

Procurámos de seguida identificar o sentido de variação dos resultados quando associados a algumas dimensões socio-demográficas, tais como o sexo dos profissionais, a sua idade e a sua formação profissional específica.

Sexo

À excepção das forças policiais, nas quais a reduzida presença de mulheres não permitiu testar a influência desta dimensão, tanto no grupo dos profissionais de saúde (t = 4.33; p < 0.001) como no dos professores (t = -2.99; p < 0.01), os homens manifestaram maior adesão aos mitos legitimadores da violência.

Idade

Tanto na amostra dos profissionais de saúde (r = 0.307; p < 0.001) como na dos agentes de segurança (r = 0.307; p < 0.01), encontramos correlações positivas entre a idade dos sujeitos e o seu grau de legitimação da violência. Salientamos, contudo, dada a fraca magnitude da correlação, o seu reduzido poder explicativo face à variância dos resultados.

Já no caso dos professores, não foram encontradas correlações significativas entre estas variáveis (r = 0.043, p > 0.05).

Grupos Profissionais

Para uma compreensão mais detalhada dos resultados

Quadro 2 – Comparação das médias na ECVC segundo o grupo profissional

		ECVC	T test
Agentes Segurança	GNR	N = 25; X = 48.7; SD = 12.55	t = -2.86; df = 83; p = 0.005
	PSP	N = 60; X = 57.6; SD = 13.32	
Profissionais Saúde	Médicos	N = 68; X = 43.85; SD = 11.2	t = 0.430; df = 213; p = 0.668
	Enfermeiros	N = 147; X = 43.16; SD = 10.98	

exerce um papel de triagem face às mesmas, e é frequentemente chamada a casa das vítimas como forma de *controlar os ânimos dos ofensores*. A estas funções de triagem e mediação acrescentam-se os papéis de apoio e encami-

testámos também as diferenças intra-grupo, no caso dos profissionais de saúde, comparando médicos e enfermeiros e, no caso dos profissionais de segurança, comparando agentes da PSP e da GNR.

Encontrámos diferenças significativas entre PSP e GNR, com valores de legitimação da violência sistematicamente inferiores neste segundo grupo de agentes ($t = -2.86; p < 0.01$). Por sua vez, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos de profissionais de saúde estudados ($t = 0,430; p = 0,67$).

DISCUSSÃO

A atitude pouco tolerante dos profissionais por nós estudados perante a violência conjugal está de acordo com o que indicam outros estudos conduzidos neste domínio. Apesar de serem escassos os trabalhos neste âmbito, alguns (e.g., Cann et al, 2001) indicam que os profissionais de ajuda, nomeadamente na área da saúde, encaram a violência como um problema sério do foro público. Há, contudo, outros estudos já referenciados na introdução que revelam – tal como ocorreu neste trabalho – que, apesar desta atitude geral, os profissionais de apoio ainda partilham algumas crenças legitimadoras destas condutas abusivas e que existe interferência de algumas dessas crenças nas práticas adoptadas face às vítimas. Por exemplo, um estudo de Roberts et al (1997) verificou que os profissionais cometem falhas na detecção e encaminhamento de casos de violência devido a crenças erróneas sobre as suas origens, a uma visão estereotipada das vítimas, à valorização da privacidade das famílias e também devido a uma avaliação moral das vítimas. Assim, ainda que os nossos resultados sejam positivos ao identificarem níveis globalmente baixos de legitimação da violência, não será de minimizar a presença deste tipo de atitudes e a necessidade da sua erradicação, sobretudo na amostra onde se encontravam mais presentes, a dos agentes policiais.

Efectivamente, a polícia é muitas vezes a primeira instituição a atender as vítimas de violência familiar: recebe denúncias e queixas que poderão seguir para Tribunal,

exercendo um papel de triagem face às mesmas, e é frequentemente chamada a casa das vítimas como forma de *controlar os ânimos dos ofensores*. A estas funções de triagem e mediação acrescentam-se os papéis de apoio e encaminhamento destas vítimas, muitas vezes solicitados aos policiais. Contudo, parece subsistir uma tendência para minimizar este tipo de crimes, bem como alguma relutância em intervir nestas situações, por ser considerado que estas deveriam ser resolvidas no âmbito familiar e não a nível institucional (Machado et al, 2006). Por outro lado, a relutância da polícia em agir tem também sido associada às crenças de que frequentemente as próprias vítimas não querem apresentar queixa, as costumam retirar e faltam aos procedimentos no Tribunal, dando origem ao arquivamento dos processos (ibidem), crenças que parece estar associadas à dificuldade em compreender a complexidade do laço que une ofensor e vítima e a ambivalência quase sempre típica destas situações.

