

Maria de La Salette Esteves Calvinho

*Violência conjugal contra a mulher.
Representações sociais e práticas dos
profissionais de saúde face às mulheres vítimas.*

Tese de Doutoramento em Psicologia
Especialidade em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Natália Ramos



AbERTA
www.uab.pt

Universidade Aberta

Lisboa, 2013

AGRADECIMENTOS

O percurso que culmina com a concretização de um trabalho desta natureza é longo, solitário e com ânimos e desânimos, pelo que todo o apoio, compreensão e colaboração ao longo do caminho foram inestimáveis, inesquecíveis pela gratidão que sinto pelas muitas pessoas que comigo já estavam e com as que me cruzei.

Começo por agradecer à Professora Doutora Natália Ramos, que orientou este trabalho com entusiasmo e prestimosa orientação. Ao longo do nosso trajecto foi importante o seu estímulo e suporte.

Agradeço ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE por ter autorizado o estudo, permitindo o acesso aos participantes. Pela disponibilidade com que sempre fui recebida por todos no “pisso 8” o meu agradecimento.

Aos Directores de serviço, aos Enfermeiros chefes, aos Coordenadores das unidades na comunidade que cortês e prontamente me receberam e colaboraram na divulgação, envolvimento das equipas e me facilitaram o acesso aos profissionais participantes neste estudo. Aos funcionários administrativos pela gentileza e atenção.

Aos enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais que connosco partilharam anos de saberes e vivências tornando possível este momento. Com cada um aprendi um pouco mais e com muitos me inspirei, me motivei e orgulhei de pertencer a essa imensa classe de profissionais de saúde, que tanto dão à profissão e aos utentes e tanto mais gostariam e procuram dar. A todos, dirijo um caloroso agradecimento, pela gentileza e simpatia com que me receberam, pela disponibilidade e histórias partilhadas.

À Miriam Ross que colaborou comigo no tratamento de parte dos dados, contribuindo com a sua experiência e conhecimento com o programa informático *Tri-Deux-Mots*. Pelo rigor, esclarecimentos e partilha que me dispensou e que com gratidão não esquecerei.

À Manuela Cerqueira um agradecimento especial pela colaboração no tratamento e análise dos dados. Colega de trabalho que me dispensou saber e experiência, amiga que me animou e apoiou.

À Aurora Pereira pelas contribuições na validação do tratamento e análise dos dados e pelo estímulo e amizade. A ambas agradeço as contribuições proporcionadas pelas suas análises.

Ao Carlos Jorge agradeço a imagem da capa, já oferecida para a capa da dissertação de mestrado.

Aos amigos e colegas docentes e não docentes pelos estímulos, pelas advertências, pelos sorrisos, pelos abraços, pelas pequenas grandes ajudas e por terem acreditado, por vezes mais que eu, e me terem encorajado. Não vos nomeio mas cada um sabe quem é!

À minha *micro e macro* família, porque não existem palavras para os olhares, os sorrisos, os afectos e emoções partilhadas em todos e tantos momentos em família, de perda, de nascimento, de casamento, de emigrações, de uma refeição e dos domingos em conjunto.

À minha irmã e irmão, por o serem e terem trazido pessoas maravilhosas para a minha vida. Aos meus sobrinhos João, Rodrigo e Filipa e ao que vem a caminho por serem mimos, alegria e esperança!

Aos meus pais, que contribuíram para ser quem sou. Ao meu pai que já não teve tempo para viver o fim desta etapa mas que está sempre presente onde mais importa e à minha mãe, matriarca inspiradora, pelo apoio e estímulo. Esta tese é-vos também dedicada!

O carinho e a presença das minhas filhas nestes anos de trabalho foram bálsamo e motivação. Às duas dirijo um agradecimento muito especial, pela compreensão dos muitos momentos adiados, por me aturarem as irritações no quotidiano quando o cansaço era maior que eu, pelos estímulos dados, pelos sorrisos, alegria, beijos e abraços e por acreditarem que este momento chegaria!

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde classifica a violência conjugal contra a mulher como um problema e uma prioridade de saúde pública pelo que os profissionais de saúde devem intervir ao nível da prevenção, do diagnóstico, do acompanhamento e encaminhamento da mulher com alterações na saúde secundárias à violência (OMS, 1996; WHO, 2002). A violência conjugal contra a mulher é responsável por grande morbilidade, aumento dos casos de mortalidade e pode ter consequências permanentes para a mulher e sociedade, com mais consumo de recursos de saúde e mais propensão a comportamentos de risco para a saúde. As mulheres vítimas manifestam dificuldades para solicitar o apoio dos profissionais de saúde, nomeadamente por processos psicológicos complexos de reacção à violência mas, também por falta de condições e confiança para abordar o assunto com os profissionais. Face a estes pressupostos delineamos um desenho de investigação centrado no paradigma qualitativo, do tipo estudo de caso e ancorado na teoria das representações sociais, com os seguintes objectivos: conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde, que contactam com mulheres vítimas de violência conjugal, sobre a violência conjugal contra a mulher; analisar a articulação entre os diversos profissionais de saúde que atendem mulheres vítimas de violência conjugal. Colaboraram no estudo enfermeiros (as), médicos (as), psicólogas e assistentes sociais, a exercer em contexto de prestação de cuidados de saúde na comunidade e no hospital. Utilizou-se como técnicas de recolha de dados a entrevista semi-estruturada e a técnica da associação livre de palavras (TALP). Os resultados apontam para a necessidade de formação específica sobre a questão da violência conjugal e em comunicação em saúde destes profissionais, assim como de políticas públicas adequadas. Salientam também a necessidade de recursos de saúde e de uma intervenção articulada com os outros recursos da comunidade para a prevenção, diagnóstico e encaminhamento das mulheres vítimas de violência conjugal.

ABSTRACT

The World Health Organization classifies domestic violence against women as a problem and a public health priority therefore the health professionals should be involved in the prevention, diagnosis, monitoring and referral of women with health alterations secondary to violence (WHO, 1996; WHO, 2002). Conjugal violence against women is responsible for much morbidity, increased mortalities and it can have permanent consequences for the woman and the society, with more consumption of health resources and more prone to risky behavior to health. The women victims manifest difficulties to ask for the support of health professionals, namely through complex psychological processes of reaction to violence but also by lack of conditions and confidence to approach the subject with the professionals. Given these assumptions, we outlined a design of research focused on qualitative paradigm, case study type and grounded in the theory of social representations, with the following objectives: to know the social representations of health professionals, who come into contact with women victims of domestic violence, about domestic violence against women, to analyze the articulation between the various healthcare professionals who assist women victims of conjugal violence. Nurses, doctors, psychologists and social workers, who are practicing in the context of providing health care in the community and in hospital, collaborated in the study. The semi-structured interview and free association of words technique were used as gathering data techniques. The results point to the need for specific training on the issue of domestic violence and health communication of these professionals, as well as appropriate public policies. They also emphasize the need for health care resources and a coordinated intervention with other community resources for the prevention, diagnosis and referral of women victims of conjugal violence.

RÉSUMÉ

L'Organisation Mondiale de la Santé classifie la violence conjugale contre la femme comme un problème et une priorité de Santé Publique, pour lequel les professionnels de santé doivent intervenir au niveau de la prévention, du diagnostic, de l'accompagnement et de l'acheminement de la femme à la santé mise en cause par la violence (OMS 1996; WHO, 2002). La violence conjugale contre la femme est responsable d'une grande morbidité, d'une augmentation de cas de mortalité et peut avoir des conséquences permanentes pour la femme et la société, avec plus de recours aux prestations de santé et une plus grande propension à des comportements de risque pour la santé. Les femmes victimes ont des difficultés à solliciter l'aide des professionnels de santé, notamment en raison de processus psychologiques complexes de réaction à la violence, mais aussi par manque de moyens et de confiance pour aborder le sujet avec les professionnels. Face à ces hypothèses, nous avons délimité une conception de la recherche centrée sur le paradigme qualitatif, du type étude de cas, et ancrée dans la théorie des représentations sociales avec les objectifs suivants: connaître les représentations sociales des professionnels de santé, en contact avec des femmes victimes de violence conjugale, sur la violence conjugale contre la femme; analyser l'articulation entre les divers professionnels de santé qui reçoivent des femmes victimes de violence conjugale.

Ont collaboré à cette étude, des infirmiers(ères), des médecins, des psychologues et des assistantes sociales, qui exercent dans les milieux de prestations de soins communautaire et hospitalier. Les techniques de collecte de données utilisées ont été l'entretien semi-structuré et la technique de libre association des mots. Les résultats démontrent un besoin de formation spécifique sur la question de la violence conjugale, et de communication entre ces professionnels, ainsi que de politiques publiques adéquates. Ils soulignent aussi le besoin en recours de santé et d'une intervention articulée avec les autres recours communautaires pour la prévention, le diagnostic et l'acheminement des femmes victimes de violence conjugale.

SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

AAV – Associações de apoio à vítima

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ADN – Ácido desoxirribonucleico

AMVC - Associação de Mulheres Contra a Violência

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CE - Conselho da Europa

CS – Cuidados de saúde

CSC – Cuidados de saúde na comunidade

CSH – Cuidados de saúde hospitalares

DGS – Direcção Geral da Saúde

EPS – Educação para a saúde

EU – União Europeia

EWL – European Women Lobby

Fig. - Figura

GAF – Gabinete de atendimento à família

Gráf. - Gráfico

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

IML – Instituto médico legal

LEF - Lobby Européen des Femmes

Nº - Número

Nº Ref. – Número de referências

OMS – Organização Mundial de Saúde

OMA – Observatório das mulheres assassinadas

ONG – Organização não governamental

ONU – Organização Nações Unidas

ONVG – Observatório Nacional de Violência e Gênero

Pág. - Página

RC VCM – Recursos comunitários específicos no apoio à vítima de violência conjugal

RH – Recursos humanos

RS – representações sociais

SU – Serviço de Urgência

TALP – Técnica da associação livre de palavras

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

VD – Visita domiciliária

VIH/SIDA – Vírus Imunodeficiência humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

UCC -Unidade de cuidados na comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

ULSAM, EPE - Unidade Local de Saúde do Alto-Minho, Entidade Pública Empresarial

UMAR – União de Mulheres Alternativa e Resposta

UN – United Nations

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais partilhados

USF – Unidade de saúde familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

VCM – Violência conjugal contra a mulher

WHO – World Health Organization

“Tive um caso que me marcou mas que eu só soube depois. Uma mulher que veio [ao serviço] por ter sido agredida pelo marido. Eu disse-lhe que já não estamos em tempo disso acontecer, que a situação podia ser resolvida e falei-lhe dos recursos. Mais de um ano depois, ela veio ter comigo para me dar conta que aquelas minhas palavras fizeram com que ela saísse [do serviço] e fosse resolver a situação. Resolveu-a. Veio dar-me conta disso. Eu não tive noção que aquelas palavras a marcaram mas ela também me marcou a mim. Nunca mais esqueci.”

(Participante no estudo)

*“Não almejo despertar convicção.
Almejo estimular o pensamento e perturbar preconceitos.”*

Sigmund Freud

Às minhas filhas, Catarina e Joana

Por tecermos histórias de vida com fios de amor.

SUMÁRIO	Pág.
INTRODUÇÃO	15
I Parte - Enquadramento teórico	20
CAPITULO 1 – SOCIEDADE, FAMÍLIA E VIOLÊNCIA	21
1. Contextualização da violência conjugal contra a mulher	21
1.1. Definição e tipos de violência conjugal contra a mulher	26
1.2. Dinâmica da relação conjugal violenta	30
1.3. Factores de risco de violência conjugal	35
2. Dados e contextos globais da violência conjugal contra a mulher	38
2.1. A violência conjugal nos países da União Europeia	39
2.2. A violência conjugal em Portugal	42
2.2.1. Políticas e recursos sociais no âmbito da violência conjugal em Portugal	45
CAPÍTULO 2 – VIOLÊNCIA CONJUGAL E SAÚDE DA MULHER	50
1. A saúde como recurso no <i>continuum</i> da vida	50
2. A violência conjugal como problema de saúde	53
2.1. As repercussões da violência conjugal na saúde da mulher	54
3. Recursos institucionais públicos no âmbito da saúde	63
4. Profissionais de saúde e violência conjugal	65
4.1. Comunicação em saúde – recurso de intervenção em saúde	68
4.2. A Violência conjugal nos três níveis de intervenção em saúde	73
CAPÍTULO 3 - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: INTERFACE DE SABERES	80
1. Teoria das representações sociais	80
1.1. O estudo das representações sociais	85

II Parte - Investigação empírica	88
CAPÍTULO 4 – DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA	89
1. Problemática e objectivos do estudo	89
2. Opções metodológicas	95
3. Instrumento de recolha de dados	96
4. Do terreno de pesquisa aos procedimentos de tratamento dos dados	98
4.1. Constituição da população participante no estudo	99
4.2. Constituição do <i>corpus</i> de análise	100
4.3. Procedimentos de tratamento, apresentação e análise dos dados	102
CAPÍTULO 5 – AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PERANTE A MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA CONJUGAL	107
1. Caracterização dos participantes no estudo	107
2. Apresentação, análise e discussão dos resultados	111
2.1. As representações sociais dos profissionais de saúde sobre a violência conjugal	111
2.2. As práticas dos profissionais face à mulher vítima de violência conjugal	117
2.2.1. Discussão dos resultados obtidos através de entrevista	216
CONCLUSÕES	242
BIBLIOGRAFIA	262
ANEXOS	277
Anexo 1 – Guião da entrevista	278
Anexo 2 – Instrumento da associação livre de palavras	279
Anexo 3 – Questionário de caracterização socioprofissional	285
Anexo 4 – Pedido de autorização de estudo e despacho do conselho de	287

administração da ULSAM, EPE	
Anexo 5 – Informação sobre o estudo disponibilizada aos participantes	290
Anexo 6 – Consentimento informado da participação no estudo disponibilizado aos participantes	292
Anexo 7 – Relatórios do tratamento informático das evocações livres de palavras	293
Anexo 8 – Palavras associadas pelos participantes às palavras-estímulo	296

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1 - Plano Factorial de Correspondência das Representações Sociais acerca dos estímulos (1) violência conjugal; (2) vítima de violência conjugal; (3) saúde e violência conjugal; (4) ser profissional face a violência conjugal.	114
Fig. 2 – Áreas temáticas dos dados das entrevistas	118
Fig. 3 - Diagnóstico da situação de violência conjugal contra a mulher realizado pelos profissionais de saúde em CSH e CSC	127
Fig. 4 - Intervenção realizada pelos profissionais de saúde em CSH e CSC, face à mulher vítima de violência conjugal	136
Fig. 5 – Estratégias de intervenção dos profissionais de saúde em CSH e CSC face à mulher vítima de violência conjugal	144
Fig. 6 – Tipos de violência identificados pelos profissionais de saúde em CSH e em CSC na mulher vítima de violência conjugal	146
Fig. 7 - Factores dificultadores da intervenção dos profissionais de saúde face à mulher vítima de violência conjugal	159
Fig.8 - Factores facilitadores da intervenção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, face à mulher vítima de violência conjugal	168
Fig.9 - Percepção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, sobre o seu papel e responsabilidade face à mulher vítima de violência conjugal	174
Fig.10 - Posicionamento dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, perante a denúncia de crime público	180

Fig. 11 - Percepção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, relativa à interação com a mulher vítima de violência conjugal	188
Fig.12 - Sentimentos e emoções dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, face à mulher vítima de violência conjugal	192
Fig.13 - Percepção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, sobre as consequências da violência conjugal contra a mulher	199
Fig.14 - Percepção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, relativa às estratégias a adoptar para minimizar o impacto da violência conjugal na saúde da mulher	206
Fig.15 - Percepção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, sobre os aspectos para a melhoria da intervenção à mulher vítima de violência conjugal	215

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráf. 1 – Distribuição dos participantes por sexo	107
Gráf. 2 – Distribuição dos participantes por faixas etárias	108
Gráf. 3 – Distribuição dos participantes por graus académicos	108
Gráf. 4 – Distribuição dos participantes por profissões	109

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos participantes por categoria profissional e local de exercício profissional	110
Quadro 2 - Distribuição dos participantes por local de exercício profissional e serviço ou departamento	111
Quadro 3 - Codificação das variáveis fixas e das variáveis de opinião.	112
Quadro 4- Palavras apreendidas pela TALP com as maiores cargas factoriais.	113

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher ocorre sobretudo no espaço familiar onde a privacidade permite agressões habitualmente perpetradas pelo cônjuge.

Esta situação prolonga-se na maioria dos casos por muitos anos, por uma interacção complexa de factores individuais, relacionais, culturais e sociais.

Diversos estudos de investigação e a Organização Mundial da Saúde (OMS) têm revelado e chamado a atenção para este fenómeno que é lesivo dos direitos humanos, tem repercussões sobre a saúde da mulher e condiciona o seu papel na família e na sociedade.

No nosso percurso académico elaboramos um estudo, para obtenção do grau de Mestre em Comunicação em Saúde, intitulado – *Violência conjugal contra a mulher. Histórias vividas e narradas no feminino* –, orientado pela Professora Doutora Natália Ramos, que evidenciou o impacto negativo da violência conjugal sobre a saúde mas, paradoxalmente, as instituições e os profissionais de saúde não foram reconhecidos como recursos na situação de maus-tratos. O estudo revelou-nos ainda, a dificuldade no contacto com estes mesmos profissionais, a que recorreram para tratar o corpo e a necessidade de políticas públicas adequadas neste âmbito de intervenção.

A preponderância do modelo biomédico parece continuar a orientar as práticas clínicas, mantendo uma intervenção assente na cisão corpo-mente e que não contextualiza o indivíduo no seio de um ambiente cultural e social próprio.

Os cuidados de saúde pretendem-se na actualidade, com especial contributo da Psicologia da Saúde, orientados para os indivíduos como seres únicos inseridos no seu contexto ecológico-cultural.

A saúde é desejada como um recurso para a vida, com participação e responsabilidades partilhadas que permitam incrementá-la, melhorá-la e reabilitá-la.

Os profissionais de saúde têm responsabilidade na saúde das comunidades pelo que devem conhecer este fenómeno e considerá-lo nas práticas clínicas. São estes profissionais que se encontram na primeira linha de possível recurso.

O Centro de Saúde presta cuidados de saúde em contexto de proximidade e continuidade ao longo do ciclo vital, para vigilância de saúde da própria mulher, dos seus filhos e está vocacionado para o atendimento e acompanhamento da saúde da família.

O hospital tem como missão assegurar a prestação de cuidados de saúde diferenciados. Atende mulheres agredidas pelo cônjuge em situação de urgência hospitalar e no âmbito de consultas de especialidades. Nas consultas de psiquiatria, quando a mulher manifesta desequilíbrios da saúde mental que podem ser consequência de violência conjugal e que requerem tratamento diferenciado. Nas consultas de obstetrícia e de ginecologia, cujos profissionais são chamados a intervir nas consequências biofísicas da violência e em fases importantes da vida das mulheres como a gravidez e o nascimento e noutras situações patológicas inerentes à saúde reprodutiva e sexual. Também no âmbito da pediatria, pelo acompanhamento dos filhos e noutras a que mulheres e os filhos acedam ao longo do ciclo de vida.

Nestes serviços de saúde os profissionais devem estar habilitados a reconhecer sinais de maus-tratos e a deter informação adequada de forma a encaminharem a mulher para que numa perspectiva interdisciplinar ela encontre suporte, informação e segurança.

A comunicação e a relação em saúde são importantes dimensões para a compreensão, o diagnóstico e a intervenção na saúde individual, das famílias e das comunidades.

Nesta importante relação é fundamental que os profissionais tenham consciência das suas crenças como aspecto dificultador para a abordagem de determinadas situações que possam confrontá-los com emoções, com sofrimento e também com pré-conceitos, como no caso da violência conjugal. Devem ter formação que lhes permita a compreensão do fenómeno da violência conjugal, para desenvolverem práticas clínicas eficazes para o diagnóstico precoce, para o apoio e para o encaminhamento de mulheres nessa situação, através de uma intervenção multidisciplinar em saúde, à luz do modelo biopsicossocial e em articulação interdisciplinar e intersectorial potenciadora da utilização dos recursos sociais e de minimização do impacto sobre a saúde. Tal intervenção deve contribuir para uma saúde individual, familiar e dos grupos mais equilibrada, prevenindo perdas evitáveis do capital de saúde de tantas pessoas adultas e crianças, do presente e do futuro.

Deste contexto reflexivo, surgiu a vontade e a oportunidade de desenvolver este estudo de investigação que partiu da questão:

Quais as implicações da representação social de violência conjugal contra a mulher, nas práticas profissionais?

Foi esta a problemática que nos orientou para delimitar as intenções do estudo nos seguintes objectivos gerais:

- Conhecer as representações sociais de violência conjugal contra a mulher dos profissionais que contactam com mulheres vítimas de violência conjugal;
- Analisar a articulação entre os diversos profissionais que atendem mulheres vítimas de violência conjugal.

Por consequência, optámos por um paradigma qualitativo, do tipo estudo de caso, que nos permitisse atingir os objectivos através da análise e tratamento dos dados recolhidos com profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, a exercerem numa unidade local de saúde do norte do país, em contexto hospitalar e na comunidade. A recolha dos dados foi realizada por entrevista semiestruturada, pela técnica da associação livre de palavras (TALP) e complementada com um questionário de caracterização socioprofissional.

A apresentação deste trabalho estrutura-se em duas partes.

Na parte I é apresentado o enquadramento teórico que conduziu o desenvolvimento científico do estudo e que sustenta a investigação empírica realizada.

No capítulo 1 abordamos a sociedade, a família e a violência conjugal contra a mulher começando por contextualizá-la sob uma perspectiva psicossociológica e familiar. Percorremos os conceitos, os tipos de violência, os factores de risco e a dinâmica da violência conjugal. De seguida, apresentamos dados globais, europeus e portugueses sobre o fenómeno. Afloramos as políticas públicas que têm vindo a ser produzidas e os recursos criados e implementados no terreno com vista à minimização deste fenómeno psicossocial com sérias consequências na saúde.

Dedicamos o capítulo 2 à violência conjugal e à saúde da mulher. Começamos por abordar a saúde como um recurso para a vida, num conceito holístico que considera o

indivíduo no seu contexto ecológico e cultural próprio. Segue-se a apresentação do impacto e das repercussões da violência conjugal na saúde da mulher e de como podem ser incapacitantes e duradouras mesmo após a ruptura da relação violenta e hipotecar o seu futuro e dos filhos. Referimo-nos ao papel das instituições de saúde e dos profissionais da área na intervenção junto à mulher vítima de violência conjugal pelo cônjuge, da importância da comunicação em saúde no desenvolvimento de uma relação empática, favorecedora do diagnóstico e da actuação na problemática, nos três níveis de intervenção em saúde – primário, secundário e terciário.

No capítulo 3 fazemos uma incursão teórica à teoria das representações sociais, de como se produzem na interface de diferentes conhecimentos gerando saberes pragmáticos que orientam os comportamentos e as relações sociais. Abordámos também a sua importância para a investigação já que é neste referencial teórico que ancoramos a presente investigação.

A Parte II deste trabalho é constituída pela investigação empírica que desenvolvemos.

Iniciamos com o capítulo 4, no qual apresentamos a problemática e os objectivos do estudo, opções metodológicas, instrumentos de recolha de dados, constituição da população participante e os procedimentos de tratamento, análise e apresentação dos resultados.

No capítulo 5 procedemos à apresentação, análise e discussão dos resultados. Começamos com a apresentação do perfil sociodemográfico do grupo de profissionais que participou no estudo. Seguem-se os resultados obtidos pela técnica da associação livre de palavras, que desvendam as representações sociais. Prosseguimos para as práticas clínicas junto à mulher vítima de violência conjugal deste grupo de profissionais de saúde, apresentando os resultados da análise de conteúdo das entrevistas, seguida da discussão dos resultados.

Terminamos com as conclusões e sugestões permitidas pela consecução deste trabalho, que poderão constituir pontos de partida para novas investigações e contribuir com orientações para a intervenção na violência conjugal, nomeadamente ao nível das práticas clínicas e da formação dos profissionais de saúde.

Encerram o trabalho a bibliografia e os anexos onde apresentamos a autorização para o desenvolvimento do estudo empírico, os instrumentos utilizados e os procedimentos éticos inerentes à investigação.

Esta tese não está redigida ao abrigo do acordo ortográfico.

Por razões relacionadas com a extensão do texto, aspectos práticos da sua redacção e facilitadores da leitura, redigimos no masculino, como está convencionado. Contudo, queremos salvaguardar que a nossa posição pessoal é a de nomear os dois sexos, pelo que solicitamos que se leia os e as profissionais, os e as psicólogas, os enfermeiros e as enfermeiras, os médicos e as médicas e os e as assistentes sociais.

I Parte

Enquadramento teórico

CAPITULO 1 – SOCIEDADE, FAMÍLIA E VIOLÊNCIA

1. Contextualização da violência conjugal contra a mulher

A violência é um fenómeno mundial, sem fronteiras étnicas, culturais ou religiosas, comum em todas as sociedades e classes sociais, que se manifesta em diversas áreas da vida social, entre as quais a família.

A família é um subgrupo social, com características e funções próprias. Readapta-se e opõe-se à mudança, criando e recriando a sua própria história e descobrindo o sentido da sua evolução e, fá-lo de forma criativa e única, o que lhe confere uma identidade própria:

“(...) espaço privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interacção: os contactos corporais, a linguagem, a comunicação, as relações interpessoais. É ainda um espaço de vivência de relações afectivas profundas: a filiação, a fraternidade, o amor, a sexualidade... numa trama de emoções e afectos positivos e negativos que, na sua elaboração, vão dando corpo ao sentimento de sermos quem somos e de pertencermos àquela e não a outra família.” (Alarcão; 2000, p. 35).

Para esta autora, a família tem uma função interna e uma função externa. A primeira refere-se ao desenvolvimento e protecção dos seus elementos – sentimento de pertença; a segunda à socialização e transmissão da cultura – individualização e autonomização.

A família adapta-se interagindo com o meio social e cultura envolvente num processo bilateral, pois:

“A família constitui um todo social, com especificidades e necessidades próprias, inserida e influenciada por um sistema mais vasto de interacções sociais alargadas à comunidade e à sociedade e pelas redes sociais formais e informais” (Ramos, 2004, p. 178).

Na actualidade, nos países Ocidentais, a família forma-se a partir da escolha mútua e livre de duas pessoas que se autonomizaram das suas famílias de origem e com base em laços afectivos constroem a sua própria família, iniciando assim o ciclo vital familiar ao longo do qual a família progride desempenhando tarefas e papéis.

Com o início da vida em comum, o casal forma o primeiro subsistema familiar: o conjugal. Nele, entrecruzam-se sistemas de valores pessoais, culturais e sociais e ainda vivências e expectativas, transportadas por cada um dos elementos do casal e aprendidos nas famílias de origem e que deverão dar origem à construção de um modelo conjugal próprio, diferenciado e autónomo.

Neste processo complexo é essencial que os elementos do casal negociem. Para essa negociação, contribuem as aprendizagens efectuadas com a experiência nas suas famílias de origem e com o meio cultural e social.

A enculturação é um processo de interiorização, inconsciente, do quadro de referência do grupo, das suas tradições e valores. Não sendo exclusiva da família, é no seu seio que se inicia e se revela mais marcante (Ramos, 2001).

Na família de origem, o casal pratica um modelo de conjugalidade que é aprendido pelos seus descendentes e que lhes serve de referência para as relações afectivas de intimidade. Em simultâneo, esta aprendizagem é complementada pela experiência relacional no subsistema fraternal, que é o que promove as experiências e aprendizagens da interacção entre iguais:

“ (...) as primeiras aprendizagens entre sujeitos da mesma geração, vão permitir que a criança possa experimentar relações de competição, solidariedade, rivalidade e negociação que são fundamentais para a aquisição de um savoir-faire utilizado mais tarde na relação íntima entre iguais. (...) como em princípio serão os elementos do casal.” (Relvas, 1996, p.44-45).

Este conhecimento inicia-se precocemente e vai orientar as interacções futuras entre parceiros mas é também influenciado por outros factores importantes que determinam representações e referenciais de valores e de condutas, já que, como salienta Ramos (2005):

“As gerações são portadoras de memória familiar e colectiva, de discursos e representações, participando na perpetuação de valores e na construção de novas identidades e trajectórias individuais e grupais” (p. 200).

Uma das representações que tem sido aprendida e veiculada na família e no espaço social mais alargado tem sido a histórica e resistente desigualdade de género e a sua

hierarquização que mantém o homem como ser dominante, elo social entre família e espaço social.

Afirma Segalen que, ainda hoje, *“permanece de pedra e cal é a divisão dos domínios de poder, a qual se observa mesmo entre casais socialmente mais inovadores, os jovens coabitantes. (...) no que concerne à reorganização dos papéis no seio da unidade conjugal, as formas clássicas de interacção parecem prevalecer: as mulheres entraram no domínio masculino, mas os homens evitaram intervir demasiado no domínio outrora dito tradicionalmente feminino”* (1999, p. 269).

Os papéis de género tradicionais são favorecedores de uma hierarquização familiar rígida, baseada na superioridade masculina. Tal hierarquização não favorece o desenvolvimento de relações igualitárias e constitui um maior risco de que a violência seja um instrumento de afirmação da masculinidade (Cook & Fontaine, 1990).

“A família é espaço de protecção, de desenvolvimento, de afecto, de organização estrutural, emocional e identitária, mas é também espaço de opressão, de conflito, de destruturação e de violência, podendo constituir factor de protecção ou de risco” (Ramos, 2004, p. 56).

Para esta autora, a violência intrafamiliar afecta mais as mulheres, as crianças e os idosos, em diversas culturas e estratos sociais, sendo considerada muitas vezes como natural das normas familiares.

A proximidade afectiva e física inerente à família e resguardada por um ambiente de privacidade, permite relaxar as defesas psicológicas pessoais habituais no ambiente de trabalho e noutros espaços sociais, facilitando uma interacção mais espontânea. A emotividade é menos controlada e mais intensamente vivida, podendo estes aspectos facilitar modos de agir que em outros locais não se manifestam (Silva, 1995).

Na família vivem-se muitos momentos em comum, as emoções e sentimentos, a intimidade. Partilham-se experiências, problemas e constroem-se projectos. O conhecimento das fragilidades dos seus elementos são bem conhecidos uns dos outros e a coexistência destes aspectos pode significar uma forma fácil de vingança e de agressão quando surgem situações conflituosas, que o casal não resolve de forma eficaz pela comunicação, entrando o conflito rapidamente em escalada (Gelles & Straus, 1988).

A violência que ocorre no espaço partilhado pela família, onde interagem diversos subsistemas familiares, numa hierarquia de poder, é habitualmente dirigida ao mais dependente e vulnerável, pelo que detém mais poder. Esse poder relaciona-se com diversos aspectos que podem ser uma maior capacidade para exercer uma imposição ou coacção associadas à superioridade física e muitas vezes maior capacidade económica. Habitualmente este elemento considera o poder como um bem próprio que o legitima à sua utilização abusiva, sendo a mesma reforçada e legitimada pela auto-percepção da inexistência de sanções sobre ele próprio. Esta impunidade aprendida vai perpetuar o recurso a comportamentos de agressão sempre que considerar o seu poder ameaçado, provocando uma fractura nas relações familiares que se tornam desiguais, conflituosas e comprometem o bem-estar familiar (Gelles & Straus, 1988; Fischer, 1992).

A organização social tem contribuído para uma verdadeira interacção de factores que permitiu a utilização de violência pelo marido sobre a esposa, e favoreceu a sua perpetuação (Gelles & Straus; 1988).

Silva (1995) afirma a violência contra a mulher como histórica em quase todas as sociedades, e que nas sociedades ocidentais está também radicada na desigualdade entre homens e mulheres e traduzida nas concepções de poder masculino e de subordinação e inferioridade femininas. Ao longo de várias gerações as agressões entre o casal, mais ou menos violentas, foram aceites como forma de o marido estabelecer ou de restabelecer a ordem no lar a partir de uma posição dominante de poder social e culturalmente conferida. Ele, marido, era o guardião da conduta da esposa e dos filhos e tinha a obrigação de a manter nos limites do social e moralmente desejado por uma sociedade patriarcal e se fosse necessário poderia punir qualquer desvio, corrigindo-o.

Esta forma de remeter ao “bom caminho” a esposa e os filhos pela força foi até considerada, pela mesma sociedade que lhe legitimava a agressão, uma forma de manifestação de “afecto e preocupação”.

Estas condutas foram veiculadas pela cultura e a sua legitimidade perpetuada em provérbios populares portugueses como “entre marido e mulher ninguém meta a colher” e “quanto mais me bates mais gosto de ti”.

Conforme salienta Silva (1995) apesar de em Portugal, as mulheres terem o direito à igualdade legalmente salvaguardado há já algumas décadas, a tradição ainda impera na

interacção familiar, com uma lenta mudança de comportamentos que se desejam mais consentâneos com a ideologia de igualdade entre os sexos na família e assim mais coerentes com aquela que se defende socialmente, mas que no privado não se subscreve.

A mesma autora salienta a continuidade do tradicional comportamento violento contra a mulher, ainda na actualidade, expressa nos discursos especialmente de pessoas com mais idade, que o consideram aceitável em determinadas situações. Reportando-se a Cutileiro, “(...) *não é pelo senso comum, considerado um acto desviante na medida em que se sabe que é relativamente frequente e dele se fala entre mulheres com a tonalidade dramática do destino (...)*” (p. 91) .

A autorização ao castigo físico da mulher traduzida em muitos comportamentos e crenças masculinas tem sido facilitada na sua perpetuação por um outro factor salientado por Gelles & Straus (1988) e que se refere à privacidade em que a família contemporânea vive em relação ao meio comunitário e social.

A regulação do espaço social foi assumida por estruturas próprias que não alcançam a regulação do espaço privado. A regulação do espaço privado está sob a estrita actuação e responsabilidade dos elementos adultos de cada família.

A forma como é exercido esse poder de regular o espaço familiar foi sendo ocultada da restante sociedade, pelas condições arquitectónicas dos edifícios habitacionais, que isolam as famílias da comunidade. Este isolamento é favorecedor da falta de controlo e reprovação de comportamentos violentos, por agentes externos mas também pela privacidade no interior da habitação.

Nas actuais condições de privacidade familiar há baixa possibilidade de censura social e até mesmo familiar. Aliado a este aspecto existe um diferencial na constituição física e de força entre os elementos femininos e masculinos, como entre os elementos de diferentes idades como por exemplo entre pais e filhos, o que segundo os mesmos autores, constituem factores importantes no recurso à força, alimentado pelas crenças culturais de que os problemas familiares e as formas de resolução dos mesmos, só a cada família dizem respeito.

Estes aspectos intra-familiares, são fortemente influenciados pela construção social do feminino e do masculino que enformam os papéis de género na família, considerados propiciadores do exercício do poder e que são alimentados por hábitos culturais de

resolução de conflitos com recurso à violência e valorativos da punição física, como factor educacional e correctivo dos elementos da família dependentes, com menos poder e que é necessário controlar e disciplinar.

Assim sendo, estão criadas as condições não só para a ocorrência da violência mas, também para a sua impunidade, sendo estes aspectos importantes na sua manutenção e no risco de reprodução que os futuros adultos, criados em ambiente de violência familiar, poderão concretizar (Gelles & Straus, 1988).

O poder para exercer violência, qualquer que ela seja, na família não é exclusivo do homem e nem só a mulher é vítima sendo contudo a mais sujeita a ela. Um companheiro violento com a mulher é em muitos casos (cerca de metade) também violento com os filhos (Matos, 2002; Ramos, 2004) e as situações de violência conjugal aumentam o risco de violência nos descendentes, podendo gerar uma cadeia de comportamentos violentos. A vitimação da mulher pelo companheiro, aumenta o risco de ela poder ser violenta com os filhos (Matos, 2002) assim como os irmãos entre si, referindo Gelles & Straus (1988) que ao nível da fratria é frequente a violência, mas que ela é desvalorizada pelos pais, o que traduz conceitos culturais de resolução não pacífica de problemas e considerado benéfico e estimulante da competitividade.

A violência contra a mulher tem a sua maior expressão no seio da família, onde o costume ainda impera na desigualdade das relações e se sobrepõe às leis existentes há décadas, numa tentativa de mudança de mentalidades, que tem sido lenta, no que se refere à igualdade de homens e mulheres na família e na sociedade.

1.1. Definição e tipos de violência conjugal contra a mulher

Segundo Fischer (1992) a violência é entendida como a utilização da força no sentido de exercer uma imposição ao outro. No exercício desse objectivo pode haver recurso a múltiplas estratégias que podem passar pela utilização de força física ou ataque moral contra outro ser humano, ao nível dos seus direitos e da possibilidade de os exercer. O ataque violento concretiza-se por actos de agressão em diversos graus de intensidade e de repercussões no outro. Pode variar da lesão física de pouca gravidade ao assassinato, ao comprometimento da integridade moral e psicológica da pessoa vítima do ataque.

O mesmo autor define a agressão como um comportamento que numa situação de interação social visa provocar deliberadamente danos a outro. Este tipo de comportamento pode expressar-se de forma diversa e os danos resultantes podem ter impacto no outro, ao nível físico, psicológico e sociocultural.

A violência conjugal contra a mulher assume diferentes tipos de expressão e intensidade, podendo ser infligida de forma isolada ou associados – violência física; violência sexual; ameaças e intimidação; maus-tratos psicológicos, emocionais e verbais; controlo económico e isolamento social (Matos, 2002).

A Organização das Nações Unidas (ONU) no artigo 1º da *Declaração para a Eliminação da Violência contra as Mulheres*, define a violência contra a mulher como:

*“(...) qualquer acto violento baseado no género que resulte ou tenha o intuito de provocar sofrimento físico, psicológico ou sexual que provoque sofrimento na mulher, incluindo coerção, privação da liberdade, tanto ocorridas na vida pública como na vida privada.”*¹ (1994, p.3).

No artigo 2º da mesma declaração determina que a violência engloba todos os actos violentos ao nível físico, sexual e psicológico, produzidos na família, incluindo os maus-tratos e a violação marital.

Os maus-tratos podem ser definidos como *“(...) um padrão de controlo coercivo, envolvendo o exercício de poder e domínio, num relacionamento íntimo. Quer o agressor seja feminino, quer masculino, a sua intenção é dominar o outro, fazê-lo sentir-se subordinado, incompetente, sem valor e com medo. Estes comportamentos de violência podem ocorrer em episódios esporádicos ou crónicos, durante um certo período de tempo ou durante várias décadas”* (Walker; 1994, p. 84 cit Matos; 2002).

Nesta definição de maus-tratos, estão inclusas diversas dimensões importantes na especificidade da violência conjugal contra a mulher, como o sexo do agressor, a intenção e o tempo.

Alexander (1993) referido pela mesma autora, na sua definição de maus-tratos inclui uma outra dimensão importante, atendendo às diversas formas actuais de formar família

¹ Tradução livre da autora

e reforça a intencionalidade do acto, incluindo a subjectividade do dano emocional e físico, resultando na seguinte definição:

“ (...) algo que ocorre quando um marido, companheiro de facto ou coabitante inflige, deliberadamente, qualquer dano físico e/ou emocional sobre a sua esposa ou companheira.” (2002, p. 84)

A intencionalidade do agressor na concretização do acto de agressão é também salientada por Alarcão (2000) que frisa que a utilização da violência, traduz sempre o exercício de poder com recurso à força, podendo essa força ser física, mas também psicológica e económica e que tem como objectivo último a submissão da agredida ou o reforço da posição dominante do agressor.

Assim, a violência a que chamamos conjugal contra a mulher, no sentido de a delimitar das restantes formas de violência intrafamiliar, é considerada a violência concretizada por actos de agressão, traduzidos pelo uso da força, qualquer que ela seja (psicológica, económica, física), e que é intencional, causando maus-tratos à mulher, esposa ou companheira, traduzidos em sofrimento físico, psicológico e sexual, isoladamente ou combinados.

No contexto deste trabalho, consideramos como vítimas de violência conjugal as mulheres agredidas, por qualquer tipo de violência, praticada por um agressor do sexo masculino, com o qual vive ou viveu uma relação afectiva, podendo ser marido ou companheiro, ex-marido ou ex-companheiro, e aos quais doravante nos referiremos como companheiro ou cônjuge.

Os actos violentos contra a mulher podem ser traduzidos de diversas formas e se bem que possam ser utilizados isoladamente, o padrão mais frequente é a sua associação, utilizada de forma contínua e arbitrária (Matos, 2002; Calvinho, 2007).

Apontamos os diversos tipos de agressão que são habitualmente utilizados no seio das relações afectivas violentas:

- Agressões físicas: podem ser utilizadas desde formas menos lesivas, como o empurrão, uma bofetada, um pontapé ou atirar coisas, a formas severas e lesivas da integridade física que podem resultar em lesões permanentes ou mesmo em morte;

- Agressões emocionais, verbais e psicológicas: provocados por acções e afirmações insultuosas, humilhantes, que diminuem a auto-estima e rebaixam as capacidades da mulher em diversas áreas da vida. Outras formas de agressão psicológica utilizadas são:

a) Isolamento social – conseguido através do controlo da vida e comportamento do cônjuge, da imposição, de limitação ou proibição de contactos familiares, do acesso ao telefone e pela negação de acesso a cuidados de saúde;

b) Intimidação – pode ser executada por diversas acções (e.g. destruir pertences do cônjuge, maltratar o seu animal de estimação, exhibir armas) e por olhares e outros no sentido de assustar;

c) Comportamentos e atitudes baseados em crenças machistas como negar o reconhecimento da companheira como igual, tratá-la como uma serva ao seu dispor e não lhe permitir participar nas decisões do casal nem definir a sua vida própria;

d) Ameaças através de acções ou palavras que podem supor risco para a integridade física do próprio ou da mulher e de prejuízos financeiros ou outros como por exemplo ameaçar retirar-lhe os filhos;

e) Controlo económico que pode ser exercido pelo impedimento de acesso ao dinheiro ou a outros recursos básicos, pelo impedimento à participação laboral da companheira ou dificultando-lhe a manutenção do emprego, ou ainda apossar-se do dinheiro por ela ganho.

- A violência sexual com uso da força física, ou não, para obrigar a práticas sexuais contra a vontade da mulher (Antunes, 2002; Matos, 2002; Calvino, 2007).

A relação entre violência física e sexual tem sido revelada por diversas investigações internacionais, confirmando a existência de maior risco de violação nas mulheres com relações de conjugalidade em que existe violência física (Pereira, Matos & Machado, 2006).

Para o agressor, referem as mesmas autoras reportando-se a Bergen (1996), esse comportamento sexual tem raiz na consideração do sexo com a companheira como um direito e representa uma forma de exercer controlo e também de a castigar.

A dificuldade que muitas vezes as mulheres têm em reconhecer este tipo de agressão radica segundo as mesmas autoras e também Dantas-Berger & Giffin (2005) na socialização e educação da mulher como ser passivo, desejando o sexo inscrito numa relação afectiva, enquanto o homem é enculturado para a actividade, para o desejo sexual pela mulher como seu objecto de prazer.

Ramos (2004) aponta a dificuldade das mulheres reconhecerem o abuso sexual e a violação, como agressões por considerarem que a entrega sexual ao seu companheiro é sua obrigação. Já Pereira, Matos & Machado (2006) referem que é a ajuda externa que permite a muitas mulheres descortinar que sofreram actos de violação ou então, percebem-na quando as relações conjugais se revestem de actos mais violentos.

1.2. Dinâmica da relação conjugal violenta

As mulheres que são batidas pelos companheiros são-no numa relação de afectividade, de intimidade conjugal que permite a proximidade e em ambiente privado. Estes homens, que agredem as suas companheiras, no espaço público não resolvem os problemas e conflitos descontrolando-se ao ponto de se permitirem a utilização da força física tal como o fazem em casa, com quem com eles partilha a vida afectiva (Silva, 1995).

Fazem-no, segundo a mesma autora, por concepções tradicionais sobre o papel da mulher e do homem e porque aprenderam que a violência não só não é censurada e punida como, acrescentam Gelles & Straus (1988), lhes permite rapidamente livrarem-se de um problema, desvalorizando uma forma pacífica de resolução de conflitos.

A comunicação é um processo fundador e propiciador da relação e da sua manutenção, pois influencia o comportamento e permite reformular e repensar a relação, num processo contínuo, dinâmico e bidireccional (Ramos, 2004).

A comunicação é uma importante componente relacional e permite ao casal a resolução de problemas, a negociação de normas, o esclarecimento de situações, que vão permitir redefinir constantemente a relação no sentido de uma maior satisfação relacional, já que conforme salienta Ramos: *“uma parte dos problemas e disfuncionamentos ao nível*

relacional e psicológico está relacionada com problemas de comunicação” (2004, p. 297).

A necessidade de exercer poder sobre a esposa e de controlar a relação, aliada à limitação pessoal para a resolução de conflitos interpessoais através da negociação, contribui para a utilização da violência perante o surgimento desses mesmos conflitos no sentido de rapidamente os mesmos serem resolvidos. O casal não resolve positivamente o conflito, mas o agressor pensa ter-se livrado dele pela submissão da esposa à sua vontade ou imposição (Gelles & Straus, 1988).

Refere Alarcão (2000) que não é a situação conflituosa a verdadeira razão da explosão da violência, é antes a recusa de a entender como inevitável da dinâmica conjugal, que adequadamente resolvida pela metacomunicação permite o reequilíbrio e o crescimento do sistema conjugal.

Aquilo que sobressai na problemática da violência é que não parece ser o motivo em si que a faz explodir, inexistindo especificidade na etiologia dos actos violentos, que diferem de família para família, mas que são muito diversos mesmo no seio de uma mesma família.

A violência do marido sobre a esposa pode ser originada por diversas situações, não havendo um padrão específico, o que torna a sua previsibilidade difícil para a mulher (Gelles & Straus, 1988).

Também Matos (2002) salienta o mesmo aspecto, referindo a violência conjugal como contínua e isenta de regras, porquanto qualquer tipo de acontecimento pode provocá-la numa circularidade constante.

O que segundo estes autores parece ser comum é que a violência se desenvolve num *continuum* crescente em intensidade e em frequência.

O primeiro episódio violento pode ser iniciado em consequência de uma palavra que origina um empurrão ou uma bofetada, mas com o passar do tempo acontecem espancamentos mais violentos e o marido pode mesmo cometer homicídio. O padrão habitual da escalada da violência relaciona-se com o aumento da gravidade das lesões físicas e ao aumento da frequência dos episódios violentos (Antunes, 2002; Calvino, 2007).

As agressões físicas são aquelas que a mulher mais facilmente identifica e que podem deixar lesões físicas que as comprovam. Mas a agressão de cariz psicológico e sexual podem não deixar “provas” imediatas, nomeadamente a primeira, mas são altamente destrutivas da saúde mental da mulher (Ramos, 2004; Calvinho, 2007).

A violência conjugal assume habitualmente uma dinâmica caracterizada por múltiplas agressões com diversas formas de violência associadas ou isoladas (Matos, 2002; Calvinho, 2007).