Não é, contudo, apenas entre a amostra policial que estão presentes crenças eventualmente perturbadoras do potencial de apoio à vítima. Apesar de, como já se disse, se estimar uma elevada taxa de procura dos serviços de saúde e de serem significativos os indicadores sobre os custos sociais e médicos deste problema (Lisboa et al, 2003; Stark, 2001; Wilson, 1997), alguns estudos evidenciam que os médicos não parecem estar conscientes da disseminação da violência conjugal, acreditando, tal como ocorreu no estudo aqui apresentado, que a mesma é pouco frequente (Koss et al 2001). De forma também coincidente com este estudo, uma investigação qualitativa desenvolvida com médicos (Cruz et al 2007) revelou que aqueles tendiam a privilegiar as explicações intra-individuais para o abuso, como sejam o abuso de álcool e outras drogas, as situações de psicopatologia (e.g., depressão) ou os traços de personalidade (e.g., agressividade).

Por outro lado caberá também não esquecer a necessidade de traduzir a postura aparentemente mais crítica e menos tradicional da classe docente em atitudes efectivas de informação e debate sobre estas problemáticas, ainda relativamente raras no contexto escolar e quase sempre promovidas por entidades externas à própria escola (e.g., APAV, 2006).

Esta necessidade de alteração atitudinal é, como os estudos apresentados evidenciam, particularmente signi-

ficativa entre os homens. Estes são, tendencialmente, mais legitimadores da violência, quer nas amostras aqui estudadas quer na população em geral (Machado C 2005). Especificamente no que concerne à relação entre sexo e atitudes dos profissionais, trabalhos conduzidos com profissionais de saúde evidenciaram uma maior refutação por parte das médicas de ideias como o masoquismo feminino, ou da culpabilidade das vítimas, ao mesmo tempo que sustentavam mais a noção de que a violência não é justificável e se preocupavam mais com a utilidade da sua intervenção (Easteal et al 1992, Koss et al 2001).

Finalmente, esta mudança atitudinal também parece ser especialmente necessária entre os profissionais mais velhos, o que é também um resultado concordante com o verificado na população adulta normativa portuguesa (Machado, 2005). O mesmo sucede nos estudos com profissionais, tais como os conduzidos por Fikree et al (2004) e Easteal et al (1992). Estes últimos, em particular, referem que os profissionais de saúde com mais anos de serviço apresentam atitudes mais conservadoras sobre as causas da violência conjugal e sobre o papel dos médicos na prevenção. Assim, demonstram maior probabilidade de crer que a violência é por vezes aceitável, que as mulheres por vezes provocam os seus maridos, que este é um assunto privado e que na sua tarefa como médicos este problema não é central, nem o seu papel envolve aconselhar ou encaminhar a vítima (remetendo-se para a prescrição farmacológica para lidar com os sintomas).

A nosso ver, este tipo de dados poderá resultar do facto de os profissionais mais novos terem crescido num contexto social onde se assiste a uma consciência cada vez maior dos direitos humanos, da importância da paridade nas relações íntimas e dos efeitos nefastos da violência (psicológicos, sociais e de saúde). Paralelamente, a inclusão recente de alguns destes temas nos *curricula* de algumas formações superiores (no âmbito da formação de polícias e de agentes de saúde, entre outros) também poderá estar a contribuir para a mudança atitudinal e, consequentemente, para uma maior eficácia dos profissionais, à semelhança do que a literatura internacional tem vindo a sustentar (Hamberger 2007).

CONCLUSÃO

Actualmente considerada por muitos autores (NCADV, Berry, 2000) um *assunto criminal, ético, político, sistémico, económico, de escolhas, de saúde, de segurança e de socialização* (p. 11), a intervenção nos maus-tratos conjugais exige um trabalho multinível (Dobash et al 1998) e interdisciplinar.

A diversificação e a ampliação dos recursos e das medidas disponíveis em diversos países, entre os quais Portugal, resultam provavelmente de uma maior consciência social, política e científica face ao fenómeno.

Em síntese, ainda que pareçamos estar no bom caminho no sentido da mudança atitudinal necessária para que os espaços de apoio e escuta da vítima se constituam efectivamente em contextos de *empowerment* (Campbell, 1998), há ainda esforços significativos a fazer no sentido de erradicar crenças que possam culpabilizar a vítima ou inibi-la de procurar apoios ou de planear mudanças na sua vida. Em particular, os nossos dados parecem sugerir a necessidade de contrariar os estereótipos ainda existentes sobre a raridade deste problema ou a sua circunscrição a famílias caracterizadas por outras *chagas* sociais (pobreza, alcoolismo), bem como as noções que parecem ainda solidamente alicerçadas sobre a primazia da privacidade das famílias, mesmo quando estas são palco de um crime contra os direitos humanos.