Depois do início da união entre os companheiros, baseada na escolha mútua livre e no amor, as mulheres são habitualmente surpreendidas em fase precoce da relação pelas agressões daquele que amam e com quem desejam partilhar a sua vida familiar e afectiva.

A agressão à mulher, fisicamente mais fraca e que aprendeu que o seu papel é subalterno ao do marido, fá-la sentir-se perplexa e intimidada pelo comportamento daquele que ama e numa perspectiva de amor romântico e de ideal familiar não quer e não pode muitas vezes afrontar o companheiro, submetendo-se à sua vontade para lhe serenar o ânimo e se livrar da agressão (Silva, 1995). Este comportamento é uma verdadeira ilusão, pois o resultado dele decorrente não é o tão desejado melhoramento da relação, o resultado é o oposto. Ao perceber a submissão da companheira e a falta de controlo e punição do seu comportamento, o agressor vai sentir reforçado o seu poder.

A este reforço de poder alia-se a percepção de libertação de um problema de forma rápida, pois conseguiu que ela se submetesse e foi recompensado com a satisfação dos seus desejos e gostos pessoais. Desta forma a manutenção do poder, a capacidade de controlar e de ser agradado funcionam como forma de conseguir auto-estima que muitas vezes não é obtida nas restantes áreas da vida pessoal como por exemplo na laboral, ou então, nos casos em que o reconhecimento social ou laboral da mulher é maior que o seu, obter uma forma equilíbrio através do seu poder dentro de casa e sobre ela (Gelles & Straus, 1988).

A perplexidade, a vergonha e a humilhação são sentimentos frequentes nesta situação e, fazem a mulher remeter-se ao silêncio. Neste silêncio a mulher procura em si os motivos que a colocaram naquela situação auto-culpabilizando-se pelo sucedido, sendo

frequentemente este o principal motivo que as impede de reagir (Gelles & Straus, 1988; Silva, 1995).

“Atribuir-se a si própria culpa do que está a acontecer ou auto-culpabilizar-se é um tipo de reacção frequente entre as esposas agredidas que começam a procurar no seu próprio comportamento atitudes possíveis para explicar o comportamento agressivo do companheiro. É uma resposta adaptativa que corresponde à necessidade psicológica das pessoas se julgarem capazes de controlar aquilo que lhes acontece, de preservarem a sua confiança num mundo onde as coisas não acontecem por acaso e de atribuir um significado a acontecimentos que de outra forma seriam inexplicáveis” (Silva, 1995, p. 117).

A mesma autora faz sobressair que o isolamento em que muitas mulheres se encontram, conduz ao sentimento de impotência. Esse isolamento pode dever-se à necessidade da mulher manter em segredo o que consigo se passa, mas também pelo isolamento que o próprio companheiro lhe foi impondo, por ciúme e com ameaças, no sentido de ele preservar a sua impunidade.

Matos (2002) salienta que a percepção de ineficácia e de impotência da mulher em situação de violência conjugal é decorrente da própria dinâmica conjugal. *“(...) não serem batidas a cada minuto do dia (...)”* (p.85) e perceberem que não são capazes de antecipar o motivo da violência do companheiro, para o evitar.

Desta forma a mulher vai-se submetendo ao companheiro, esperando agradá-lo, tenta antecipar os seus desejos, cumprir as suas vontades, evitar o ciúme, na tentativa de que ele não volte a recorrer à violência. Mas aquilo que acontece é que duplamente seguro do seu poder e impunidade, o seu companheiro vai gerar ainda mais medo nela.

Assim isolada e sentindo-se impotente a mulher agredida desenvolve uma síndrome semelhante à *“Síndrome de Estocolmo”* em que a vítima desenvolve uma ligação afectiva com o raptor, e nessa ligação encontra a justificação da negação da situação de violência conjugal que a afecta, desenvolve medo da interferência de terceiros e reforça as atitudes de agrado para com o companheiro, tornando-se cada vez mais dependente e vulnerável (Silva, 1995).

“A aprendizagem da vulnerabilidade” é um modelo da área da vitimologia, explicativo do condicionalismo da mulher agredida se manter na relação e, que é explicado *“(...) o*

bloqueio emocional e a passividade como perturbações reactivas desenvolvidas no decurso de uma experiência repetida de acontecimentos violentos incontroláveis. (...) a reacção passiva da mulher resultará assim da aprendizagem de que é inútil reagir e do descrédito nas possibilidades de sucesso de qualquer intervenção” (ibidem p.119).

A vulnerabilidade e a passividade vão sendo desenvolvidas com o tempo, um tempo alternadamente vivido com momentos de satisfação e momentos de violência. A mulher agredida é-o pela proximidade afectiva ao companheiro, a quem ela ama, com quem quer que a situação se resolva, com quem quer construir uma relação feliz. E ele durante a relação violenta faz por vezes juras de amor, diz-se arrependido, e ela acredita quando ele diz que está arrependido e que vai mudar.

Nos casais onde existe violência, ela não acontece de forma constante, nem fortuita, conforme explicou Walker na sua teoria sobre o “*ciclo da violência*” (Gelles & Straus, 1988; Curnow, 1997).

O ciclo da violência expõe as três fases que constituem o episódio violento:

1ª Fase – Corresponde ao período de aumento e acumulação da tensão. Durante esta fase existem manifestações “menores” de violência, tais como as agressões verbais, as ameaças ou empurrões. A mulher tenta evitar a violência com demonstrações carinhosas e acalmando o marido através da satisfação das suas necessidades e desejos, que tenta antecipar ou então evita-o o mais possível. Pensa que desta forma poderá evitar a escalada, mas ela acaba por suceder, apesar de tudo, pelo que a mulher se sente assustada e se culpa por considerar não ter sido capaz de evitar a passagem à segunda fase.

2ª Fase – Nesta fase acontece a descarga explosiva e incontrolável da tensão acumulada e a mulher é mais severamente agredida, podendo a gravidade da agressão ser variável. Nesta fase aguda, os sentimentos e acções da mulher dirigem-se à sua sobrevivência.

Refere Silva (1995) que muitas mulheres provocam a precipitação desta fase, pela experiência acumulada lhes ter ensinado a sua inevitabilidade e pelo medo, raiva e ansiedade sentidos em crescendo durante a fase precedente. A experiência de maus-tratos também lhes ensinou que após o episódio violento se segue um período de acalmia.

3ª Fase – Esta fase, a última, tem sido classificada como a fase de “lua-de-mel” pois corresponde à manifestação de arrependimento do agressor, que se torna delicado, atencioso e apaixonado numa tentativa de compensar a sua esposa. Diz-se determinado a mudar o comportamento e faz promessas de que não a voltará a agredir.

A mulher quer acreditar nas promessas de alteração de comportamento e no amor que ele diz ter por ela, sente a esperança renovada de que a relação se pode manter sem as agressões. É esta esperança na mudança que a faz perdoar o agressor, mas quando ela começa a agir de forma mais liberta da pressão do companheiro, ele sente que ela está a ultrapassar o limite e que tem a responsabilidade de corrigir esse aspecto. Começa novamente o ciclo, que se repetirá sucessivamente.

A relação violenta vai assim evoluindo no tempo, em escalada contínua, com episódios violentos cada vez mais frequentes e com agressões mais graves que se continuam, em grande parte dos casos, vários anos.

1.3. Factores de risco de violência conjugal

Ramos (2004) considera que existem factores individuais e familiares de risco para a utilização da violência no seio da família, e dos quais salientamos:

- A história pessoal e familiar, como por exemplo a experiência pessoal de maus-tratos e de violência entre os pais;
- Inadequado suporte familiar e comunitário;
- Carência económica e desemprego;
- *Stress* ambiental, psicológico e frustrações inerentes a dificuldades quotidianas;
- Abuso de álcool ou de drogas.

A violência na família, entre cônjuges e sobre as crianças, vai hipotecar o futuro de adultos saudáveis, ao nível físico e mental, plenamente capazes de construir uma vida social e familiar produtiva e reconfortante. As implicações sobre os indivíduos

maltratados podem perdurar ao longo da vida e aumentam o risco de se tornarem pais violentos ou vítimas de violência (Ramos, 2004).

A violência sobretudo entre os pais é um factor major que predispõe as mulheres a que na idade adulta tolerem situações de violência infligidas pelos maridos e, a que os homens a exerçam sobre as esposas, pois integram estes comportamentos como normais nas relações afectivas (Gelles & Straus, 1988; Matos, 2002; Ramos, 2004; Calvino, 2007).

Ramos (2004) salienta que muitas mulheres com experiência actual de violência conjugal, têm no seu passado experiência de diversos tipos de violência.

A ocorrência de violência na família é multifactorial e a mesma autora concretiza que sendo os factores de ordem individual, psicológica e familiar importantes existem ainda outros factores culturais subjacentes e também de natureza socioeconómica e ambiental.

Muitos desses factores contributivos para a violência conjugal e para a sua “aceitação” pela mulher radicam na desigualdade entre o género feminino e masculino em diversas áreas sociais (Gelles & Straus, 1988; Silva, 1995; Calvino, 2007), nomeadamente:

- A dependência económica da mulher que se dedica ao trabalho doméstico e a cuidar da família, ou se trabalha pela baixa possibilidade económica que possui para progredir com a sua vida sozinha, porque tem filhos a seu cargo que representam responsabilidades económicas para as quais ela não tem condições económicas para corresponder.
- A maior dificuldade em conseguir emprego e a remuneração globalmente mais baixa nas remunerações femininas.
- A socialização que a tornou também afectivamente dependente, necessitada de protecção masculina e quis que ela valorizasse acima de tudo o colectivo familiar e que resulta de uma herança de séculos em que a mulher e os filhos foram considerados propriedade masculina.
- A estigmatização do divórcio e a culpabilização pela desarmonia familiar e insucesso relacional de que a mulher é alvo.

- O alheamento de familiares e vizinhos quando têm conhecimento do problema conjugal ou a pressão para a manutenção do casamento e para a resignação com a situação de agressões, tornam difícil o sucesso da denúncia do agressor.
- A inoperância de estruturas sociais diversas com responsabilidades de intervenção, protecção e prevenção em situações de violência conjugal ou de risco.

Silva (1995) e Calvino (2007) salientam a desilusão que a actuação das forças policiais provoca na mulher maltratada que a esses profissionais recorre pela ineficiência da actuação, a qual os próprios profissionais não acreditam ser válida pela frequente suspensão do processo de queixa ou por ele nunca ser formalmente iniciado.

As autoras reportam ainda a dificuldade de intervenção e a passiva aceitação do fenómeno por outros profissionais nomeadamente da saúde, que centram a actuação no tratamento das consequências na saúde actual, e da intervenção social que se centram exclusivamente nas condições materiais da vida.

“As atitudes e as respostas inadequadas dos profissionais e serviços relativamente ao problema da violência familiar, nomeadamente conjugal revelam não só carência de informação e de consciencialização sobre este problema e as suas consequências mas reflectem igualmente uma certa ambivalência da sociedade em geral, sobre este tipo de violência.” (Ramos, 2004, p.66).

Na interacção com os profissionais clínicos da saúde, as mulheres vítimas de violência conjugal têm comportamentos de ocultação pela vergonha da situação e pelo medo do agressor e não encontram nesses profissionais uma relação de empatia que lhes permita verbalizar a situação e pedir ajuda. A censura, a desvalorização da situação pelos profissionais e uma intervenção em saúde centrada no modelo biomédico causam insatisfação às mulheres e, por vezes, só são encaminhadas por profissionais de saúde em consequência de situações de saúde graves relacionadas com as agressões, nomeadamente espancamento violento e tentativa de suicídio (Calvino, 2007).

As dificuldades sociais e familiares que a mulher enfrenta e o seu desejo de acabar com a violência mas mantendo a relação afectiva, fazem com que se mantenha na relação violenta durante muitos anos com a esperança de que a violência se resolva. Desta forma, contribuem para que a violência conjugal continue a atingir um grande número de mulheres, que na actualidade já a denunciam em maior número e que a nível nacional

e internacional, é uma das causas de divórcio (Gelles & Straus, 1988; Ramos, 2004; Calvino, 2007).

2. Dados e contextos globais da violência conjugal contra a mulher

As sociedades parecem estar mais conscientes do problema da violência no mundo. Mais ou menos directamente convivem com ela através das tecnologias de informação. Porém, parece existir uma dualidade entre o que é socialmente condenável e o que continua a ser praticado, nomeadamente, ao nível da intimidade e da privacidade do lar.

A visibilidade do fenómeno da violência contra a mulher por um companheiro foi conseguida a partir das acções dos movimentos feministas renascidos em meados do séc. XX. Desde então, muitas têm sido as organizações que em todo o mundo têm abraçado a causa – ONU, organizações governamentais e não-governamentais.

“A violência pode encontrar-se em qualquer lar e em qualquer lugar. As vítimas pertencem a ambos os sexos, são novas ou velhas, ricas ou pobres, socialmente favorecidas ou não, politicamente influentes ou não.” (ONU, 2003).

Estudos sobre a problemática da violência no seio do casal têm revelado que esta não é exclusiva de casais heterossexuais acontecendo também em pares homossexuais. Contudo, o número de homens maltratados por mulheres é significativamente menor, além do facto de a violência física do homem contra a mulher, provocar com frequência maiores repercussões ao nível da sua integridade física (Gelles & Straus, 1988; Portugal, 2009a).

Esta problemática tem sido estudada sob várias perspectivas – saúde; económica; jurídica e criminal e considera-se que o impacto da mesma é muito negativo pelas alterações ao nível da saúde da mulher, pelas alterações ao nível da família e consequentemente ao nível social com custos financeiros, económicos e humanos.

Não obstante a intervenção, os planos de erradicação da violência, as campanhas de sensibilização, as directrizes, as leis, que têm sido produzidas para a redução do fenómeno, os dados continuam a ser preocupantes em todo o mundo.

Segundo o relatório *The World's Women: trends and statistics* (UN, 2010) a violência contra a mulher continua a ser sobretudo praticada por um companheiro e, havendo diferenças na prevalência da mesma nas diversas regiões do mundo, ela ocorre em qualquer zona geográfica mundial.

Segundo a OMS (2002) 10% a 69% da população feminina mundial foi agredida pelo seu companheiro em algum momento da vida. Para muitas mulheres agredidas fisicamente, não foi um acto isolado mas sim parte de um padrão de comportamento abusivo que frequentemente se compõe também de agressões psicológicas e numa terça parte a metade dessas mulheres também de agressões sexuais. A violência conjugal (independentemente do vínculo legal) masculina é a causa de um número significativo (40%-70%) de mortes de mulheres, em diversos países, como por exemplo no Canadá, Austrália, EUA, África do Sul. Estas percentagens contrastam com as de homens assassinados pelas suas companheiras que por exemplo nos EUA foram 4% no total dos vinte anos entre 1976 e 1996.

Ao considerar a violência contra a mulher uma forma particular de violência, a ONU contribuiu para a manutenção da discussão pública e para o estudo de um fenómeno por muitas décadas abafado pelo poder masculino, no refúgio privado das casas e no silêncio das mulheres vitimizadas. Tem produzido diversos documentos para combater a discriminação e a violência de que as mulheres por todo o mundo são alvo, como por exemplo a *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher*. A necessidade de agir sobre o fenómeno e de o manter como foco de atenção dos países levou a Assembleia Geral a instituir em 1999, o dia 25 de Novembro como o *Dia Internacional para a Eliminação da Violência Contra a Mulher*.

2.1. A violência conjugal nos países da União Europeia

A ocorrência de violência intrafamiliar tem sido, há várias décadas, uma preocupação de múltiplas organizações também ao nível europeu, nomeadamente no seio da União Europeia (EU) e no Conselho da Europa (CE) dos quais Portugal faz parte. O Parlamento Europeu tem uma comissão específica - Direitos da Mulher e Igualdade de Género e o *Lobby Européen des Femmes* (LEF) que desde 1990 representa um grande número de organizações não governamentais de mulheres de diversos países de todo o

continente Europeu, entre as quais uma associação Portuguesa - Associação de Mulheres Contra a Violência Doméstica (AMCV) – que trabalha em estreita articulação com o Conselho da Europa e tem um observatório próprio, com o objectivo de monitorizar a violência contra a mulher e as acções dos países no sentido de eliminar todas as formas de violência contra as mulheres. Também a Amnistia Internacional (AI) intervém no espaço geográfico Europeu sobre este fenómeno.

A violência contra a mulher tem estado na agenda política dos países, e diversas organizações governamentais e não-governamentais, a nível nacional, internacional e mundial (CE; ONU; LEF) e têm sido produzidos diversos documentos, estratégias, orientações e estudos de investigação com vista à diminuição, eliminação e mais profundo e abrangente conhecimento sobre esta forma de violência. Contudo a violência masculina contra a mulher no espaço doméstico e outros (por exemplo no local de trabalho) tem persistido (EWL, 2011).

A violência contra a mulher, exercida por um elemento masculino, companheiro ou ex-companheiro tem uma significativa prevalência nas comunidades dos diversos países da Europa.

Na Suíça, um inquérito a 1500 mulheres com idade entre os 20 e os 60 anos, a coabitar com companheiro masculino, mostrou que quase uma mulher em oito sofria violência física, uma em nove de violência sexual e 40,3% sofriam violência psicológica (LEF, 1999). Ramos (2004) aponta os resultados de um estudo também desenvolvido na Suíça por Gillioz *et al.* em 1997, que apontava para 20% de casos de violência física e/ou sexual nas mulheres que no ano anterior se tinham separado.

A mesma autora refere que o *British Crime Survey* apontava em 1992 para 80% de casos de violência dos maridos ou ex-maridos às suas companheiras. O LEF (1999) refere que o mesmo organismo Inglês em 1996 divulgou que 46% de todas as formas de violência contra as mulheres aconteceram no espaço doméstico e que em 60% dos casos o autor foi o companheiro e em 21% o ex-companheiro.

Segundo aponta o LEF (2011) no Reino Unido, 2 mulheres morrem por semana em consequência da violência exercida por companheiros ou ex-companheiros. Em França 1 mulher morre de 2 em 2 dias nas mesmas circunstâncias e na Irlanda 1 em cada 5 mulheres sofrem violação ou tentativa de violação conjugal.

Outro estudo realizado na Bélgica (1998), segundo a mesma fonte, com participação de 1000 mulheres, concluiu que os autores de violência física e sexual contra mulheres foram os companheiros em 48,4% dos casos. Também na Finlândia, no mesmo ano, um estudo com 7100 mulheres entre os 18 e os 74 anos revelou uma taxa de violência de 22% das mulheres casadas ou em coabitação.

Em Itália, um estudo realizado em 1998 com 20.064 mulheres revelou que 14,5% das violações foram cometidas por maridos ou noivos. Um outro estudo de 1996, no mesmo país, divulgou que o autor da violência foi o companheiro ou o marido em 77,7% das mulheres vítimas de violência (LEF, 1999).

Suportada num estudo de Romito (2000) também realizado em Itália, Ramos (2004) refere que nas 510 mulheres que tinham recorrido a serviços de urgência, 6% tinha sido vítima de violência física e sexual nos últimos 12 meses e que 16%, estando separadas ou divorciadas, foram vítimas desse mesmo tipo de violência no ano seguinte à ruptura da relação conjugal.

Os dados do *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* do Governo de Espanha (2012) revelam que as mulheres vítimas mortais por violência foram 61 no ano 2011 e 52 no ano 2012, tendo as agressões sido cometidas pelo companheiro, ex companheiro ou na fase de ruptura da relação afectiva. Nos anos referidos, segundo a mesma fonte, houve 16,1% e 14,6%, respectivamente, de denúncias de violência contra mulheres.

Segundo o LEF (2010; 2011), na EU, 1 mulher em 5 é vítima de violência pelo companheiro ou ex-companheiro e essa violência continua a ser a maior causa de morte nas mulheres dos países da UE. 95% dos casos de violência ocorrida em casa, são contra as mulheres e por dia, na EU, morrem 7 mulheres em consequência da violência doméstica. Os custos económicos, da violência contra as mulheres estimaram-se em 16 biliões de euros no ano de 2006, nos 27 países da EU.

2.2. A violência conjugal em Portugal

Em Portugal, à semelhança de muitos outros países, a violência nas relações afectivas é maioritariamente praticada por homens sobre as mulheres.

Os homens vítimas de violência sofrem actos violentos – físicos, sexuais, psicológicos e de discriminação sexual - praticados por outros homens, habitualmente amigos, desconhecidos ou os pais. A maioria das vezes praticados em locais públicos ou de trabalho. A probabilidade de um homem ser vítima de violência doméstica é 3 vezes menor do que a da mulher (Portugal, 2009a).

Um estudo português referente à prevalência da “*violência contra as mulheres*”, desenvolvido por Lourenço, Lisboa & Pais (1997) citado por Matos (2002), revelou que em Portugal as mulheres estão sujeitas a diversos tipos de maus-tratos conjugais, assim distribuídos:

- Violência psicológica – 50,7%;
- Violência sexual – 28,1%;
- Violência física – 6,7 %.

Estes três tipos de violência, a violência económica e a destruição de bens materiais, praticados em associação, foram verificados numa investigação realizada pelo Instituto de Medicina Legal do Porto, na qual participaram 66 mulheres que tinham apresentado queixa por agressão cometida pelo companheiro, entre os anos de 1992 a 1995 inclusive. A totalidade destas mulheres tinha sido vítima de violência psicológica; 73% sofreram agressões físicas e sexuais; 52% tinham sido sujeitas a violência económica e 50% mencionaram violência relacionada com a destruição de bens materiais (Portugal, 2009).

Os dados do inquérito nacional português, sobre violência e género realizado em Portugal em 2007, coordenado por Manuel Lisboa, apontam uma prevalência global de violência contra as mulheres - física, psicológica e sexual - de 38%, ou seja, é afectada por este tipo de violência cerca de 1 em 3 mulheres, com 18 anos ou mais;

O mesmo estudo permitiu verificar que a associação de mais do que um tipo de violência continua a ocorrer numa percentagem considerável de mulheres (36%). A

violência psicológica é a mais praticada (45%) seguida da violência física (33%) e depois a violência sexual (28%);

Os autores da violência continuam a ser maioritariamente homens (74,7%) e têm ou tiveram uma relação afectiva com a vítima.

- As vítimas são de todas as idades e meios socioculturais.

Deste estudo surgiu uma evolução positiva, pois permitiu constatar um decréscimo de 10% na prevalência global da violência contra as mulheres (física, psicológica e sexual) que passou de 48 para 38% (Portugal, 2009a).

Os dados da APAV sobre violência doméstica, também corroboram que a violência é transversal a todos os estratos sociais, que há vítimas e agressores de todos os níveis de instrução, com diversas profissões ou ocupações laborais e que as vítimas são sobretudo mulheres em idade reprodutiva.

Segundo o relatório anual da mesma associação, no ano 2012 a violência doméstica representou 83,6% do total dos crimes cometidos, revelando uma discreta descida face ao ano 2011, em que essa percentagem foi de 85%. Os maus-tratos psíquicos ocorreram em 36% dos casos, os maus-tratos físicos em 26,7% dos casos e os de natureza sexual subiram 94,1%. Este último tipo de violência registou 264 casos, com um aumento de 128 casos face ao ano anterior.

As características do agressor não sofreram variação qualitativa significativa nos dois últimos anos. Continuaram a ser maioritariamente homens (79,5%), com idade entre os 36 e os 50 anos, estando 38,9% dos mesmos casados e 36,7% estavam empregados. O nível da instrução mais representado era muito baixo (ler/escrever).

Quanto ao perfil das vítimas, foram maioritariamente mulheres (81,1%), com idades compreendidas entre os 25 e os 54 anos (28,6%). 36% eram casadas e viviam num agregado familiar de tipo nuclear, com filhos em 42,8% dos casos. Destas vítimas, 32,6% estavam empregadas, e o nível de instrução mais saliente era a formação académica ao nível do ensino superior (7%) e sem instrução (8,3%).

O tipo de relação do agressor com a vítima era maioritariamente uma relação afectiva de intimidade, sendo 34,4% cônjuges e 13,8% companheiro(a). Em 13,5% das vítimas o autor do crime tinha sido o ex-cônjuge ou ex-companheiro(a).

Em 2012, as vítimas adultas (até aos 64 anos) de violência doméstica foram 5669 mulheres e 646 homens e as agressões ocorreram na residência comum em 49,2% dos casos (APAV, 2013).

Estes dados permitem perceber a transversalidade sociodemográfica da violência e a sua incidência em idades que correspondem a fases da vida em que as pessoas já formaram uma família, à qual devem assegurar afecto e segurança.

A fase etária da mulher maltratada é também aquela em que é esperado que seja laboralmente produtiva, podendo a violência conjugal comprometer essa função, por motivos de saúde e absentismo laboral.

A violência contra a mulher determina risco de vida que muitas vezes aumenta com a decisão da mulher romper com a relação abusiva.

O Observatório de Mulheres Assassinadas (OMA), uma iniciativa da União Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR), monitoriza desde 2004 as mortes de mulheres por violência, em Portugal, no sentido de acompanhar e desocultar esta realidade nacional, conhecer a problemática e contribuir para minimizar e prevenir a ocorrência do femicídio, ou seja, o homicídio ou tentativa de homicídio cometido contra mulheres pela desigualdade de género.

Segundo os dados do OMA, entre o ano 2004 e o ano 2012, a maioria das mortes de mulheres foram provocadas por cônjuges ou ex-cônjuges, assim como as tentativas femicídio. No ano 2012 houve 40 femicídios dos quais 21 foram cometidos no âmbito de uma relação de intimidade e 8 após a ruptura da relação. Este número corresponde a 72,5% do total de mulheres mortas nesse ano e a maioria dessas mulheres tinham entre 36 e 50 anos de idade. No mesmo período foram executadas 53 tentativas de femicídio. Neste cenário, 77 filhos ficaram sem as mães e houve 45 vítimas associadas. Destas, 8 pessoas foram vítimas directas, das quais 4 foram mortais. As restantes pessoas (37) foram vítimas indirectas que presenciaram os crimes.

No 1º semestre de 2013 foram cometidos 20 femicídios e ocorreram 21 tentativas de femicídio, praticados no âmbito de uma relação conjugal (12 dos femicídios) ou após a sua ruptura (5 dos femicídios). Foram vitimizadas por associação aos crimes 11 pessoas. 8 pessoas foram vítimas directas, das quais 4 mortais e 3 foram vítimas indirectas por presenciarem os crimes.

Destes casos, muitos eram do conhecimento de pessoas significativas da vítima e uma parte considerável dos mesmos tinha sido previamente denunciada por violência conjugal.

No ano 2012 houve um aumento do número deste tipo de crime, comparável com a quantidade que tinha sido verificada no ano 2007.

Nos crimes em que foi possível conhecer as motivações do seu autor, verificou-se as relacionadas com o poder patriarcal e a desigualdade de género foram as mais expressivas e as seguintes: a violência conjugal; a não-aceitação da ruptura da relação afectiva ou por pedido de divórcio; os ciúmes e as atitudes de possessão em relação à mulher. A psicopatologia e o consumo de álcool ou outras substâncias aditivas foram as justificações dos crimes menos evidenciadas (OMA, 2013; 2013a).

A violência conjugal é uma problemática que desconsidera os direitos humanos e que empobrece o capital humano das sociedades tanto pelas mortes precoce que provoca como pela perda do capital de saúde de muitas mulheres, de pessoas significativas e dos filhos que são directa ou indirectamente vitimizados por um agressor que não sendo reabilitado vai vitimizar outras mulheres em futuras relações, num ciclo infernal de perdas e sofrimento humano.

2.2.1. Políticas e recursos sociais no âmbito da violência conjugal em Portugal

A sociedade portuguesa viveu durante muitos anos, até há poucas décadas, imersa na diferenciação entre homens e mulheres e, foi nesse contexto social que muitos adultos de hoje foram socializados e que por sua vez socializarão os mais novos num ciclo ininterrupto de atitudes e comportamentos que traduzem ambiguidade na relação entre os géneros. A igualdade entre homens e mulheres, ainda que atenuada e pretendida, ainda não é paritária nas diversas dimensões da vida social.

A comunidade internacional, através de instituições como a ONU e o Conselho da Europa, tem vindo a desenvolver um trabalho político conducente à igualdade de oportunidades para homens e mulheres e que promova a alteração das mentalidades concretizando-se na alteração dos comportamentos e não só no plano jurídico.

O Conselho da Europa (CE), do qual Portugal faz parte, a Amnistia Internacional (AI) que tem acção no país, a Associação de Mulheres Contra a Violência Doméstica (AMCV), que integra o *Lobby Européen des Femmes* (LEF), o qual, desde 1990, representa um grande número de Organizações não governamentais de mulheres (4000) de diversos países de todo o continente Europeu e que trabalha em articulação com o Parlamento Europeu e o Conselho de ministros da União Europeia, evidenciam o reconhecimento da importância e da vontade de Portugal intervir na problemática da violência contra a mulher, em articulação com outros países.

Em Portugal tem sido crescente a preocupação com este fenómeno, traduzida em acções de organizações governamentais e da sociedade civil; na produção de leis específicas e consubstanciada como crime público no Código Penal Português, no art. 152º conforme a Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro publicada no *Diário da República, 1.ª série — N.º 170 — 4 de Setembro de 2007* e de planos nacionais contra a violência doméstica; na realização de campanhas de sensibilização e de divulgação de recursos de apoio às mulheres agredidas, mas *“no quotidiano da vida familiar e social, é o costume que faz lei; e o costume, os hábitos, só lentamente seguem a evolução que se passa fora do lar.”* Esta lenta evolução de mentalidade torna ainda possível que nas relações afectivas e na família os direitos fundamentais não estejam totalmente integrados nas atitudes e comportamentos, com o poder ainda centrado no masculino e que se impõe à fragilidade do feminino (Silva, 1995, p.85-86).

Os dados sobre a prevalência da violência doméstica são reveladores da persistência da violência contra a mulher, sobretudo por um elemento masculino com quem tem ou teve uma relação afectiva.

Muito se tem realizado em Portugal, a nível governamental e não-governamental, nos diversos sectores sociais como o jurídico e da justiça, o da segurança, do apoio e protecção social, na informação, divulgação e sensibilização, para que se consiga alterar este fenómeno psicossocial que persiste e que só se altera muito lentamente.

Desde a criação da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género que diversas medidas têm sido implementadas para promover a igualdade entre homens e mulheres e, entre outras problemáticas, contribuir para reduzir a violência contra a mulher e produzir e monitorizar os sucessivos planos nacionais contra a violência doméstica, estando em vigor o IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2011-2013). A

produção de leis para punição dos agressores e para apoio e protecção das vítimas, quer ao nível social como dos recursos de saúde, têm-se constituído medidas para minimizar as consequências e reduzir o número de casos.

Portugal detém diversos recursos que ao nível das comunidades pretendem apoiar, encaminhar e proteger as vítimas de violência. Destes, salientamos a rede nacional de núcleos de atendimento às vítimas de violência doméstica; as casas-abrigo espalhadas pelo país; a possibilidade de teleassistência a vítimas de violência doméstica; os gabinetes para resolução alternativa de litígios que proporcionam apoio jurídico a pessoas de poucos recursos económicos; um sistema electrónico de denúncia e outro para vigilância à distância dos agressores; as equipas de proximidade e de apoio à vítima da Polícia de Segurança Pública; a linha telefónica de emergência social (144) e a linha telefónica verde para atendimento a vítimas de violência doméstica (800 202 148), que funcionam as 24h/dia; as intervenções no terreno de ONG's vocacionadas para o atendimento em crise, apoio e encaminhamento das vítimas de violência como a APAV, a UMAR, AMVC que disponibilizam diversos serviços de apoio jurídico, emocional e psicológico, social e, ainda, *sites* na internet com informação diversa dirigida às mulheres. Têm sido realizadas várias campanhas que pretendem consciencializar a população em geral para o fenómeno, divulgar os recursos e estimular os comportamentos que permitam reduzir e prevenir a violência de género, como por exemplo as campanhas sobre a violência no namoro.

Existem outros apoios sociais destinados às vítimas de violência conjugal como por exemplo, a isenção de taxas moderadoras no sistema nacional de saúde (SNS) e outros apoios financeiros bem como medidas favorecedoras da reintegração social, como a formação profissional, e a mobilidade laboral quando necessária a deslocação da vítima para a proteger.

Também para a intervenção nos agressores tem havido investimento ao nível da investigação e na intervenção psicoterapêutica para a sua reabilitação. Nesta dimensão foram pioneiras duas das universidades públicas portuguesas, no norte do país – a Universidade do Minho através da “Unidade de Investigação Aplicada em Justiça e Violência” e a Universidade do Porto pelo “Gabinete de Estudos e Atendimento a Agressores e Vítimas”. No âmbito da intervenção aos agressores já há alguns programas

no país a serem desenvolvidos em parcerias interministeriais e com instituições locais e regionais para implementação dos mesmos ao nível nacional (Portugal, 2012a; 2013).

Gonçalves (2007) defende a intervenção junto do agressor, orientada por um paradigma cognitivo-comportamental, que requer um trabalho em rede que vise a avaliação e o tratamento de comportamentos aditivos, o diagnóstico e a compensação de psicopatologia e a melhoria das condições socioeconómicas e de educação, do apoio a pessoas carenciadas e dos programas de prevenção de consumos aditivos.

A evidência tem demonstrado que a punição dos agressores não é por si só suficiente nem desejável enquanto medida isolada. Os crimes após as rupturas das relações violentas, a reincidência dos comportamentos abusivos e o risco de serem usados em novas relações, são realidades que é necessário ter em conta para uma efectiva intervenção na violência conjugal que não deve ser exclusivamente centrada na vítima mas também no agressor. A este propósito, Manita (2008) salienta a necessidade de consciencializar o agressor, responsabilizá-lo pelos seus actos e levá-lo à alteração do comportamento violento. Estas intervenções são fundamentais para proteger a vítima e reduzir potenciais vítimas, para diminuir os crimes de violência doméstica e para diminuir todos os custos sociais que estão associados ao fenómeno.

Para a intervenção nesta problemática psicossocial requerem-se profissionais sensibilizados e com formação para no âmbito das suas funções saberem atender e encaminhar as mulheres. Esta, tem sido uma preocupação evidenciada no país pela implementação de programas com vista à sensibilização e formação específica de profissionais. São exemplos deste investimento, as equipas das forças de segurança formadas para o efeito, a publicação, em 2006, de um guia dos recursos disponíveis no país na área da violência doméstica, pela Estrutura de Missão contra a Violência Doméstica do Ministério da Solidariedade, do Trabalho e da Segurança Social e a produção de um manual dirigido a profissionais de saúde no sentido de servir como guia de boas práticas, coordenado por Celina Manita e publicado pela Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (2009).

Portugal dispõe do “Observatório Nacional da Violência e Género” (ONVG), criado em 2008 e sediado na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

O ONVG⁽²⁾ tem como objectivos monitorizar e avaliar a produção científica e construir um corpo de conhecimento que permita acompanhar o fenómeno, avaliar as políticas e realizar comparações internacionais.

Também a investigação sobre a violência doméstica e conjugal tem vindo a ser desenvolvida no país bem como os estudos sobre os seus custos sociais e económicos.

No distrito de Viana do Castelo, existem os recursos estatais criados para o país. Um núcleo de atendimento a vítimas de violência doméstica sediado no Gabinete de Atendimento à Família (GAF) que é uma IPSS criada na cidade de Viana do Castelo e uma casa-abrigo. No concelho de Caminha, está sediada uma ONG com gabinete de apoio a vítimas de violência doméstica – RECOMEÇAR – que tem intervenção distrital, disponibiliza de serviços de apoio jurídico, psicológico e social com intervenção comunitária.

Apesar destes recursos na comunidade é necessário proporcionar às mulheres vítimas de violência conjugal mais informação sobre os mesmos e o apoio e o encaminhamento adequado para a resolução da sua situação e dos seus filhos, a partir de serviços com profissionais preparados e competentes, capazes de acolher sem juízos de valor e de saber ouvir e capacitar as mulheres (Ramos, 2004; Calvinho, 2007).

A criação de recursos deve contemplar a dotação de meios humanos capazes de trabalhar em efectiva parceria e de desenvolver uma intervenção mais integrada e articulada que permita fazer face a um fenómeno de extrema complexidade pelas múltiplas dimensões individuais, culturais, sociais, económicas e políticas de que se reveste.

² <http://onvg.fcsh.unl.pt/index.php>

CAPÍTULO 2 – VIOLÊNCIA CONJUGAL E SAÚDE DA MULHER

1. A saúde como recurso no *continuum* da vida

A saúde é considerada um direito fundamental a qualquer ser humano, independentemente da raça, religião, ideais políticos ou condição económica e social.

A saúde é, no conceito holístico que a OMS tem vindo a desenvolver, uma importante dimensão da qualidade de vida das pessoas, numa combinação integrante de saúde física, bem-estar psicológico e social (Ramos, 2004).

A mesma autora reportando-se a O'Donnell (1986) nomeia como dimensões da saúde - *Saúde emocional; Saúde intelectual; Saúde social; Saúde espiritual; Saúde física* – e cita a importância de obter equilíbrio entre todas elas no sentido de a manter e enriquecer.

Este conceito de saúde pressupõe que todos aqueles que têm responsabilidades ao nível da saúde, os profissionais do terreno mas também os decisores políticos, o integrem nas suas práticas, descentrando a sua atenção da dimensão física, da patologia em si, para compreenderem o processo de saúde e de doença e os abordarem em toda a sua abrangência (Calvino, 2007).

A psicologia da saúde tem vindo a estimular a compreensão da saúde de uma forma integrante das dimensões de corpo-mente em interacção com o ambiente social. Na perspectiva biopsicossocial a saúde e a doença existem num *continuum* em que o indivíduo progride. Isto pressupõe que um indivíduo não seja considerado num estado estanque e classificado como doente ou saudável. No *continuum* de saúde, a doença já não é exclusivamente atribuída a um factor biológico mas entendida como resposta a uma multiplicidade de factores – biológicos, psicológicos e sociais – em complexa e permanente interacção. Este modelo preconiza, ainda, o indivíduo como responsável pela sua saúde e pelo tratamento necessário em situação de doença tanto na tomada de decisão terapêutica informada e consentida, como pelo cumprimento da adesão ao mesmo (Ogden, 2000).

A saúde e a doença são determinadas pela influência de factores orgânicos, psicológicos, sociais e ambientais. Nesta teia de influências, o indivíduo agirá com comportamentos protectores da sua saúde e com comportamentos que poderão causar desequilíbrios e doença. A adaptação e a gestão destes acontecimentos serão determinados pela conjugação dos mesmos factores, ou seja, pela capacidade de confronto emocional e comportamental, pela capacidade de percepção e de cognição que lhe permitem responder à adversidade, mobilizando os recursos pessoais e do meio e gerindo os condicionalismos biológicos, ambientais, psicológicos e sociais. Nesta abordagem interactiva da saúde e da doença foram desenvolvidos alguns modelos sistémicos e ecológicos, sistematizados e analisados por Ramos (2004) e que passamos a apresentar.

O *modelo transaccional* de Lazarus e Folkman (1984) descreve a adaptação do indivíduo a uma situação de *stress* ou adversidade. Essa adaptação decorre em duas fases:

- Avaliação da situação e dos acontecimentos – Nesta fase decorrem dois tipos de avaliação. A avaliação primária do evento: avaliação subjectiva da situação e das suas implicações; e a avaliação secundária dirigida à identificação de recursos e de alternativas possíveis para responder ao acontecimento.
- Elaboração de estratégias de adaptação – As estratégias de *coping* podem ser de âmbito comportamental, emocional e cognitivo como forma de intervir na situação ou transformar-se a si próprio.

O *Modelo ecológico de saúde* de Taylor *et al.* (1997) propõe dois macro factores de influência sobre a saúde – o ambiente social global e o ambiente social proximal. Ambos se desdobram em múltiplos factores que interagem continuamente, como o nível socioeconómico, a etnia e a cultura, o país, a família, o meio profissional ou o escolar e o grupo de pares. Estes factores podem ter influência positiva ou negativa sobre o indivíduo, constituindo-se como factores agravantes ou protectores da saúde e da resposta do indivíduo a uma situação adversa. As condições socioeconómicas mais débeis, por exemplo, são um factor de risco para a saúde e por vezes, é agravado por aspectos culturais ou étnicos, como as crenças e os comportamentos, e pela dificuldade no acesso aos cuidados de saúde. Também a família e o grupo de pares são agentes determinantes na resposta a eventos de vida, podendo representar factores de suporte e

protecção ou os opostos. A personalidade do indivíduo é outra dimensão importante da saúde, pois os traços da personalidade podem revelar-se em atitudes e comportamentos favoráveis ou desfavoráveis à saúde e influenciar a resposta à situação de doença.

A carta de Ottawa, em 1986, veio dar luz a um conceito positivo de saúde, proclamando-a um recurso para a vida diária e não um objectivo da vida. A responsabilidade por esse recurso pretende-se, na actualidade, compartilhada pelas atitudes individuais e por todas as estruturas sociais, políticas, económicas e ambientais (OMS, 1986).

A promoção da saúde é um conceito fundamental que visa o envolvimento da sociedade global com o objectivo de permitir a todos um maior controlo sobre a sua saúde e a aquisição e desenvolvimento de habilidades que permitam melhorá-la (OMS, 1986).

Na declaração de Yakarta são estabelecidas as prioridades para a promoção da saúde para o séc. XXI, entre as quais destacamos as seguintes:

- Promover a responsabilidade social, que se pretende assumida nas políticas e nas práticas, quer do sector público como do privado para que a saúde seja promovida e defendida;
- Aumentar a capacidade da comunidade e a capacitação (*empowerment*) dos indivíduos, ou seja, dotar as pessoas de habilidades individuais que lhes permitam tomar decisões e controlar a sua própria vida, relativamente à saúde, mas também de capacidade de mobilização colectiva que permita uma maior influência sobre as condições que influenciam a saúde da comunidade (OMS, 1997, 1998).

Podemos afirmar que a saúde é um bem essencial que pode ser aumentado e melhorado. Para isso, são imprescindíveis práticas que impulsionem atitudes individuais positivas para a saúde, políticas que visem a melhoria da qualidade de vida das populações, como por exemplo a equidade de acesso a cuidados de saúde que a promovam, que previnam e tratem a doença reabilitando os indivíduos, e condições socioeconómicas e ambientais promotoras de bem-estar individual e colectivo.

2. A violência conjugal como problema de saúde

O *World Report on Violence and Health* denuncia a violência como responsável pela perda de 1.8 milhões de pessoas em todo o mundo, com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos. Contudo, acredita-se que este número não traduz a amplitude do fenómeno e que muitas mais pessoas estão sujeitas a sofrimento e a problemas de saúde em consequência da violência. Esta representa custos avultados para a economia dos países essencialmente pelos gastos em saúde, em apoio social, pela perda ou baixa capacidade de produtividade laboral e pelos gastos com o sistema judicial e penal, considerando só os custos directos e quantificáveis. O custo do sofrimento, das repercussões noutros familiares ou pessoas significativas e as mortes prematuras não são passíveis de serem traduzidos em valores. As mulheres agredidas nas relações de conjugalidade são-no muitas vezes em frente aos filhos, aos quais poderá não conseguir assegurar em pleno os cuidados maternos, como essas crianças sofrem consequências ao nível do seu crescimento e desenvolvimento que pode comprometer a sua saúde e o seu futuro. A violência no casal assistida por crianças tem repercussões tão graves quanto a que é directamente dirigida à criança (WHO, 2002).

O mesmo relatório reitera que a violência conjugal ainda é maioritariamente exercida por um homem sobre a mulher, expressa por actos violentos de cariz físico, psicológico e sexual, sendo habitualmente as agressões múltiplas e prolongadas no tempo. Estas agressões são responsáveis por diversas repercussões ao nível da saúde, embora não sejam na sua maioria mortais, causam impacto negativo considerável na vítima, que se prolonga para além do término dos maus-tratos, comprometendo a sua saúde futura. As vítimas de violência sofrem mais problemas de saúde e recorrerem com mais frequência e por períodos maiores de tempo aos serviços de cuidados em saúde, nomeadamente aos serviços de urgência, a consultas, são mais sujeitas a internamentos e a cirurgias e recorrem mais frequentemente a farmácias.

A investigação que tem sido desenvolvida em diversos países revela a existência de uma forte relação entre violência conjugal e repercussões graves na saúde física, reprodutiva e mental das mulheres (OMS, 2005).

A violência doméstica contra a mulher é considerada pela Organização Mundial de Saúde como um problema e uma prioridade de saúde pública que requer uma resposta multisectorial articulada na qual é necessária também a intervenção dos profissionais de saúde ao nível da prevenção, do diagnóstico e do acompanhamento da mulher com alterações de saúde por violência (OMS, 1996; 2001; 2005; WHO, 2002).

Segundo o Conselho da Europa (2002) citado por Pais (2006) *“A violência contra as mulheres no espaço doméstico é a maior causa de morte e invalidez entre mulheres dos 16-44 anos, ultrapassando o cancro, acidentes de viação e até a guerra”* (p.1).

Machado & Gonçalves (2002) chamam a atenção para o facto da violência exercida por alguém com quem existem laços afectivos ser passível de provocar lesão física mais grave, do que quando perpetrada por um estranho. A OMS (2005) salienta que o risco da mulher ser violentada por pessoas das suas relações afectivas é superior ao risco de o ser por uma pessoa que lhe é estranha.

As agressões no seio do casal têm socialmente maior visibilidade mas são ainda culturalmente toleradas, não muitas vezes no discurso mas no não agir das pessoas da comunidade e das relações mais próximas do agressor e da agredida.

Muitas mulheres têm medo e vergonha em falar sobre relações conjugais violentas que vão tolerando ao longo de vários anos, com nefastas repercussões ao nível da saúde física e mental, a curto e a longo prazo. A saúde física e mental não são dimensões isoladas mas sim integradas num processo dinâmico em permanente interacção com os factores biológicos, psicológicos, culturais e sociais (Ramos, 2004).

Assim, podemos afirmar que a violência no seio de relações afectivas é um grande factor de risco para a saúde.

2.1. As repercussões da violência conjugal na saúde da mulher

Secundários à violência manifestam-se muitos problemas graves ao nível da saúde das mulheres. Esses problemas de saúde incluem problemas de ordem física mas também mental, em episódios agudos mas que se podem tornar crónicos ou permanentes.

As mulheres maltratadas revelam frequentemente sintomas ou síndromes psicossomáticos que podem ser uma camuflagem de maus-tratos.

Os resultados de qualquer dos tipos de actos de agressão de que a violência conjugal se pode constituir têm impacto negativo ao nível da saúde da mulher. Estas implicações negativas são habitualmente de mais fácil e imediato diagnóstico, quando são provocadas por agressões que deixam marcas no corpo, mas não sendo macroscopicamente visíveis as implicações psicológicas e psicossomáticas são consideráveis (Portugal, 2005).

As consequências físicas, como as diversas lesões em diferentes graus de gravidade são mais imediatas, contudo o sofrimento psicológico tem consequências psicossomáticas e debilita a saúde mental da mulher (WHO, 2002; Ramos, 2004).