Para tal, os profissionais de ajuda e prevenção terão que ser ajudados a atender, não só às queixas físicas e às lesões visíveis, mas também ao contexto psicológico e social em que os maus tratos ocorrem, já que é este que confere sentido às vivências, respostas e receios das vítimas, por vezes menos inteligíveis para quem tem uma leitura mais imediatista deste problema. Neste sentido, a formação continuada destes profissionais, a capacitação efectiva dos serviços (técnica e material) e a criação de manuais de boas práticas que proporcionem orientações e substanciem compromissos institucionais encontram-se entre as medidas que urge adoptar. A investigação internacional (e.g., Eastel et al 1992) documenta justamente que uma formação específica no domínio dos maus tratos conjugais se traduz numa atitude de maior responsabilização do agressor, de maior empatia face à condição da vítima, de maior valorização profissional e de maior sentido de auto-eficácia quando se trata de intervir neste contexto. A corroborar esta ideia, um outro estudo do *National Institute of Justice* revelou a necessidade de os profissionais da justiça alterarem algumas das suas concepções acerca da violência na intimidade para conseguirem perceber as complexidades envolvidas e, consequentemente, responderem com eficácia (Wilson 1997).

Para finalizar, reforçando estas conclusões, sublinhamos ainda que a investigação mostra claramente que os comportamentos de procura de ajuda por parte das vítimas, independentemente da forma que estes assumam (e.g., denúncia, revelação), estão dependentes da qualidade dos seus contactos prévios com o sistema (Lewis et al 1997; Rigakos 1997, cit. Fleury 2002).

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA SELECCIONADA

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima: Relatório de actividades do projecto IUNO. Lisboa 2006

BERRY DB: The domestic violence sourcebook. Lowell House: Illinois 2000

CAMPBELL JC: Making the health care system an empowerment zone for battered women: Health consequences, policy recommendations, introduction and overview. In J. C. Campbell (Ed.), Empowering survivors of abuse. Thousand Oaks: Sage 1998;pp 3-22

CANN K, WITHNELL S, SHAKESPEARE J, DOLL H, THOMAS J: Domestic violence: A comparative survey of levels of detection, knowledge and attitudes in healthcare workers. Public Health 2001;115:89-95

CRUZ O, MATOS M, MACHADO C: Percepciones y prácticas de los médicos sobre la violencia en la intimidad. In R. Arce, F. Fariña, E. Alfaro, C. Civera, & F. Tortosa (Eds.), Psicología jurídica. Violencia y víctimas València: Colección Psicología y Ley, nº 4, Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense 2007;pp 117-128

DOBASH RE, DOBASH R: Rethinking violence against women. Thousand Oaks: Sage 1998

EASTEAL PW, EASTEAL S: Attitudes and practices of doctors toward spouse assault victims: An Australian study. Violence and Victims 1992;7:217-227

FIKREE FF, JAFAREY SN, KOREJO R, KHAN A, DUROCHER JM: Pakistani obstetrician's recognition of and attitude towards domestic violence screening. Intl J Gynaecol Obstet 2004;87:59-65

FLEURY RE, SULLIVAN CM, BYBEE DB: When ending the relationship does not end the violence. Violence Against Women 2000;6(12):1363-83

HAMBERGER LK: Preparing the next generation of physicians: Medical school and residency-based intimate partner violence curriculum and evaluation. Trauma Violence Abuse 2007;8(2):214-225

HARRIS SM, DERSCH CA: *I'm just not like that*: Investigating the intergenerational cycle of violence. Family J: Counselling and Therapy for Couples and Families 2001;9(3):250-8

KOSS MP, INGRAM M, PEPPER SL: Male partner violence: Relevance to health care providers. In A. Baum, T. A. Revenson & J. E. Singer, Handbook of health psychology Lawrence Erlbaum Associates 2001;pp.541-557

LISBOA M, CARMO I, VICENTE L, NÓVOA A: Os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres. Lisboa: CIDM. 2003

MACHADO C: Violência nas famílias portuguesas. Um estudo representativo na região Norte. Psychologica 2005;39:173-194

MACHADO C, GONÇALVES M, MATOS M: Escala de Crenças sobre Violência Conjugal e Inventário de Violência Conjugal. Escalas de avaliação e manual. Braga: Psiquilíbrios 2006

MEARS DP, CARLSON MJ, HOLDEN GW, HARRIS SD: Reducing domestic violence revictimization: The effects of individual and contextual factors and type of legal intervention. J Interpersonal Violence 2001;6(12):1260-83

PTACEK J: Why do men batter their wives? In K. Yllö & M. Bograd (Eds.), Feminist perspectives on wife abuse. Newbury Park: Sage 1988;pp. 181-196

ROBERTS GL, LAWRENCE JM, O'TODE B, O'BRIEN D: Impact of an education program about domestic violence on nurses and doctors in an Australian emergency department. J Emerg Nurs 1997;23:220-7

RODRIGUEZ MA, BAUER HM, MCLOUGHLIN E, GRUMBACH K: Screening and intervention for intimate partner abuse. J Am Med Assoc 1999;282:468-474

STARK E: Health interventions with battered women: From crisis intervention to complex social prevention. In C.M. Renzetti, J.L. Edleson & R.K. Bergen (Eds.), Sourcebook on violence against women. Thousand Oaks: Sage 2001;pp.345-369

WILSON KJ: When violence begins at home. CA: Hunter House Publishers 1997



Universidade do Minho, Braga