A dinâmica da violência conjugal caracteriza-se por acontecimentos traumáticos e consecutivos por motivos arbitrários que a mulher não consegue prever nem evitar. Estes acontecimentos traumáticos incontroláveis e sucessivos, independentes da sua capacidade de controlo, geram altos níveis de *stress*, de insegurança e provocam a percepção de descontrolo. Desta forma, a capacidade de resiliência da mulher vítima sofre um enfraquecimento que a torna vulnerável e exposta a diversos riscos.

Como salienta Ramos (2004) a resiliência como processo de reconstrução psíquica favorecedora da adaptação e da reconstrução positiva dos indivíduos face a circunstâncias de vida adversas, é um processo complexo e potencial de todos os seres humanos, que resulta de condições internas do indivíduo em interacção com os contextos exteriores de vida. Pode alterar-se ao longo do trajecto e tem associados factores protectores e de risco, nomeadamente:

- *Consciência da sua auto-estima e auto-confiança*: O sentimento positivo sobre si próprio e considerar o seu valor pessoal são características do indivíduo resiliente, que favorecem a interacção social e que permitem o equilíbrio e o bem-estar psicológico;
- *Consciência da sua auto-eficácia*: Capacidade que permite ao indivíduo prever e planear com confiança e sentir convicção no desempenho das funções que acredita que são necessárias para a obtenção de sucesso.

- *Abordagens de resolução de problemas sociais:* Para o indivíduo o conseguir são favorecedoras as relações familiares e extra familiares de qualidade e, as experiências pessoais anteriores positivas. O suporte social é basilar, nomeadamente o apoio emocional que o indivíduo obtém dos seus familiares e das relações entre pares.

O contexto de violência conjugal fere gravemente os factores de resiliência pessoais pela vitimização da mulher e pelo prejuízo que causa no seu ambiente familiar e social. O empobrecimento das relações significativas e a falta de suporte informal e formal não lhe permitem manter a capacidades de resiliência, tornando-a vulnerável e exposta a riscos acrescidos para a saúde, que podem variar conforme a forma como o fenómeno é elaborado psicologicamente (Ramos, 2004).

As vítimas deste tipo de violência apresentam maior número de problemas de saúde tanto no imediato como a longo prazo, com maior número de consultas médicas e de cirurgias, recorrem aos serviços de urgência hospitalar com mais frequência, são mais propensas a comportamentos de risco para a saúde como o tabagismo, o etilismo, consumo de drogas, sedentarismo e apresentam mais vezes baixa por doença, ao longo de toda a sua vida. As consequências são tanto mais devastadoras para a saúde quanto maior a gravidade dos maus-tratos, a sua frequência e a duração. Estes dois últimos factores parecem ser os responsáveis pelos efeitos negativos cumulativos na saúde e permanência do prejuízo do capital de saúde das mulheres vitimizadas que consequentemente sofrem uma degradação da qualidade de vida (WHO, 2002; Wijma *et al.*, 2007; Humphreys *et al.* 2011a).

Campbell *et al.* (2002) verificaram através de um estudo com mulheres vítimas de violência conjugal e mulheres não vítimas, com acesso semelhante aos cuidados de saúde, que as primeiras apresentavam mais problemas de saúde (50-70% mais que as não vítimas) e tinham pior percepção sobre o seu estado de saúde.

Os maus-tratos físicos, sexuais e psicológicos estão directamente relacionados com as repercussões na saúde da mulher. Contudo, as alterações biofísicas (e.g. trauma, infecções) são mais facilmente diagnosticadas por oposição às agressões psicológicas, que são invisíveis aos outros e revestidas da enorme subjectividade individual.

O impacto da violência na saúde pode manifestar-se de múltiplas formas ao nível das dimensões física e mental:

Trauma físico – como as queimaduras, as fracturas, os hematomas, as feridas cortocontusas, as lesões anais, genitais, de órgãos que podem, pela sua gravidade, provocar incapacidade física permanente ou mesmo a morte;

Disfunções – como as síndromes de dor crónica, a síndrome do cólon irritável, os problemas digestivos, a fibromialgia e outros transtornos e sintomas físicos diversos sem causa médica detectável, estão frequentemente presentes em estudos de investigação e são ainda mais frequentes do que as lesões por trauma físico;

Alterações na saúde mental – como os sentimentos de culpa e a vergonha, a baixa auto-estima, o consumo de substâncias aditivas, as alterações do padrão do sono e alimentar, a ansiedade, a depressão, as fobias, o transtorno por *stress* pós-traumático, maior risco de suicídio ou de tentativas;

Alterações sexuais e reprodutivas – como a disfunção sexual, a gravidez não desejada, o aborto espontâneo ou provocado, as complicações da gravidez, os transtornos do aparelho genital e reprodutor, a doença pélvica inflamatória, a esterilidade, as infecções sexualmente transmissíveis (IST), nomeadamente vírus imunodeficiência humana/síndrome imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA). De referir que a mortalidade materna tem uma significativa relação com a violência exercida por um companheiro, ainda que em muitos casos inadvertidamente. A mortalidade por VIH/SIDA é também de salientar já que muitas mulheres são infectadas em relações sexuais não desejadas e por estarem associadas às relações abusivas mais dificuldades na utilização de medidas de contraceção e especialmente para utilizar o preservativo como método de protecção das IST. A violência na gravidez está também relacionada com a vigilância pré-natal tardia, com o parto pré-termo, com a mortalidade perinatal, com as lesões fetais e com recém-nascido de baixo peso (WHO, 2002; Campbell, 2002a; Ramos, 2004).

Ser vítima de abuso sexual e de violência doméstica representa um maior risco de depressão, de abuso de drogas e de álcool, de suicídio e de outros distúrbios psiquiátricos (Heise, 1994; Campbell, 2002a).

Um estudo português: “ (...) *identificou a violência física como factor fortemente associado, nas mulheres, à frequência de consulta de psiquiatria e, embora com menos importância, à frequência de consulta de saúde geral*” (Silva & Alves, 2002, p.136).

Um estudo realizado por Lisboa, Vicente & Barroso (Portugal, 2005) com mulheres de 18 anos ou mais, frequentadoras de 18 centros de saúde do continente português revelou:

- A prevalência da violência percebida pelas mulheres foi de 33,6%. Mais de metade (50,7%) dos casos aconteceu em casa e na maioria o marido foi o autor (no ano do inquérito 28,6%, nos anos anteriores ao mesmo 32,2%) aumentando o número se juntarmos ex-maridos, companheiros e ex-companheiros (no ano do inquérito 38,3% e nos anos anteriores ao mesmo 53,3%);
- Os tipos de violência sobre essas mulheres distribuíram-se pela violência combinada – 49,5%; violência psicológica – 30,5% e violência física isolada – 12,8%;
- O recurso a serviços de saúde (hospitais e centros de saúde) foi maior em mulheres vítimas de violência, pela maior predisposição a problemas de saúde.

As lesões físicas mais comuns são os hematomas, que podem localizar-se em qualquer parte do corpo mas são mais frequentes na cabeça, e as feridas, que são habitualmente provocadas nos membros superiores. O coma e as hemorragias são situações de maior possibilidade de ocorrência nas mulheres vítimas de violência, bem como as intoxicações, as lesões genitais e a obesidade. Outros sintomas/problemas de saúde que têm sido relacionados com a violência, embora com menor expressão que os anteriores, são: a asma; as queimaduras; as palpitações; os tremores; a colite; as cefaleias; os vômitos frequentes; a sensação de aperto na garganta; as dermatites; a úlcera gastroduodenal; a dificuldade respiratória; a sudação; a sensação de desconforto ou dor na região abdominal.

As consequências de maus-tratos provocam sofrimento às mulheres, com nefastas repercussões ao nível da sua saúde. Nas mentes e corpos destas mulheres, o desequilíbrio provocado pelos maus-tratos continuados, cada vez mais graves e frequentes, instala-se com consequências ao nível das diversas dimensões da saúde. Na integridade física por lesões diversas, de gravidade variável, na saúde psicossomática, na saúde biofísica, na saúde mental e no bem-estar psicológico e emocional. As

alterações da saúde são o motivo principal do prejuízo da participação laboral (Calvino, 2007; Calvino & Ramos, 2008).

As vítimas de violência conjugal têm pior percepção do seu estado de saúde e maior risco de consumos aditivos. A vitimação provoca também diminuição das interações sociais voluntárias e menor confiança nas pessoas da comunidade. A avaliação do estado de saúde realizada num estudo com 3429 mulheres, nos EUA, entre 1991-2001, revelou que o mesmo era baixo. A avaliação efectuada através da escala *SF-36* mostrou que o estado de saúde das mulheres vítimas de violência conjugal do tipo físico e/ou sexual era comparável ao das mulheres com patologia crónica grave como o cancro, a diabetes, a patologia cardíaca e a osteoartrite (Bonomi *et al.*, 2006).

Um estudo de larga escala, transversal, com mulheres dos 18 aos 64 anos, realizado na Nova Zelândia - em Auckland e Waikato - revelou que 33% das participantes de Auckland e 39% das de Waikato tinham vivenciado pelo menos um episódio de agressão física e/ou sexual praticado pelo companheiro. Constataram que existe uma associação estreita entre as situações de violência e o impacto na saúde. As mulheres vítimas de violência tinham recorrido a serviços de saúde duas vezes mais que as mulheres não vítimas, nas 4 semanas prévias ao estudo e nos 12 meses prévios tinham necessitado de internamento hospitalar mais de duas vezes do que as não vítimas. As mulheres vitimadas auto-percepcionavam menos saúde, tinham mais problemas físicos, como por exemplo dores ou desconforto físico, mais dificuldade física na realização de tarefas diárias habituais, dificuldades em caminhar, tonturas, corrimento vaginal, problemas de memória e/ou de concentração, ideias suicidas e tentativas de suicídio. A comparação entre o grupo de mulheres não vítimas com o das vítimas de violência moderada e o das vítimas de violência severa permitiu constatar que a magnitude da violência influencia o estado e o desequilíbrio na saúde. As mulheres vítimas de violência moderada tinham 2,5 mais efeitos negativos sobre a saúde que as não vítimas e as vítimas de violência severa apresentavam esses efeitos 4 vezes mais. O estudo revelou que as tentativas de suicídio foram 3 vezes mais frequentes nas mulheres sujeitas a violência moderada e 8 vezes mais nas mulheres que sofriam violência severa (Fanslow & Robinson, 2004).

A associação entre violência física psicológica e sexual e a magnitude das repercussões da violência na saúde surgiu também num estudo realizado na Suécia, transversal e com

uma amostra representativa de mulheres. Destas mulheres, 27,5% relatou diversos tipos de violência: abuso físico 19,4%; abuso sexual 9,2% e abuso psicológico 18,2%.

A generalidade das mulheres vitimadas referiu mais problemas de saúde do que as do grupo de controlo, nomeadamente depressão, somatização e distúrbios do sono no ano prévio ao estudo. Entre as mulheres abusadas foi constatada a existência de impactos diferentes sobre a saúde, relacionados com a gravidade do abuso, sendo que quanto mais severa foi a violência maior o impacto negativo na saúde. De salientar, que os resultados obtidos permitiram concluir que mesmo as mulheres sujeitas a violência de menor intensidade apresentavam pior saúde quando comparadas com as mulheres que nunca tinham sofrido nenhum episódio violento. Desta investigação os autores concluíram que existe uma forte ligação entre a violência conjugal e o empobrecimento do estado de saúde da mulher, que é tanto maior quanto a intensidade da violência. Estas conclusões reiteraram o que tem vindo a ser demonstrado por diversos estudos citados pelos autores como os de Briere; Runtz, 1988; Astin *et al.*, 1993; Walker *et al.*, 1995; Mullen *et al.*, 1996; McCauley *et al.*, 1997; Golding, 1999; Banyard *et al.*, 2001; Bennice *et al.*, 2003 e Spertus *et al.*, 2003 (Campbell, 2002a; Wijma *et al.*, 2007).

Samelius *et al.* (2010) também constataram, num estudo representativo no mesmo país, que as mulheres vítimas de violência física, sexual e psicológica, apresentavam mais sofrimento e problemas de saúde mental, nomeadamente ansiedade, depressão, somatização e distúrbios do sono.

Humphreys & Lee (2009) através de um estudo longitudinal realizado com 346 mulheres, entre os 40 e os 50 anos, em pré-menopausa, verificaram que 33% das mulheres sofriam violência física ou sexual, que 20% sofriam as duas e que mais de 20% tinha antecedentes de vitimação na infância ou na adolescência. A saúde destas mulheres estava comprometida por mais problemas crónicos e estados depressivos mais frequentes, proporcional e directamente relacionados às agressões repetidas. Verificaram ainda, que o suporte interpessoal de que as mulheres dispunham era inversamente proporcional ao número de agressões sofridas e aos problemas de saúde que apresentavam.

Humphreys; Cooper & Miaskowski (2010) observaram num estudo com participação de 84 mulheres sujeitas a violência e a viver na comunidade que 77% padecia de dor crónica, que foi classificada por 75% das mulheres como sendo de intensidade

moderada a severa. Neste grupo de mulheres existiam dificuldades para arranjar emprego, tinham mais sintomas depressivos e de *stress* pós-traumático e tinham experienciado situações de trauma múltiplas. As mulheres com nível de dor mais alto tinham relações abusivas mais longas do que as mulheres com dor de baixa intensidade.

Tobo *et al.* (2011) com o objectivo de estudarem o contributo da violência para o aparecimento de dor crónica e dos sintomas depressivos, desenvolveram um estudo descritivo de corte transversal com 150 mulheres, maiores de 18 anos e vítimas de violência pelo companheiro, residentes em Cali, Colômbia. Neste grupo de participantes mais de 50% sofriam de violência associada - psicológica, sexual e física. As autoras identificaram 74% das mulheres com sintomas depressivos e que 42% sofriam de dor crónica.

Heise (1994) afirma, baseada em dados do Banco Mundial, que a violência de género é responsável pela perda de um dia de saúde em cada cinco dias da fase reprodutiva da mulher e Humphreys *et al.* (2011) refere que a violência conjugal é uma séria ameaça para a saúde das mulheres grávidas. Reportando-se a um estudo de Gazmararian *et al.* (2000) refere que a violência na gravidez atinge aproximadamente 156.000 a 332.000 mulheres, por ano, nos EUA e que é mais comum do que outras complicações da gravidez como a placenta prévia, a diabetes gestacional ou hipertensão induzida pela gravidez. Também está relacionada com baixo ganho de peso da mulher, anemia, sangramentos e ruptura uterina e recém-nascido de baixo peso.

Kiely *et al.* (2010) verificaram que mulheres grávidas sujeitas a violência conjugal têm mais riscos para a saúde decorrentes do consumo de álcool, de tabaco e de drogas ilícitas e que apresentam mais depressões. Aspecto que são nefastos para a saúde da mulher e do feto, que são factores de risco para parto pré-termo e para baixo peso à nascença.

Os estudos de investigação sobre as consequências da violência conjugal sobre a saúde da mulher têm vindo a ser realizados por cada vez mais investigadores, com diversas abordagens investigativas, em diversos países e formações académicas, contribuindo para um conhecimento mais profundo sobre o tema.

Humphreys *et al.* (2011a) investigadora da universidade da Califórnia coordenou um estudo exploratório descritivo sobre o comprimento dos telómeros, que são

componentes dos cromossomas que modulam o envelhecimento celular, partindo da premissa que o *stress* crónico provoca o encurtamento dessas estruturas e acelera o envelhecimento celular, como tem sido revelado por estudos recentes nomeadamente na área da investigação sobre envelhecimento. Foi estudado o ADN a partir de amostras de sangue periférico colhido a mulheres de dois grupos (n=102). Um dos grupos de mulheres (n=66) sujeitas a violência dos parceiros na fase adulta (com 16 anos ou mais) e que tivessem terminado a relação violenta há pelo menos 1 ano. No grupo de controlo (n=46) as mulheres não tinham sido sujeitas a essa experiência. As mulheres participantes tinham mais de 18 anos, em fase reprodutiva, não fumadoras, e saudáveis. Estas variáveis foram avaliadas através de instrumentos de avaliação específicos pela equipa que também procedeu à determinação dos parâmetros antropométricos. A validação da experiência de violência na relação afectiva foi realizada através da escala *Women's Experience with Battering (EEB)*.

Os resultados revelaram que no grupo das mulheres abusadas havia mais mulheres com o índice de massa corporal (IMC) mais alto e que das 66 mulheres desse grupo 32 apresentavam um IMC classificado como obesidade.

No grupo das mulheres vitimizadas os tipos de maus-tratos reportados foram as agressões psicológicas referidas por todas, as agressões físicas severas foram reveladas por 80% e 50% das participantes relataram coerção sexual grave. 58% das mulheres tinham historial de lesões físicas graves e a depressão e *stress* mais intenso foram achados mais frequentes nestas mulheres do que nas do grupo de controlo.

O estudo do ADN revelou um encurtamento dos telómeros significativamente mais acentuado nas mulheres vítimas, o que sugere uma relação causal entre violência nas relações de intimidade, *stress* crónico e envelhecimento celular. Face a esta constatação, a maior morbilidade pode estar relacionada com essas alterações celulares e explicar a sua persistência mesmo após terminar o abuso. Nestas mulheres a ligação entre violência e encurtamento dos telómeros demonstrou-se mais relacionada com o tempo de duração da violência do que com o tipo de violência que tinham sofrido.

Tendo em conta que muitas das mulheres vítimas de violência vivem em família nuclear, não poderíamos deixar de salientar o impacto desta situação nos seus filhos por vivenciarem a violência entre os seus pais. Esta situação está muitas vezes associada a repercussões na saúde global das crianças que manifestam problemas de

comportamento, desequilíbrios emocionais como a ansiedade e a depressão, baixa auto-estima, mau rendimento escolar e queixas físicas que muitas vezes são idênticos aos das crianças que sofrem violência directa, o que acontece com frequência nos núcleos familiares onde o pai agride a mãe (WHO, 2002; Gelles & Straus, 1988).

As consequências ultrapassam o nível individual, do casal e da família, atingindo toda a sociedade, pelo sofrimento e morbilidade, agravamento dos custos com a saúde e baixa produtividade laboral e capacidade de participação social que perduram por muitos anos.

3. Recursos institucionais públicos no âmbito da saúde

O Serviço Nacional de Saúde é constituído por uma rede de instituições prestadoras de cuidados de saúde que integra diversos níveis de prestação de cuidados, os quais se devem articular entre si. Esta rede assenta nos cuidados de saúde primários que prestam cuidados de saúde de proximidade aos indivíduos e famílias e estende-se a outras unidades que prestam cuidados de saúde diferenciados como os hospitais e as unidades de cuidados continuados integrados.

Os Centros de Saúde recentemente organizados em agrupamentos denominados Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) podem ser constituídos por Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidades de Saúde Familiar (USF) ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de Recursos Assistenciais partilhados (URAP).

Conforme determinado pelo Decreto-Lei nº28/2008, o ACES é a nível local o garante da prestação de cuidados de saúde primários à população. Nesse sentido, competem-lhe as intervenções ao nível da promoção da saúde, da prevenção da doença, da prestação de cuidados na doença assegurando a continuidade de cuidados em articulação com outras instituições de saúde.

O nível hospitalar de prestação de cuidados proporciona cuidados diferenciados à população, de acordo com o seu nível de complexidade e diferenciação em valências médicas e classificam-se em hospitais centrais, hospitais distritais e hospitais de nível 1.

Os Centros de Saúde e os Hospitais são locais que interagem com as mulheres em alguns momentos das suas vidas, para cuidados de saúde à própria, aos filhos ou a outros elementos significativos, como os familiares idosos.

Tradicionalmente é a mulher que exerce o papel de cuidadora ou zeladora dos cuidados de saúde necessários aos elementos do agregado familiar e da família extensa, nomeadamente aos idosos. Assim, o contacto com as instituições de saúde é uma experiência regular na vida da mulher ao longo do ciclo vital, colocando os profissionais de saúde numa posição de proximidade, nomeadamente ao nível dos centros de saúde. Esta regularidade e proximidade propiciam o conhecimento do contexto ecológico e cultural, das necessidades em saúde das pessoas e das famílias e portanto podem ser factores facilitadores para o diagnóstico da violência, para o encaminhamento e para o apoio às mulheres vítimas (Calvino, 2007).

No Distrito de Viana do Castelo, as instituições do SNS estão organizadas numa Unidade Local de Saúde designada por Unidade Local de Saúde do Alto-Minho, Entidade Pública Empresarial (ULSAM, EPE). É constituída por duas unidades hospitalares, o Hospital Conde de Bertandos, em Ponte de Lima e o Hospital de Santa Luzia na cidade de Viana do Castelo, e pelo agrupamento de centros de saúde. Ao nível hospitalar dispõe de valências básicas, intermédias, algumas diferenciadas, uma urgência médico-cirúrgica e tem duas unidades de convalescença. Ao nível dos cuidados na comunidade existe um centro de saúde em cada Concelho, à excepção do Concelho de Viana do Castelo que tem três, e tem diversas Unidades de Saúde Familiar (USF) inseridas nos centros de saúde e distribuídas no município e nos vários concelhos.

As USF são unidades funcionais que foram criadas com a reestruturação dos centros de saúde e que têm autonomia organizativa e funcional, conforme o Decreto-Lei n.º 298/2007. São constituídas por equipas multidisciplinares de médicos, enfermeiros e administrativos e têm na sua missão a prestação de cuidados de saúde personalizados, individuais e familiares, a uma determinada população que está inscrita. Nestas unidades a prestação de cuidados de saúde baseia-se numa carteira de serviços contratualizados e a cada profissional médico ou enfermeiro compete assegurar a prestação de cuidados a um determinado número de famílias, privilegiando-se o agregado familiar.

A ULSAM, EPE abrange a totalidade do distrito formado pelos concelhos de Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira, nos quais residem 244.836 pessoas e 89.676 famílias, segundo os dados dos censos 2011 divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística.

4. Profissionais de saúde e violência conjugal

São muitas as oportunidades de contacto entre mulheres maltratadas e os profissionais dos diversos níveis de prestação de cuidados de saúde, pelo que, parece ser evidente a responsabilidade das instituições e dos profissionais que aí exercem no diagnóstico das situações de violência e a necessidade de uma intervenção abrangente, ou seja, ao nível da educação e prevenção e não só centrada nem limitada ao tratamento.

Tal como dizem Trindade & Teixeira (2000) as necessidades em saúde ultrapassam as necessidades físicas dos clientes dos centros de saúde e dos hospitais e nestas instituições de saúde é hoje reconhecida a dificuldade que os profissionais têm para intervir com o objectivo de aumentar o bem-estar considerando-o de forma holística. As dificuldades profissionais de que falam os autores radicam nas abordagens comunicacionais que criam insatisfação aos clientes e não se revelam capazes de preservar e incrementar a saúde mental ajudando as pessoas a ultrapassar as dificuldades inerentes às fases de transição do ciclo de vida, do ciclo familiar e a ultrapassar as crises pessoais, familiares e sócio laborais.

A abordagem biomédica já há muito se revelou redutora para a compreensão das necessidades de saúde da pessoa enquanto ser inserido num contexto ecológico e cultural próprio que a influencia, que determina o seu comportamento de saúde e de doença e que por isso ultrapassa largamente a saúde biofísica de um corpo. Num paradigma holístico de intervenção em saúde e centrado na pessoa, são essenciais competências comunicacionais que permitam aceder ao mundo próprio e único de cada uma.

Na abordagem holística em saúde novas intervenções se impõem aos profissionais em ruptura com o modelo centrado na doença ou problema:

- Considerar a pessoa na sua totalidade como ser humano, com personalidade única, com defeitos e qualidades, aspirações e frustrações, realizações e carências;
- Ter em conta o seu meio familiar e o suporte informal e formal de que dispõe;
- Identificar os recursos da pessoa e ajudá-la a mobilizá-los para resolução dos seus problemas, em vez de centrar a intervenção no problema;
- Acreditar na transformação positiva e no potencial da pessoa para se desenvolver face a adversidades, descentrando-se de atitudes rígidas, fatalistas ou deterministas;
- Usar de uma relação comunicacional que promova a esperança e seja realista;
- Considerar o problema de saúde no seu contexto ecológico, com variáveis sociais, culturais, económicas, políticas e na fase do ciclo vital da pessoa e da família para melhor avaliar, planejar e intervir;
- Implicar as pessoas e famílias nos cuidados de saúde, com negociação de estratégias que a promovam, capacitando-as, responsabilizando-as e proporcionando-lhes suporte (Ramos, 2004).

Chang *et al.* (2005) salientam que as mulheres vítimas não esperam dos profissionais de saúde a resolução dos seus problemas mas esperam que os mesmos perguntem sobre a situação de violência, que a compreendam, que as informem e que lhes ofereçam apoio. A sensibilização dos profissionais de saúde para abordar a violência conjugal e a disponibilização de informação sobre os recursos contribuem para criar um ambiente seguro e de suporte. Esta percepção é favorável à evolução de um estado de negação e de auto-culpabilização em que se encontra a mulher para um estado propício a começar a considerar as mudanças à sua situação.

Diversos estudos têm apontado a necessidade da violência doméstica ser integrada na avaliação habitual da saúde pelos profissionais, realidade global que ainda está aquém do que seria desejável. As pesquisas têm revelado que as mulheres, abusadas ou não, concordam com essa abordagem que pode ser feita nas consultas preventivas ou curativas/controlo por médicos e enfermeiros. Nos EUA, há indicações de diversas

associações profissionais nesse sentido, como por exemplo da *American Association of Colleges of Nursing*, da *Emergency Nurses's Association* e do *American College of Obstetricians and Gynecologists* para que seja pesquisada nas consultas de rotina pré-natal (Mc Farlane, Soeken & Wiist 2000; Davidson *et al.*, 2001; Griffin & Koss, 2002; Majdalani *et al.*, 2005; Bonomi *et al.*, 2006; Kiely *et al.*, 2010; Humphreys *et al.*, 2011).

Majdalani *et al.* (2005) validaram um questionário sobre a violência baseada no gênero, com mulheres a frequentar o *Programa de Medicina Interna General* num hospital em Buenos Aires, Argentina. Constataram que as perguntas foram bem interpretadas e que não houve dificuldade nas respostas. Comprovaram também que as mulheres não se sentiram intimidadas com as questões e não entenderam o questionário como devassa da sua vida privada. Estas mulheres consideraram que a sua utilização era facilitadora e uma oportunidade para exporem o seu sofrimento e para obterem ajuda. O instrumento revelou-se útil na identificação das situações de violência e com uma sensibilidade substancialmente maior do que a conseguida pelas abordagens inespecíficas, habituais (40% e 8% respectivamente) para o diagnóstico de violência psicológica, física, sexual e também do abuso sexual na infância, podendo ser utilizado em consultas clínicas.

Fernández Alonso *et al.* (2003) salientam que ainda não há evidência científica que permita introduzir a pesquisa universal da violência conjugal nas utentes, se bem que diversos investigadores a defendem através de instrumentos validados para o efeito. Contudo, na ausência dos mesmos, os profissionais devem estar atentos aos factores de risco e aos sinais de alerta e introduzir nas entrevistas perguntas facilitadoras.

Waaen *et al.* (2000) procederam a uma revisão da literatura de investigações originais sobre o diagnóstico da violência nas relações de intimidade realizado por profissionais de saúde que mostrou as diversas barreiras dos mesmos. Estas, relacionavam-se sobretudo com a falta de formação e dificuldades em desenvolver intervenções eficazes. Ressaltaram também outros obstáculos, como a falta de tempo, a ocultação e o medo da utente pelas consequências.

Vários estudos incluídos numa revisão da literatura realizada por O' Campo *et al.* (2011) evidenciaram diversos aspectos facilitadores para o diagnóstico e intervenção dos profissionais de saúde junto da mulher vítima: a necessidade de formação inicial e contínua dos profissionais; o suporte institucional para criação de programas de intervenção, parcerias com a comunidade e divulgação da prevalência e dos recursos

existentes que podem funcionar como estímulos à triagem das situações; a implementação de protocolos que permitam a colocação de questões adequadas e sejam orientadores da intervenção correta; a existência de serviços adequados ao encaminhamento que sejam acessíveis e disponíveis tanto na instituição como na comunidade, como por exemplo departamentos de saúde mental ou casas-abrigos, que possam permitir aos profissionais encaminhar a mulher conforme as suas necessidades e assegurar a melhoria do seu bem-estar.

4.1. Comunicação em saúde – recurso de intervenção em saúde

A comunicação sistémica iniciou-se e desenvolveu-se na escola de Palo Alto e provocou uma ruptura com o modelo comunicacional de então, o telegráfico e por isso redutor da interacção humana. Com o *colégio invisível* surgiu uma nova perspectiva da comunicação como um processo social que tem por objectivo *pôr em comum* através da expressão verbal e não-verbal, no âmbito de uma relação que é em si mesma um contexto interaccional. A metáfora comunicacional passou a ser a da orquestra, já que as interacções humanas ocorrem no seio de uma cultura própria, com códigos e significados para os elementos em relação e que orientam e organizam o comportamento pessoal e interpessoal. Tais códigos são constituídos por palavras, por gestos, expressões, espaço interpessoal, integrados na comunicação verbal e não-verbal como um todo, com utilizações conscientes e voluntárias, mas também com utilizações não voluntárias, num processo social de interacção permanente (Winkin, 1981).

A abordagem sistémica da comunicação (Bateson,1981,1985) compõe-se de características e princípios fundamentais que a diferenciam, sistematizados por Ramos (2004) desta forma:

- Existe na relação entre os elementos como processo dinâmico e interactivo;
- Todo o comportamento social é comunicação;
- As mensagens são compostas por palavras, entoações de voz, silêncios, olhares, gestos, expressões faciais, posturas corporais, distâncias interpessoais numa integração que se expressa num todo enquanto mensagem;

- Todas as mensagens emitidas na relação têm dois níveis de significação. Um que expressa o seu conteúdo e outro que revela a relação entre os elementos em interacção;
- A comunicação é estabelecida pelo contexto em que ocorre sendo que nele estão envolvidas as circunstâncias e situações que determinaram a interacção, a relação interpessoal e o espaço em que a mesma se estabelece.

A comunicação sistémica é desta forma, um processo complexo, interactivo e bidireccional que influencia o comportamento e que acontece em qualquer lugar ou momento influenciado pelo contexto sociocultural e condições físicas e ambientais.

Na prestação de cuidados de saúde a dimensão comunicacional está sempre presente podendo influenciar os mesmos de forma positiva ou negativa e é um dos indicadores da qualidade dos mesmos.

Diversos estudos nacionais e internacionais têm apontado os problemas de comunicação como um factor gerador de insatisfação no âmbito da prestação de cuidados de saúde. Outros, em contrapartida, evidenciam as vantagens de uma comunicação em saúde adequada, evidenciando-a como essencial para o estabelecimento de uma interacção profissional-utente reciprocamente mais gratificante. Torna-se pois, uma competência fundamental ao nível dos diversos objectivos da intervenção em saúde por ser facilitadora do diagnóstico com mais precisão; proporcionar mais bem-estar e a redução dos níveis de ansiedade, de *stress* e de sintomas depressivos; por favorecer a adesão aos planos terapêuticos e a adaptação à situação perturbadora da saúde; por promover a recuperação de estados de desequilíbrio e patológicos e impulsionar a co-responsabilização da pessoa, sentindo-se respeitada e incluída (Ramos, 2004, 2007, 2012).

Uma abordagem comunicacional correcta permite construir uma relação mais igualitária e proporcionadora do encontro com as significações individuais e grupais, levando ao desenvolvimento de uma relação de confiança, de maior empatia e de alteridade.

Hesbeen (2001) salienta *o cuidar* como um objectivo comum aos profissionais de saúde. É a *intenção comum* que deve nortear a equipa multidisciplinar, embora diferenciada pela especificidade de cada profissão (eg. enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social) permitindo uma prestação de cuidados em complementaridade ao utente.

Cuidar em saúde é ir ao encontro da outra pessoa no sentido de a ajudar a desenvolver o seu projecto de saúde, acompanhando-a nesse processo. Para isso, é necessário que os profissionais do sector desenvolvam uma relação com os clientes considerando a intersubjectividade do outro e que seja capaz de gerar a confiança necessária ao reconhecimento da sua capacidade de os ajudar na resolução de determinada situação.

Para conseguir esse nível de relacionamento terapêutico, são requeridas competências ao nível técnico-científico mas também qualidades humanas, a utilizar de forma ajustada a cada situação. Transmitir o interesse genuíno pela pessoa, não a reduzir a um objecto de cuidado com uma determinada patologia ou lesão, mas demonstrando interesse caloroso por ela e determinação em considerar tudo o que está para além do mais visível no corpo onde pode estar a fonte da sua maior preocupação e encerrado o motivo do estado de desequilíbrio manifestado pelo corpo. Este tipo de relação, requer dos profissionais tempo, paciência e capacidades comunicacionais que permitam fazer emergir os saberes e as capacidades da pessoa para se serem capazes de a ajudar a seleccionar o caminho mais adequado à resolução do seu problema de saúde, aconselhando-a (Hesbeen, 2001).

Diz-nos o mesmo autor que *“aconselhar não significa dar conselhos”* mas sim, citando Lhotellier *“criar um tipo de relação que permita ao utente, à pessoa que temos frente a nós, ganhar suficiente confiança nela mesma para conseguir tomar decisões positivas”* (p. 29-30) e que desta forma, a situação geradora de sofrimento pode servir para recriar a vida no sentido de lhe restituir sentido, alterar escolhas e comportamentos mais consentâneos com um melhor estado de saúde para si e para os seus familiares.

No terreno da comunicação em saúde geram-se dificuldades relacionadas com a limitação da compreensão dos profissionais do contexto cultural dos utentes, das representações de saúde e de doença e das relações do indivíduo com o seu meio relacional e comunitário. Aspectos estes, que são também intrínsecos aos profissionais de saúde. Portanto neste encontro a relação sofre a influência de aspectos internos e de aspectos externos. Os primeiros situam-se ao nível das expectativas, das representações e dos modelos explicativos, de uns e de outros. Os segundos decorrem das diferenças culturais, de condição social e económica, das desigualdades sociais e do ambiente físico que contextualiza o encontro entre o profissional e o utente (Ramos, 2004; 2008).

O indivíduo não pode ser dissociado do mundo social em que existe e que o informa, através das suas experiências de aculturação e de socialização contínuas, da sua história de vida. As ideias, as crenças, os estereótipos e os preconceitos coexistem em todos os indivíduos. Segundo Fiske (2002) a informação é essencial ao agir humano em sociedade, sendo não só um direito mas também uma necessidade. É ela que permite entender e agir sobre o ambiente social, partilhar a compreensão e o comportamento com grupos, culturas e subculturas.

Na relação entre o profissional de saúde e o utente os aspectos culturais interferem de forma espontânea e inconsciente, mas a sua complexidade aumenta pelo facto de nela se confrontarem as crenças leigas que todos os indivíduos transportam, e as crenças fundamentadas do saber científico do profissional, assim como as expectativas de uns e de outros.

Os profissionais de saúde têm crenças leigas que coexistem com o saber científico, influenciando o processo de comunicação. Na díade interaccional formada por profissional e utente, o cruzamento do conhecimento profissional e os seus saberes mundanos e crenças coexistem e podem ser evidenciadas na interacção estabelecida, influenciando o cliente e conseqüentemente a tomada de decisão. A forma como a comunicação é utilizada vai influenciar a adesão do utente, as suas expectativas e as suas decisões (Ogden, 2000; Ramos, 2004; 2008; 2012).

No sentido de um diálogo franco e competente para a comunicação e informação em saúde, Ramos (2012) salienta que os profissionais devem desenvolver competências culturais e pessoais que lhes facilitem a descentração de si, a flexibilidade e a abertura ao outro para estabelecer relações harmoniosas e conscientes da diversidade cultural sem preconceitos e sem estereótipos.

Os mitos e estereótipos sobre os papéis de género, a família, a violência conjugal devem ser desconstruídos nestes profissionais, através da formação sobre o fenómeno e integradora de disciplinas como a psicologia e a socio-antropologia, para que os não influenciem na sua relação profissional e prática clínica, permitindo-lhe exercer o papel de educadores e de promotores da saúde de homens e mulheres e de famílias mais saudáveis, ajudá-los no seu percurso de saúde e de doença, de adaptação e de superação das crises.

As competências comunicacionais dos profissionais de saúde são uma ferramenta indispensável à interacção e permitem desenvolver uma relação de confiança e empatia que permita às mulheres vítimas de violência conjugal falarem dos seus casos, sem medo de serem culpabilizadas pela expressão de juízos de valores e desvalorização do seu sofrimento (Calvino, 2007; Calvino & Ramos, 2008).

É também necessário que conheçam os estereótipos sociais de género e de violência nas relações afectivas para que eles próprios não manifestem atitudes e comportamentos preconceituosos que lhes impeçam o atendimento holístico baseado numa relação empática e propícia da intervenção adequada às necessidades das mulheres.

Os profissionais de saúde devem por isso desenvolver o autoconhecimento considerando o seu próprio contexto ecológico para poderem identificar as suas atitudes, os preconceitos e os sentimentos inerentes. A importância da auto-reflexão justifica-se pelo facto de na interacção com os outros se expressarem factores conscientes mas também inconscientes que podem influenciar negativamente a relação e que só pela submissão à reflexão crítica podem deixar de se evidenciar.

O conhecimento sobre os referenciais individuais, sociais e culturais que orientam os outros, deve ser aprendido pelos profissionais através da escuta activa e com uma atitude de abertura e de consideração, evitando julgamentos superficiais e estereotipados. Desta forma, pode ser desenvolvida uma relação empática, respeitadora das capacidades individuais, culturais e cognitivas, que requer tempo e disponibilidade interior.

Na comunicação verbal com o utente os profissionais devem utilizar uma linguagem simples, clara e adaptada às características e necessidades do utente, facilmente entendível pelo interlocutor e com uma linguagem não-verbal afectuosa, de interesse genuíno e de acolhimento (Ramos, 2004; 2007; 2008; 2012a,b).

As capacidades comunicacionais e o clima empático e de confiança tornam possível uma relação de ajuda centrada na pessoa, um aconselhamento em saúde capaz de ajudar a lidar com as crises, de lhe facilitar a consciencialização dos riscos para a saúde, de a auxiliar a tomar decisões e a alterar comportamentos. Faz-se pela potenciação dos recursos pessoais, pelo estímulo e respeito da autonomia que conduzam a uma tomada

de decisão consciente e fundamentada, promotora do bem-estar psicológico no confronto com as dificuldades (Trindade & Teixeira, 2000).

As competências comunicacionais em saúde permitem um cuidar ético, plural e competente cada vez mais essencial na sociedade actual, em que os desafios em saúde são contantes, com multiculturalidade e expectativas crescentes e mais exigentes. A formação dos profissionais de saúde deve incluí-las e favorecer o desenvolvimento das mesmas.

4.2. A Violência conjugal nos três níveis de intervenção em saúde

A OMS considera os profissionais de saúde elementos-chave para o diagnóstico da violência conjugal e para a intervenção aos diversos níveis da saúde, para a minimização de um problema de saúde pública e com um impacto negativo na saúde global das mulheres.

A violência como problema de saúde pública foi declarada pela WHO na resolução WHA49.25 de 1996, na qual exorta profissionais da saúde pública, investigadores e países a contribuírem no âmbito das suas responsabilidades e funções para minimizar a violência e preveni-la.

A saúde pública tem por principal foco a saúde das populações com a missão de a preservar e de a melhorar privilegiando a prevenção. Para isso, define os problemas de saúde e as suas proporções, identifica os factores causais, implementa medidas para a sua resolução e aplica em grande escala as que se revelam mais promissoras, acompanhando e avaliando a sua eficácia para as poder reformular em conformidade.

Nesta missão o modelo ecológico explicativo da violência, adoptado pela OMS, favorece a identificação dos diversos níveis de factores a considerar na abordagem da violência conjugal pelo sector da saúde e social, pois são os que se entrecruzam e potenciam ao nível da família, da comunidade e da sociedade aumentando o risco de violência.

No primeiro nível estão os factores individuais que representam risco para o uso de violência ou para ser vítima. São a idade, o nível de instrução, antecedentes de

comportamento agressivo, maus-tratos na infância, problemas psicológicos e da personalidade, consumo de substâncias aditivas;

No segundo nível encontram-se os factores relacionais e dizem respeito às relações sociais e familiares próximas. O risco é maior quando nessas relações é utilizada a violência ou é presenciada e quando no grupo de pares, no caso dos jovens, a mesma não é censurada ou é encorajada;

No terceiro nível agrupam-se todos os riscos ao nível da comunidade onde decorrem as relações sociais dos seus elementos. São as escolas e os locais de trabalho, os bairros, assim como as características populacionais como por exemplo a mobilidade residencial, o desemprego, a prática de actividades ilícitas e criminosas, o isolamento social, a heterogeneidade e densidade populacional;

No quarto nível de análise incluem-se os factores sociais e culturais como as normas, as atitudes e as políticas. No que diz respeito às normas e atitudes são as que contribuem para um clima de violência ou que pelo contrário o censuram e inibem, como por exemplo a utilização de violência para a resolução de conflitos pessoais, o direito dos pais acima do bem-estar das crianças, o domínio do homem sobre a mulher, o uso excessivo da força policial, os apoios a conflitos políticos. Relativamente às políticas são todas as que contribuem para a desigualdade social ao nível da educação, da saúde e económica (WHO, 2002).

A acessibilidade das populações às instituições de saúde e a proximidade e contacto dos seus profissionais com os indivíduos e as famílias colocam-nos em situação central para a prevenção da violência nas relações afectivas e para a identificação, o apoio, o tratamento e encaminhamento das mulheres vítimas de violência conjugal.

A prevenção primária visa a não ocorrência da violência e representa um vasto campo de intervenção para os diversos actores sociais ao nível da saúde, nomeadamente da saúde pública e na comunidade, da educação, dos meios de comunicação social locais e nacionais, das empresas, das autarquias.

Com vista a atingir o objectivo, as medidas preventivas podem ser desenvolvidas através de estratégias complementares. A educação para o civismo e a promoção da saúde que visem a educação para os direitos humanos, para os afectos e para a igualdade de género que sejam promotoras de relações sociais mais respeitadas e igualitárias, de

papeis familiares cooperantes e de relações familiares mais saudáveis e propiciadoras de segurança, afecto e preparação futura dos mais novos. Outra estratégia, dirigida aos factores de risco e à sua identificação na comunidade conducente a medidas de minimização e prevenção dos comportamentos de risco. Nomeadamente, consumos de substâncias aditivas e acompanhamento nos cuidados de saúde na comunidade dos indivíduos e das famílias (Fernández Alonso *et al.*, 2003; OMS, 2006, Harvey, Garcia-Moreno & Butchart, 2007).

A acessibilidade aos cuidados de saúde na comunidade pode ser um aspecto facilitador para o pedido de ajuda de que a mulher necessita e o contacto continuado a par do conhecimento do contexto familiar e comunitário são aspectos facilitadores para que os profissionais detectem precocemente sinais de violência conjugal e contribuam para a intervenção secundária.

Na intervenção secundária estão envolvidos todos os níveis de cuidados em saúde, ou seja, os centros de saúde, o pré-hospitalar, os serviços de urgência e hospitais para a resposta adequada às alterações na saúde da vítima. Importa estabelecer o diagnóstico o mais precocemente possível, o que requer que os profissionais de saúde integrem nas suas práticas clínicas a preocupação com a violência conjugal enquanto problema de saúde. Assim, é necessário que conheçam a dinâmica e o ciclo da violência conjugal, conheçam e valorizem os sinais que possam representar eventuais indícios de violência, conheçam as consequências da violência na saúde e que disponham de tempo para estabelecerem uma relação comunicacional com a vítima favorecedora da revelação.

Os sinais de alerta da violência conjugal são as lesões físicas, os estados psíquicos e emocionais alterados, determinados comportamentos e queixas inespecíficas (Cook & Fontaine, 1990; Fernández Alonso *et al.*, 2003; Portugal, 2005).

As lesões físicas decorrentes de violência conjugal têm características próprias que as distinguem das resultantes de outros tipos de acidentes, nomeadamente:

- Localização: maior número de lesões ao nível da cabeça, do tórax e do abdómen;
- Lesões múltiplas e recorrentes na mesma mulher que apresentam diversos graus de gravidade e estágio de evolução diferentes;

- Os tipos de traumatismos físicos podem ser diversos: contusões, hematomas, feridas corto-contusas, queimaduras, cicatrizes de trauma cutâneo anterior, fracturas ou sinais de anteriores fracturas, luxações nomeadamente ao nível das articulações dos membros superiores, trauma genital e anal, hemorragia intra-ocular ou outras lesões oculares, hematoma subdural e lesões em órgãos intra-abdominais;
- A descrição do episódio que causou a lesão é incongruente com as características da mesma;
- A vítima tende ao adiamento do recurso ao serviço de saúde para tratamento.

Os estados psíquicos e emocionais de alerta são: estados de ansiedade; a depressão; a confusão; a agitação; a tentativa de suicídio; os sinais de *stress* pós-traumático; estado de tristeza; manifestação do medo de morrer e a ideação suicida.

Os comportamentos sugestivos de violência são: o nervosismo; expressão de medo; demonstrações de inquietação, o evitamento do contacto visual; a desconfiança e o sobressalto; a auto-culpabilização; a desculpabilização do cônjuge; o evitamento ou demora nas respostas; a dificuldade ou incapacidade para tomar decisões; a passividade.

As queixas inespecíficas frequentes, são sobretudo: as cefaleias; as insónias; as dores abdominais; as disfunções sexuais; a percepção de pouca saúde; o abuso de fármacos; o recurso frequente aos serviços de saúde e o absentismo laboral.

Diversos estudos, como em ponto anterior apresentámos, estabelecem uma relação perniciosa entre a duração da violência e as consequências para a saúde, daí que o diagnóstico e intervenção em fases mais precoces sejam fundamentais para diminuir a morbilidade por violência e preservar a saúde das mulheres vítimas e dos seus filhos.

Humphryes *et al.* (2011a) chama a atenção para os efeitos negativos do *stress* a nível celular e da importância de considerar os mesmos no acompanhamento de saúde da mulher. Estes efeitos explicam muitos dos sintomas que as vítimas de violência apresentam e que podem ser controlados pelo exercício físico frequente, por alimentação com qualidade nutritiva e por hábitos de sono adequados.

As reacções de adaptação da mulher à situação de violência fazem com que elas ocultem a situação de terceiros, desculpabilizem o agressor e neguem a situação transmitindo uma inércia na situação que na maioria dos casos não faz justiça a todo o

empenho e energia que a mulher despende para resolver a situação. Uma investigação que partiu das fases da violência descritas por Walker para pesquisar os comportamentos da mulher ao longo das mesmas, desvendou a *fase da janela aberta*. Esta fase surge entre o fim da 2ª fase do ciclo de Walker em que a mulher é mais intensamente agredida, após a acumulação da tensão e de agressões “menores” e o início da última fase correspondente à *lua-de-mel*. Na *fase da janela aberta* a mulher reconhece a vitimação; conclui que não foi capaz de acabar com a violência e que não depende dela; percebe que tem que procurar ajudas mais eficazes e torna-se mais receptiva à intervenção. Quando nesta fase recorre aos cuidados de saúde, mesmo em situação de urgência, aquilo que ela espera é o acesso a uma nova fonte da ajuda que necessita e vai na expectativa que abordem a situação com ela. Se assim acontecer, ela obtém a validação do que sente e desenvolve um significado sobre a situação que deixa de ser exclusivo para ser partilhado com outros, sendo potenciador da decisão de romper com a relação abusiva. A mulher vítima de violência conjugal necessita de apoio emocional, de segurança e de apoio para resolver as questões da dependência económica que muitas vezes tem associadas e de encontrar os recursos que lhe vão permitir o apoio para ela e para os filhos, pelo que é esta a oportunidade dos profissionais agirem e encaminharem (Curnow, 1997).

Neste nível de intervenção é importante que o profissional trabalhe em articulação com os recursos necessários a uma intervenção holística em saúde e que possa dispor e conhecer os recursos comunitários no âmbito da saúde, sociais e jurídicos para encaminhar a mulher, o casal, a família e o agressor (WHO, 2002).

A informação sobre associações locais de apoio à vítima, o fornecimento do nº de telefone das linhas de atendimento específicas e de emergência social, o alerta para um plano de segurança da própria mulher e dos filhos, proporcionar o contacto telefónico com associações de apoio na segurança e privacidade de um gabinete são algumas medidas acessíveis que podem fazer a diferença na capacidade da mulher acreditar que tem poder de controlo e que pode mudar a sua situação com o apoio necessário, como mostrou um estudo realizado por Mc Farlane *et al.* (2004). Neste estudo, um grupo de enfermeiras procedeu ao longo de 18 meses com intervenções para a capacitação das mulheres vítimas adoptarem comportamentos de segurança que as protegessem e diminuíssem as consequências sobre a saúde. Destas intervenções resultou o

desenvolvimento de mais estratégias de segurança e a manutenção das mesmas por mais tempo, comparativamente com o grupo de controlo.

O diagnóstico e o tratamento dos consumos aditivos e a consciencialização e informação sobre a dinâmica e o ciclo da violência conjugal e a informação sobre os recursos disponíveis na comunidade, são importantes intervenções para terminar mais precocemente a violência.

Um ensaio clínico com 1044 mulheres afro-americanas, grávidas e vítimas de violência conjugal permitiu evidenciar os benefícios para a saúde da mulher e do bebé pela inclusão de um programa de apoio psico-comportamental no programa de saúde pré-natal e pós-parto habitual. A estas mulheres foi proporcionado um programa executado por uma equipa devidamente treinada para favorecer o desenvolvimento de estratégias que lhes permitissem lidar com a depressão, com o uso de tabaco e com as agressões através de um plano de segurança. Os resultados foram encorajadores pela diminuição do risco de parto prematuro e de recém-nascido de baixo peso e reforçaram a importância da avaliação dos factores de risco, como a depressão, a ansiedade e os consumos de tabaco, álcool e drogas ilícitas associados às agressões durante a gravidez (Kiely *et al.*, 2011).

A intervenção terciária caracteriza-se por uma actuação mais imediata no estado de saúde da mulher para o tratamento das lesões e de alterações do equilíbrio psiquiátrico (risco de suicídio, depressão, *stress* pós-traumático) e prevenção da re-vitimação. Nesta fase é também necessário alargar a atenção e actuação a todo o contexto familiar. Considerar a avaliação da saúde física, psicológica e social dos filhos, encaminhar para outros profissionais como psicólogo, profissionais da área médico-legal e orientar para os recursos na comunidade como as assistentes sociais e as associações de apoio à vítima.

Os profissionais de saúde deveriam na consecução deste processo incluir o agressor como alvo de intervenção. Sem desvalorizar a gravidade e inadequação das suas acções e injustificação do comportamento, devem encaminhá-lo para lhe ser facultada avaliação psicológica, tratamento de consumos aditivos e de desenvolvimento de capacidades de comunicação interpessoal. Aspecto importante considerando que a mulher maltratada vive vários anos com o agressor e que muitas regressam à coabitação com o companheiro maltratante. Mesmo que isso não aconteça, existe o risco de o

agressor ter novas relações conjugais e vitimar outras mulheres (WHO, 2002; Fernández Alonso *et al.*, 2003).

CAPÍTULO 3 - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: INTERFACE DE DIFERENTES SABERES

1. Teoria das representações sociais

A teoria das representações sociais foi iniciada por Durkheim, na área da sociologia, sendo desenvolvida posteriormente pela psicologia social por Serge Moscovici.

Segundo Jodelet (1989), as representações sociais são um tipo de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, que tem como objectivo a construção de uma realidade comum e reconhecida por um grupo social.

No seio dos grupos sociais ocorrem complexas interações comunicacionais e divulgação de informação que vão ser apreendidas e elaboradas por esse universo colectivo, produzindo representações sociais. Estas vão permitir ao grupo atribuir um significado ao novo objecto e transformá-lo num conhecimento utilizável e orientador das atitudes e dos comportamentos, mantendo a sua identidade. Desta forma, as representações sociais traduzem problemas, desafios e projectos de um grupo social, mas também as estratégias para lidar com os mesmos e para regular as relações intra-grupo e inter-grupos (Vala, 2000).

Tura (2004) citando Moscovici (1978), diz que *“as representações sociais correspondem, por um lado, à substância simbólica que entra na elaboração e, por outro, à prática que produz a dita substância”* (p. 21).

Neste sentido, as representações sociais permitem conhecer uma perspectiva psicossociológica da construção de conhecimento pelos indivíduos e pelos grupos em relação com o meio social.

Neste processo, cuja base é a comunicação, coexistem duas formas diversas de descoberta e de construção cognitiva que provêm de dois universos distintos. Do universo do conhecimento comum, caracterizado pela aprendizagem prática e vivencial do quotidiano de um e de todos os actores, fortemente influenciadas pela cultura e que produz uma consciência colectiva. O outro universo é o do conhecimento científico,

produzido numa esfera social específica, por peritos de diversas áreas de competência. Este conhecimento impõe-se pela especificidade e por retratar aspectos da realidade que são divulgados e dados a conhecer.

Nesta coexistência de percursos para a construção de saberes e produção de conhecimentos emerge uma necessidade peculiar de compreensão da realidade. Assim, a informação emergente dos dois universos – senso comum e científico – é elaborada pelos indivíduos e grupos com o propósito de a simplificar e a transformar num conhecimento prático, utilizável no quotidiano (Arruda, 2002).

A mesma autora, baseando-se em Moscovici (1961) descreve os dois processos que estão implícitos na simplificação e transformação de conhecimentos científicos gerando a produção das representações sociais. Este processo é constituído pela fase da objectivação e a da ancoragem.

A *objectivação* refere-se a um processo que permite passar da subjectividade à objectividade de um determinado objecto. É um processo constituído por três fases, que são:

- *Construção selectiva*: que se destina a preservar os valores e os interesses do grupo.

Esta fase inicia-se a partir da informação disponível, a qual é seleccionada e retalhada de modo a ser adaptada à experiência prévia e aos valores dominantes do sujeito e do grupo. Deste modo, os valores, conceitos, normas, crenças e saberes pré-existentes vão determinar o acréscimo ou a subtracção de determinados elementos à informação apreendida para a adaptar aos mesmos, tornando-a mais fácil de entender e de utilizar. Exemplo desta fase é a exclusão da libido subjacente à teoria da psicanálise conforme o estudo de Moscovici sobre a representação social da psicanálise verificou;

- *Esquematização*: Da adaptação realizada na fase anterior surge um novo objecto que passa a ter uma objectividade e organização próprias conferindo-lhe uma imagem concreta. Essa nova imagem vai-se introduzir como uma nova realidade nas relações sociais conduzindo à última fase deste processo – a naturalização;

- *Naturalização*: Depois de transformado o que era abstracto em algo que passou a ser concreto e organizado, a apropriação dos sujeitos fica facilitada, pois torna entendível e comunicável o que era novo e pouco perceptível, numa nova realidade, consensual,

compreensível e coerente com as normas e os valores do grupo social. Nesse contexto social os indivíduos vão aprender sobre esse novo objecto, através das interacções entre si (Vala, 2000; Tura, 2004).

Percorridas estas fases, o processo de *objectivação* permite atribuir uma figura a um objecto, criando um *núcleo figurativo* que “*se constitui de elementos que formam um conjunto coerente e imagético, que tornam concreto o que era abstrato. Além disso, adquire o estatuto da evidência e do “não questionável” e assim se integra no senso comum.*” (Guimelli, 1994 cit Tura, 2004, p.22).

Após o processo de objectivar, inicia-se o processo de *ancoragem* que consiste na integração do conhecimento produzido pela objectivação na realidade social, na qual vai servir como factor protector do desconhecido, proporcionando compreensão e segurança relativamente ao novo objecto.

Deste modo, um novo conhecimento é familiarizado para que seja integrado na vida real, permitindo a interpretação do confronto interindividual e dos grupos e orientando-lhes a conduta adequada nas relações entre si e com o mundo. Assim, o sentido de um objecto passa a ser instrumentalizável como saber nas interacções dos indivíduos com o meio, facilitando a comunicação interpessoal e a compreensão da realidade e enraíza-se no sistema de pensamento (Tura, 2004).

As representações sociais são produções sociocognitivas e este aspecto é o que as distingue de outras construções cognitivas. Nas representações sociais o processo cognitivo do sujeito é determinado por regras sociais que podem alterar a lógica cognitiva individual, logo coexistem dimensões cognitivas e sociais que integram racionalidades e irracionalidades tornando-as por vezes aparentemente contraditórias. A significação, aspecto central de uma representação social, é por isso determinada tanto pelos discursos como pelo contexto social do grupo onde são produzidos, ancoradas nas significações mais generalizadas do campo social (Abric, 2001).

O carácter sociocognitivo das representações sociais processa-se na interacção de indivíduos e em grupos imersos num contexto cultural específico, influenciado por ideologias, condições socioeconómicas, educacionais e institucionais próprias e em que a linguagem e a comunicação têm uma forte componente de produção, divulgação e de transmissão num processo permanente e contínuo de adaptação ao que é novo.

Comunicação e representações sociais estão imbricadas entre si e em simultâneo permitem a comunicação entre os grupos, pois as representações sociais

“são fruto dos esforços que os grupos fazem para (...) penetrar um no universo do outro; (...);[as representações] não têm outro remédio se não articular-se através de imagens, linguagens, referências que reduzem as distâncias que as separam (...). Tais representações são sociais na medida em que tornam problemática a incomunicação entre os distintos grupos, induzindo-os assim a relacionarem-se entre si.” (Moscovici cit Banchs, 2004, p.10).

A representação social é processo dinâmico e constitui uma forma de produção de valores, conceitos e comportamentos facilmente compreendido nos diferentes estratos sociais e utilizáveis na vida do quotidiano. Por isso, ele produz mudanças e influencia a relação com o meio social e o mundo (Arruda, 2002).

Assim, a função das representações sociais é a de produzir um saber prático que permita compreender e explicar a realidade e que passa a ser utilizado num grupo social para orientar e organizar as relações entre os actores sociais. Desta forma, definem identidades e especificidades grupais contribuindo para um sentido de pertença e constituem-se um guia de comportamentos e de práticas determinadas a montante da situação em que ocorrem. Permitem ainda explicar e justificar essas condutas contribuindo para a coesão identitária dos grupos e manter e reforçar a sua posição social (Jodelet, 1997; Vala, 2000; Abric, 2001).

Como se lhes refere Abric (2001), as representações são *prescritivas* das condutas permitidas ou proibidas. A partilha de representações num meio social vai permitir que, mesmo com o mesmo berço cultural, grupos distintos, tais como minorias e maiorias, possam comunicar entre si a partir da forma como cada um se representa e é entendido pelo outro (Banchs, 2004).

No meio social, as representações sociais permitem as interações suportadas num conhecimento adquirido e partilhado pelo grupo que não decorre das experiências individuais. Não são rigidamente uniformes nem hegemónicas mas antes, diversas e influenciadoras do pensamento social através da diversidade de relações sociais que se estabelecem (Vala, 2000).

Vala (2000) baseando-se na Teoria das Representações Sociais de Moscovici, distingue três tipos de representações sociais, que de seguida apresentamos:

- *Representações sociais hegemónicas ou colectivas*: Um conceito que se sobrepõe ao de Durkheim. Este tipo de representações sociais referem-se a um conhecimento fortemente enraizado num grupo que o partilha e lhe reconhece o mesmo significado. Este tipo de representações orienta o comportamento dos elementos do grupo, mesmo individualmente, de acordo com as normas, a ideologia e os valores desse mesmo grupo. Neste caso, trata-se de grupos sociais organizados, estruturados e com uma identidade sólida. São deles exemplos, os grupos religiosos, os partidos políticos, e as nações;

- *Representações sociais emancipadas*: São um tipo de representação social que se caracteriza por ser independente do grupo de origem e que resulta da partilha de significados e entendimento sobre um objecto, entre grupos diferentes;

- *Representações sociais polémicas*: Estas representações sociais emergem do confronto entre grupos sociais que assumem atitudes diferentes perante um mesmo objecto social, diferenciando-se e antagonizando-se relativamente ao que era até então entendido de maneira homogénea. São, por isso, representações sociais que surgem em momentos de conflito social.

Deste modo, as representações sociais encerram em si uma função de ordem e de orientação mas em simultâneo são também determinantes de identidades que incluem ou excluem.

“(…) vemos em actividade dois sistemas cognitivos, um que procede a associações, inclusões, discriminações, deduções, quer dizer, o sistema operatório, e outro que controla, verifica, selecciona, com o apoio de regras, lógicas ou não; trata-se de uma espécie de metassistema que retrabalha a matéria produzida pelo primeiro” (Vala, 2000, 463).

As representações sociais não são estáticas, podem sofrer alterações. As práticas sociais representam a interface das representações internas prescritas e das circunstâncias externas e evoluem em adaptação às circunstâncias do meio, em constante reequilíbrio. Entre as *circunstâncias* e as *boas razões* para comportamentos e práticas não habituais, elas podem tornar-se diferentes para adaptação a uma nova circunstância mas

regressarem ao seu estado inicial com a recuperação da circunstância original. Outra forma das representações sociais se alterarem é pelo atingimento profundo do núcleo central da representação, o que lhe provoca uma ruptura. Só quando o núcleo central é de facto questionado é possível uma alteração da representação social (Abric, 2001).

1.1. O estudo das representações sociais

Sendo as representações sociais produzidas no meio social onde organizam e orientam as relações dos indivíduos e dos grupos, entre si e com o mundo, diversos campos do saber se têm dedicado ao seu estudo, nomeadamente as disciplinas que se inscrevem nas ciências humanas e sociais. Ilustres investigadores da psicologia, da antropologia, da educação e das ciências sociais têm realizado estudos de investigação e produzido conhecimento à luz da teoria das representações sociais.

Os estudos das representações sociais permitem a descoberta do saber prático, reconhecido e partilhado por um grupo e que dá resposta a questões dos indivíduos e os familiarizam com os objectos desconhecidos.

São deste modo, processos cognitivos, socialmente regulados e que assentam no processo de objectivação e de ancoragem o que confere à representação social uma complexidade psicossocial marcante que dificulta a construção de um conceito delimitador sem lhe amputar a riqueza da multidimensionalidade (Vala, 2000).

Arruda (2002) referindo-se ao preconizado por Jodelet para o estudo das representações sociais, salienta que as diversas dimensões têm que ser consideradas pois, as representações sociais resultam da sua articulação. A afectividade, a cognição, a linguagem e a comunicação, o meio social e as relações, não podem por isso ser desmembradas do todo que formam.

Assim, para estudar as representações sociais podem ser levantadas três ordens de questões:

- Quem sabe e qual a fonte desse saber?
- O que sabe e como sabe?

- Sobre o que sabe e que efeito produz?

Cada uma destas três perguntas permite conhecer diferentes aspectos das representações sociais, que passamos a explicar:

- As condições de produção e da sua difusão – Para conhecer este plano das representações sociais é necessário ter em consideração a forma como se desenvolve o processo de *objectivação*. Sendo esta, a necessidade de familiarização com algo que é novo, acrescentando-lhe ou subtraindo-lhe elementos para que dê resposta às necessidades, normas e valores do grupo, a diferença entre o objecto real e a sua representação revela a produção da representação social em causa.

- Os processos e os estados – Este nível de conhecimento das representações sociais emerge no estudo dos conteúdos das mesmas, ou seja, conhecendo as expressões, as imagens, as ideias, as práticas e os valores que as pessoas associam a uma determinada representação social. A este nível, a representação social é estudada como um campo de saber social, no qual se procuram as informações, as significações, os saberes e as atitudes mas pode ser utilizada uma outra abordagem de estudo. Esta outra linha de estudo tem por objecto o núcleo estruturante da representação social, identificando os elementos centrais e periféricos que constituem o sistema. Os elementos periféricos, mais difíceis de apreender, são a intersecção entre as circunstâncias e a forma de conhecimento individual em que a representação social é produzida. Os elementos de núcleo central são os que formam o cerne da representação social e contribuem para a sua estabilidade como Jean Claude Abric defende na sua *Teoria do Núcleo Central*.

- O estatuto epistemológico – Neste nível de estudo pretende-se conhecer a génese da representação social através do estudo dos factores que explicam e dão sentido ao que o grupo atribui ao objecto alvo da representação social. Deste modo, tem-se conhecimento da relação existente entre a realidade e a representação dessa mesma realidade naquele grupo social.

Diversos estudos têm sido realizados, considerando a teoria das representações sociais como um estímulo heurístico e não tanto como um conceito bem delimitado. Em diversos domínios têm sido desenvolvidos estudos à luz da teoria das representações sociais, como por exemplo no âmbito da saúde e da doença (Herzlich, 1969), da doença mental (De Rosa, 1987; Jodelet 1989), da violência (Vala, 1981), da morte (Oliveira &

Amâncio, 1998) e do suicídio (Ordaz & Vala, 1997) mas também em estudos de problemáticas sociais como o desemprego (Marques, 1983), os sistemas económicos e as relações económicas (Emler & Dickinson, 1985; Vergès, 1987), o poder social (Vala, 1990), os conflitos sociais (DiGiacomo, 1980) e ainda estudos relativos a grupos sociais bem definidos como os enfermeiros (Milward, 1995), a criança (Chombart de Lauwe, 1971) e os estudos de género (Amâncio, 1985; Duveen & Lloyd, 1993).

Nos trabalhos de investigação acima referidos, foram utilizados métodos e técnicas diversas e centrados em paradigmas diferentes. Uns orientados por um paradigma qualitativo, com utilização da observação, da entrevista qualitativa e com análise de conteúdo. Outros norteados por um paradigma quantitativo, são estudos experimentais e quase-experimentais, com utilização de questionário, entrevista quantitativa e com resultados assentes na análise de dados quantitativos (Vala, 2000).

II Parte

Investigação empírica

CAPÍTULO 4 – DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA

1. Problemática e objectivos do estudo

A saúde humana não pode ser dissociada do ser humano, o qual forma um complexo sistema com o meio ambiental e social com o qual as interações são constantes e bidireccionais formando uma teia de complexidade que envolve a pessoa no seu nicho ecológico. A intervenção em saúde deve, pois, considerar os indivíduos inseridos nesse contexto cultural e social para que os significados se encontrem e orientem a satisfação das necessidades em saúde e o aumento da consciencialização e capacitação pessoal para a manutenção e melhoria da saúde.

Neste sentido, os profissionais de saúde têm responsabilidade na saúde dos indivíduos e das comunidades pelo que devem considerar a violência doméstica nas práticas clínicas pois, é considerada pela Organização Mundial de Saúde como um problema de saúde pública.

A dinâmica da violência conjugal provoca em muitas mulheres medo, vergonha e diminuição da auto-estima que lhes dificultam a iniciativa para abordarem essa experiência e por isso, vão tolerando ao longo de vários anos uma situação relacional que lhes vai provocando nefastas repercussões ao nível da saúde física e mental.

A escolha da problemática que pretendemos investigar foi ancorada no interesse pela influência do género na saúde e na área da comunicação em saúde, já que um percurso profissional como enfermeira na área da prestação de cuidados diferenciados e desde alguns anos na área da docência de enfermagem foi revelando a importância da comunicação como importante componente da prestação de cuidados às pessoas, famílias e comunidade. Assim, estes aspectos têm vindo a orientar o percurso académico desde o Mestrado em Comunicação em Saúde, no âmbito do qual realizámos um estudo baseado em histórias de vida e intitulado “Violência conjugal contra a mulher. Histórias vividas e narradas no feminino” (Calvinho, 2007).

O trabalho realizado permitiu-nos identificar que estas mulheres percepcionavam o impacto negativo da violência conjugal sobre a sua saúde mas, paradoxalmente, não

reconheciam as instituições e os profissionais de saúde como um recurso na situação de maus-tratos. O estudo revelou-nos ainda dificuldades destas mulheres no contacto com estes mesmos profissionais a quem recorriam para tratar do corpo (Calvino,2007).

Apresentamos alguns resultados do nosso estudo, directamente relacionados com as repercussões da violência na perspectiva das mulheres e com a sua experiência com os profissionais de saúde, pois, foram estas constatações que nos orientaram para o desenvolvimento da investigação que sustenta esta tese.

A dinâmica da violência conjugal das dez mulheres estudadas teve uma trajectória contínua, com violência de tipo combinado e que se agravou em frequência e intensidade ao longo do tempo. Desta situação resultaram repercussões em diversas dimensões da saúde:

- Na integridade física (equimoses/hematomas/contusões; feridas corto-contusas; fracturas ósseas; dentes partidos; queimaduras);
- Na saúde psicossomática (alterações do sono; queixas álgicas; perda de desejo sexual; desmaios);
- Na saúde biofísica (risco obstétrico/aborto; risco de infecções sexualmente transmissíveis (IST); hipertensão; episódios de agravamento de patologia crónica);
- Na saúde mental (estado de ansiedade /depressivo; ideação ou tentativa de suicídio; depressões medicadas; *stress* pós-traumático; diminuição do auto-conceito e da auto-estima);
- Do bem-estar emocional (revolta, medo, sofrimento/ infelicidade).

Além das repercussões ao nível da saúde, houve ainda repercussões negativas também a outros níveis, nomeadamente: laboral; no desempenho parental; nas relações entre subsistemas familiares; no desenvolvimento afectivo dos filhos e no desempenho escolar dos filhos.

Apesar das constatações do impacto da situação sobre a saúde e no sistema familiar as mulheres evidenciaram dificuldades para solicitar o apoio dos profissionais de saúde, por vergonha e pelo comportamento controlador do agressor. Por isso, junto dos profissionais de saúde tinham atitudes de evitamento e de ocultação da situação mas

alegaram também falta de à-vontade com os profissionais de saúde para abordar o problema.

Das suas percepções sobre os profissionais de saúde evidenciaram-se as atitudes de desvalorização da situação de violência conjugal e a censura à mulher por ser agredida, com intervenções centradas no modelo biomédico. O encaminhamento para as casas-abrigo; o encorajamento e o encaminhamento legal foram intervenções de profissionais de saúde sobretudo nas situações graves de espancamento violento e de tentativa de suicídio. A preponderância do modelo biomédico parece continuar a orientar as práticas clínicas, mantendo uma intervenção assente na cisão corpo-mente e que não contextualiza o indivíduo no seio de um ambiente cultural e social próprio que contribui com factores protectores ou nefastos para a saúde (Calvino, 2007).

Sensibilizadas por estes dados pretendemos dar continuidade ao estudo, ao nível do Doutoramento, centrando o foco de atenção nos profissionais de saúde que pela sua função social interagem com as mulheres vítimas de violência conjugal, com o intuito de revelar evidências científicas que contribuam para a formação de profissionais de saúde e que induzam mudanças e evolução das práticas clínicas.

A intervenção em saúde e, concretamente quando o problema é a violência conjugal, seja qual for o nível da prestação de cuidados, requer conhecimento do fenómeno e competências comunicacionais dos profissionais, para que seja estabelecida uma relação de confiança e empatia favorável à resolução do problema real, geradora de segurança e potenciadora de comportamentos favoráveis à saúde das pessoas e famílias e que as capacite para interromper o ciclo de violência.

Associadas a estas competências individuais são ainda necessárias condições nas organizações de saúde e uma actuação em rede que permita aos profissionais um conhecimento adequado sobre os recursos e procedimentos de apoio e encaminhamento das vítimas de violência conjugal.

A OMS (2002) recomenda a integração de módulos sobre a violência familiar, numa perspectiva de problema de saúde, nos currículos escolares dos cursos de Medicina e de Enfermagem.

A necessidade de formação dos profissionais de saúde para o atendimento a mulheres vítimas de violência conjugal tem sido evidenciada por diversos investigadores, para

que tenham conhecimento sobre o fenómeno, desenvolvam capacidades e atitudes adequadas ao rastreio eficaz e diagnóstico precoce e estejam capacitados para a intervenção com técnicas de aconselhamento (Davidson *et al.*, 2001; Fernández Alonso *et al.*, 2003; Majdalani, 2005; Humphrey *et al.*, 2011)

Um estudo realizado por Sugg & Inui (1992) na universidade de Seattle, com médicos de família, revelou as dificuldades dos mesmos na abordagem da violência na família:

- Falta de tempo para o fazer mas também o medo de ofender as clientes com a pergunta, a falta de preparação para abordar o tema (50%);
- Temor de não ter capacidade para controlar o comportamento da vítima (42%);
- Identificação com os clientes (39%);
- Medo do confronto com o imprevisto e possível descontrolo da situação (20%);
- Alguns questionavam a credibilidade da mulher (Fernández Alonso *et al.*, 2003).

Lettiere, Nakano & Rodrigues (2008) desenvolveram um estudo com médicos e enfermeiros, no Brasil, que evidenciou que os mesmos, embora considerem que a violência contra a mulher constitui um problema social sério, não evidenciaram conhecimento suficiente para intervirem e saberem o que deveriam fazer, reconhecendo a falta de formação como uma das causas para uma prática profissional centrada num paradigma biomédico e fragmentada no atendimento da mulher. Revelaram ainda outros factores causais como a falta de equipas multidisciplinares e de estruturas de suporte e protecção, onde estejam incluídos, por exemplo, psicólogos.

As mesmas autoras apontam que um outro estudo realizado por Rodríguez-Bolaños (2005) com profissionais de saúde da Nicarágua, também evidenciou a falta de formação sobre o tema e ainda a falta de privacidade no atendimento; o receio do seu envolvimento nos aspectos legais; as preocupações com a própria segurança e o desconhecimento dos recursos de apoio à vítima na comunidade, como obstáculos à intervenção.

Os dados obtidos nestes estudos reforçam a necessidade de formação sobre violência familiar como problema de saúde e a desconstrução de estereótipos e preconceitos

culturais sobre a violência de género, inibidores para os profissionais da actuação necessária.

Silva (1995) e Ramos (2004) referem que a atitude profissional dos vários actores sociais como médicos, juristas, advogados, policiais e assistentes sociais se caracteriza pelo laxismo no atendimento, pela fragmentação da intervenção e pelo contributo para a perpetuação e banalização de um fenómeno social.

Ramos (2004) afirma que os estereótipos e os preconceitos têm o objectivo de controlar o ambiente de forma esquemática, simplificada e rígida, pelo que constituem um obstáculo à comunicação, dificultando a transmissão de mensagens e a sua correcta descodificação, inibem a percepção da realidade dos acontecimentos e influenciam negativamente as percepções.

Nesse sentido o auto-conhecimento dos profissionais, a compreensão dos contextos culturais e sociais, o desenvolvimento da capacidade de auto-reflexão e de descentração de si, são aspectos que a mesma autora aponta como necessários na formação dos profissionais de saúde.

“A comunicação é uma componente importante dos cuidados de saúde e pode constituir um bom avaliador da qualidade dos cuidados de saúde” (Ramos, 2004, p. 297-298).

Esta autora salienta que a frequente insatisfação dos utentes de cuidados de saúde está relacionada com as posturas comunicacionais dos técnicos, as quais devem ser reflectidas e alteradas para uma capacidade comunicacional interactiva, capaz de colocar em comum as significações da comunicação verbal e não-verbal e de permitirem um relacionamento empático e caloroso.

Associada à formação específica dos profissionais, é necessário salientar a importância dos decisores políticos e dos gestores dos serviços de saúde considerarem as condições dos serviços e empreenderem mudanças favorecedoras de uma actuação junto aos clientes mais adequada nas respostas ao nível da prevenção, do tratamento e da reabilitação (WHO, 2002; Fernández Alonso *et al.*, 2003).

Diversos estudos e a Organização Mundial da Saúde (OMS) têm revelado e chamado a atenção para a violência conjugal contra a mulher como fenómeno complexo que tem repercussões sobre a saúde da mulher e condiciona o seu papel na família e na

sociedade. Urgem respostas adequadas dos profissionais e das equipas de saúde assentes num trabalho interdisciplinar, pois são estes profissionais os que estão na primeira linha de recurso e em sistemática interacção com as mulheres e as famílias. Esta equipa deve trabalhar em rede, de forma articulada e em verdadeira parceria multisectorial para que as mulheres sujeitas a violência possam dispor de intervenções e apoio eliminando a re-vitimização a que tantas vezes são sujeitas no percurso institucional que pretende ajudá-las.

Deste contexto de análise e de reflexão emergiu a pergunta de partida para este estudo:

Quais as implicações da representação social de violência conjugal contra a mulher, nas práticas dos profissionais da saúde?

Foi esta a problemática que nos orientou para delimitar as intenções do estudo em objectivos gerais e específicos que de seguida apresentamos.

Objectivos gerais do estudo:

- Conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde, que contactam com mulheres vítimas de violência conjugal, sobre a violência conjugal contra a mulher;
- Analisar a articulação entre os diversos profissionais de saúde que atendem mulheres vítimas de violência conjugal.

Objectivos específicos:

- Identificar as representações sociais dos profissionais de saúde acerca da violência conjugal;
- Identificar a actuação dos profissionais de saúde na prevenção, diagnóstico e encaminhamento das mulheres vítimas de violência conjugal;
- Identificar os factores dificultadores da integração da violência conjugal nas práticas dos profissionais de saúde;
- Identificar factores facilitadores da integração da violência conjugal nas práticas clínicas dos profissionais de saúde;

- Identificar necessidades de formação dos profissionais de saúde, no âmbito da violência conjugal;
- Identificar se os profissionais de saúde se consideram um recurso para as mulheres vítimas de violência conjugal;
- Identificar o que os profissionais de saúde pensam sobre as repercussões da violência conjugal na saúde das mulheres;
- Identificar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre os recursos disponíveis no âmbito da violência conjugal contra a mulher.

2. Opções metodológicas

Face às intenções de compreender um aspecto particular da intervenção dos profissionais ao nível da saúde, na perspectiva dos seus actores e de uma forma holística, optámos pela elaboração de um estudo inserido no paradigma qualitativo.

A investigação de abordagem qualitativa tem como características ser naturalista pois o investigador embrenha-se nas situações reais para conhecer um fenómeno com contacto directo mas discreto com os actores envolvidos; ser holística pois pretende a compreensão de um contexto real onde os actores se inserem e ser também indutiva pois o investigador parte dos dados recolhidos para a construção do conhecimento, preservando o significado dos mesmos na perspectiva de cada participante na investigação (Bogdan & Biklen, 1994).

Imbuídas deste espírito investigativo decidimos desenvolver um estudo do tipo estudo de caso, que “(...) *consiste na observação detalhada de um contexto, ou indivíduo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico.*” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 89) o que se enquadra nos objectivos que pretendemos na elaboração desta investigação e com as características salientadas por Yin (1988) cit in Carmo & Ferreira (1998) “ (...) *quando se quer responder a questões de “como” ou “porquê”; o investigador não pode exercer controlo sobre os acontecimentos e o estudo focaliza-se na investigação de um fenómeno actual no seu próprio contexto*” (p. 216).

Centradas ainda na pretensão investigativa de conhecer as representações sociais dos participantes, este estudo de caso recorre a um enquadramento conceptual e metodológico na teoria das representações sociais, que como refere Jodelet (1997) circulam nas palavras, transportam-se nos discursos, evidenciam-se em comportamentos e orientam as posturas face aos outros e ao mundo.

3. Instrumento de recolha de dados

Os instrumentos de recolha de dados devem ser seleccionados de acordo com o paradigma e tipo de estudo pretendido, no sentido de possibilitarem um alcance de dados compatível com os objectivos (Ruquoy, 1997), pelo que utilizámos como instrumentos de recolha de dados:

- A entrevista semi-directiva apoiada em guião por nós elaborado, tendo em consideração os objectivos do estudo e gravada em fita áudio, autorizada por cada participante no estudo;
- A técnica da associação livre de palavras (TALP), na qual utilizamos quatro (4) palavras de estímulo: *violência conjugal*; *vítima de violência conjugal*; *saúde e violência conjugal*; *eu profissional e a violência conjugal*;
- O questionário de caracterização socioprofissional por nós elaborado.

A técnica de recolha de dados por entrevista permite obter dados com “ (...) *um controlo mínimo do processo de memorização e uma liberdade de expressão máxima, deixada ao narrador*” (Poirier; Clapier-Valladon & Raybaut, 1999, p.26) e, possibilita “(...) *abrir a área livre entre dois interlocutores no que respeita à matéria da entrevista, reduzindo, por consequência, a área secreta do entrevistado e a área cega do entrevistador.*” (Carmo & Ferreira, 1998, p.126) e é o instrumento mais indicado quando se pretende estudar as representações sociais, pois permite demarcar sistemas de representações, valores e normas (Ruquoy, 1997).

Deste modo, optámos pela elaboração de um guião (anexo 1) que elaborámos com base no referencial teórico do estudo e dos objectivos do mesmo. Este foi elaborado com

uma estrutura semi-directiva de forma a permitir a livre expressão pelo entrevistado mas orientada para a obtenção de informação pertinente para os objectivos orientadores do estudo (Ruquoy, 1997), em torno dos seguintes temas centrais: as práticas profissionais; o papel e a responsabilidade dos profissionais de saúde junto à mulher vítima de violência conjugal; a violência conjugal contra a mulher e a saúde; os sentimentos e emoções na interacção com a mulher vítima e os aspectos necessários para melhorar a intervenção junto das mulheres nessa situação.

Sendo a entrevista um dos instrumentos mais adequados aos estudos das representações sociais, ele não é contudo, um instrumento completamente imparcial para dados relativos às práticas profissionais (Ruquoy, 1997). Tendo isto em consideração e o facto de um estudo multi-método permitir uma análise a vários níveis e dimensões de uma representação social possibilitando uma interpretação mais integrada (Rosa, 2005), optámos por construir um segundo instrumento de recolha de dados através da técnica da associação livre de palavras, ou das evocações livres de palavras (anexo 2). Este foi construído com 4 termos-estímulo: Violência conjugal; vítima de violência; violência conjugal e saúde; eu profissional e a violência conjugal, nesta mesma ordem, para o registo das três palavras que espontaneamente ocorressem à mente de cada participante, sugeridas por cada palavra-estímulo.

A técnica da Associação Livre de Palavras (ou Evocações Livres de Palavras) foi inicialmente desenvolvida por Jung, no âmbito da psicologia clínica para o estudo da personalidade. É uma técnica projectiva que está bastante difundida no âmbito da Psicologia Social, principalmente quando se trabalha com o suporte teórico das Representações Sociais (RS), uma vez que possibilita aceder aos conteúdos implícitos e latentes (Nóbrega & Coutinho, 2003). De acordo com este autor, esta técnica possibilita aceder aos conteúdos que formam uma dada RS, sem que ocorra a filtragem da censura pelo que evidencia os conteúdos latentes. Abric (2001) salienta que é a forma mais acessível e espontânea para se ter acesso ao conteúdo de uma RS que está mascarada nos discursos e que De Rosa (1988) defende que faz emergir o universo semântico do núcleo representativo do objecto em estudo.

Foi também elaborado um questionário de caracterização socioprofissional destinado ao exercício profissional, à formação académica e às variáveis sociodemográficas habituais: idade, sexo, naturalidade/nacionalidade (anexo 3).

4. Do terreno de pesquisa aos procedimentos de tratamento dos dados

Com o intuito de viabilizar o desenvolvimento do estudo, optámos por recorrer a uma instituição com as características e profissionais de saúde que enquadrassem os objectivos do estudo, na nossa área geográfica.

Para aceder aos participantes no estudo, iniciámos a aproximação ao terreno com os procedimentos inerentes ao processo ético e legal para a autorização do estudo na ULSAM, EPE.

Após a avaliação do nosso pedido pela comissão de ética e do despacho pelo conselho de administração (anexo 4), foram contactados os directores de serviço e enfermeiros-chefes dos serviços/departamentos de uma das unidades hospitalares da ULSAM e das unidades de cuidados de saúde na comunidade onde pretendíamos ter a participação de informantes.

Nesta primeira abordagem foi realizada uma reunião informal serviço a serviço na qual apresentámos uma síntese do estudo – tipo de estudo; objecto de estudo e objectivos; critérios de inclusão e instrumentos de recolha de dados – auscultámos os pareceres, esclarecemos as dúvidas e também abordamos alguns aspectos de cariz mais prático como por exemplo horários e possibilidades de participantes no estudo abrangidos pelos critérios de inclusão.

No serviço social e no departamento de saúde mental e psiquiatria, esta reunião serviu ainda para conhecer a dinâmica de articulação entre serviços para podermos privilegiar a participação de profissionais entre serviços que se articulam, criando uma população multidisciplinar e inter-serviços. Foi deste modo possível aceder aos participantes que no serviço social e no serviço de psicologia clínica estavam mais próximos e em colaboração com os restantes serviços hospitalares onde íamos aceder a participantes e com as unidades de saúde na comunidade.

Um resumo escrito do estudo foi fornecido aos responsáveis dos serviços para assegurar a transmissão fidedigna à restante equipa e possibilitar a consulta aos restantes profissionais.

Em alguns serviços foi o responsável pelo mesmo a fazer o contacto com os profissionais e a transmitir-nos posteriormente as pessoas que estariam disponíveis, noutros partiu de nós a abordagem individual para a obtenção da participação, a partir de sugestões dadas pelos responsáveis.

Com todos os profissionais envolvidos foi feito um contacto prévio, por telefone ou pessoalmente, para apresentação, confirmação da manutenção da vontade em colaborar e para a marcação da recolha de dados comunicando o tempo estimado para a mesma de aproximadamente 45 a 60 minutos. A data e hora foram agendadas de acordo com a disponibilidade mútua e em local da sua preferência.

Para a recolha de dados, foram respeitados todos os procedimentos éticos em investigação, ou seja, informação, confidencialidade, anonimato e consentimento informado. Assim, após a apresentação sumária do estudo, foi pedido a todos os participantes que assinassem de forma livre, voluntária e informada o consentimento informado que redigimos para o efeito (anexos 5 e 6). Na mesma linha de actuação, antes de dar início às entrevistas foi pedida autorização para a gravação em formato de áudio digital, o que foi aceite sem reservas por todos os participantes.

4.1. Constituição da população participante no estudo

Para a integração no estudo constituímos um grupo de participantes com critérios que nos permitissem recolher os dados que pretendíamos estudar, considerando a sua diversidade, experiência e funções inerentes às suas intervenções junto a mulheres vítimas de violência conjugal de modo a permitirem-nos atingir os objectivos do estudo. Como salienta Ruquoy (1997) às pesquisas qualitativas não importa a representatividade mas sim a riqueza da diversidade permitida pelos vários participantes e a conformidade com os objectivos traçados.

Assim, os participantes deste estudo constituíram-se por profissionais de saúde em exercício clínico na Unidade Local de Saúde de Viana do Castelo (ULSAM, EPE), que denominamos por ULSAM, em serviços ou departamentos onde, pela sua missão e objectivos, fosse mais frequente o atendimento de mulheres vítimas de violência conjugal:

- Médicos(as) e enfermeiros(as) em exercício clínico na ULSAM;
- Psicólogos(as) e assistentes sociais em exercício clínico na ULSAM.

Com os seguintes critérios de inclusão:

- Médicos(as) e enfermeiros(as) a exercerem nas unidades de cuidados de saúde na comunidade;
- Psicólogos(as) a exercerem em cuidados de saúde na comunidade;
- Assistentes sociais a exercerem em cuidados de saúde na comunidade;
- Médicos(as) e enfermeiros(as) a exercerem nos cuidados de saúde hospitalares, nos seguintes departamentos ou serviços:

Departamento de saúde da mulher

Serviço de urgência de adultos

Departamento de saúde mental e psiquiatria;

- Psicólogos(as) a exercerem em cuidados de saúde hospitalares e com articulação com os serviços ou departamentos acima referidos;
- Assistentes sociais a exercerem em cuidados de saúde hospitalares e com articulação com os serviços ou departamentos acima referidos;
- Com experiência profissional com mulheres vítimas de violência conjugal;
- Disponibilidade para colaborar no estudo.

4.2. Constituição do *corpus* de análise

Aplicados os critérios de inclusão aos profissionais do estudo, iniciamos e concluímos a recolha de dados entre Maio de 2012 e Agosto de 2013.

Os instrumentos da técnica das evocações livres foram disponibilizados aos participantes como primeiro instrumento de recolha de dados. Na folha de rosto deste

introduzimos uma nota prévia sobre o estudo em curso e as instruções para o autopreenchimento.

Após esta colheita de dados, procedemos à entrevista individual, orientada pelo guião. A duração de cada entrevista variou entre os 35 minutos e os 60 minutos e foi gravada em suporte áudio digital e posteriormente transcrita na íntegra. Esta transcrição permitiu, apesar de morosa, uma acomodação aos discursos e uma primeira impressão sobre os dados obtidos.

No fim da entrevista, fornecemos aos participantes o questionário de caracterização socioprofissional para autopreenchimento.

No fim da recolha de dados, codificámos cada um dos instrumentos:

AL e nº de ordem para o instrumento das associações livres de palavras, com código de local de exercício profissional e classe profissional;

E e nº de ordem para as entrevistas, com código de local de exercício profissional e classe profissional;

Q e nº de ordem para os questionários de caracterização socioprofissional, com código de local de exercício profissional e classe profissional.

Terminada a recolha de dados, obtivemos um *Corpus de análise* constituído por:

- 26 Entrevistas transcritas a partir da gravação em áudio;
- 26 Instrumentos de associações livres de palavras com 12 palavras em cada um, 3 por estímulo;
- 26 Questionários de caracterização socioprofissional dos participantes no estudo.

Este *corpus* resultou da aplicação dos instrumentos de recolha de dados a 14 profissionais em cuidados de saúde hospitalares (CSH) e a 12 profissionais em cuidados de saúde na comunidade (CSC). Os profissionais de CSH são 2 médicos; 8 enfermeiros; 2 psicólogos e 2 assistentes sociais. Em CSC são 5 médicos; 5 enfermeiros; 1 psicólogo e 1 assistente social.

4.3. Procedimentos de tratamento, apresentação e análise dos dados

Os dados obtidos através da aplicação dos questionários permitiram a caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo, bem como as variáveis fixas que utilizámos para o tratamento dos dados resultantes das evocações livres de palavras. Para a construção do perfil socioprofissional dos participantes realizámos um tratamento estatístico descritivo através do programa informático *SPSS*, versão 20 para *Windows*, que apresentámos com a representação dos mesmos em gráficos e em quadros.

A partir das gravações em áudio digital das entrevistas, procedemos à sua transcrição integral para posteriormente efectuarmos a análise de conteúdo dos textos. A análise de conteúdo “*é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens*” (Bardin, 1977, p.42).

Considerando esta afirmação, pareceu-nos ser a técnica de tratamento de dados que melhor nos permitiria extrair os dados qualitativos do *corpus de análise*.

Atendendo à intenção da investigação e aos objectivos traçados, optámos por em articulação com o referencial teórico traçar áreas temáticas *à priori* pois procuramos “*descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido*” e para conhecer motivações, crenças, atitudes ou opiniões e tendências em entrevistas aplicadas a grupos ou indivíduos (Bardin, 1977, p. 105).

Perante estes pressupostos, definimos categorias *à priori* para podermos sistematizar a procura dos aspectos que pretendemos descobrir em cada área temática, fazendo emergir dos discursos as categorias e subcategorias em cada um dos temas. Contudo, uma pesquisa inserida num paradigma qualitativo tem também por objectivo a análise de significados na perspectiva dos participantes. Assim, quisemos que estas áreas temáticas servissem de bússola para a procura inicial mas considerando as que emergiram *à posteriori*.

Transcritas as gravações e codificados os textos com – E – seguido do respectivo nº de ordem, e códigos de serviço e contexto de prestação de cuidados de saúde, submetemo-las a uma análise qualitativa, com base no método e técnica de Análise Qualitativa de Conteúdo segundo Bardin (1977), considerando as áreas temáticas e as categorias definidas *à priori*;

Através da análise de conteúdo das entrevistas, extraímos dados objectivos e fiáveis para análise e compreensão do nosso objecto de investigação, que seguiu as etapas metodológicas propostas pela mesma autora:

- A *pré – análise*, correspondente a sucessivas leituras, a chamada leitura *flutuante*, permitiu dar o primeiro passo para analisar e sistematizar as ideias iniciais que estruturaram o plano de análise dos dados e nos orientou, numa primeira fase para as áreas temáticas definidas *à priori*:

a) Factores relevantes nas práticas dos(as) profissionais de saúde, em cuidados de saúde hospitalares (CSH) e cuidados de saúde na comunidade (CSC), para a integração da violência conjugal contra a mulher:

Nesta área temática pretendíamos conhecer os factores dificultadores e os factores facilitadores da intervenção junto das mulheres vítimas de violência conjugal;

b) Percepção dos(as) profissionais de saúde em CSH e CSC, sobre o impacto da violência conjugal.

Nesta área temática pretendemos conhecer as repercussões da violência conjugal na mulher, na família, na sociedade e no sistema de saúde, na perspectiva destes(as) profissionais;

c) Papel e responsabilidade dos(as) profissionais de saúde no âmbito da prestação de CSH e de CSC, na interacção com mulheres vítimas de violência conjugal.

Nesta área temática pretendemos conhecer o papel e a responsabilidade dos(as) profissionais e os seus sentimentos e emoções quando em interacção com uma vítima de violência conjugal; tomada de decisão e encaminhamento para outras instituições;

d) Percepção dos(as) profissionais sobre a minimização do impacto da violência conjugal na saúde das mulheres vítimas.

Nesta área temática pretendemos conhecer o que os e as profissionais consideram importante para reduzir o impacto da violência conjugal contra a mulher na saúde e para favorecer o diagnóstico/intervenção precoce e de que forma se incluem nessas medidas.

Após esta primeira redução de enunciados, obtivemos um volume considerável de dados em cada área temática definida *à priori*, em cada um dos contextos de prestação de cuidados de saúde;

- A *exploração do material*, correspondente ao processo de codificação dos dados, à escolha das unidades de registo, à enumeração e por fim à categorização.

Iniciamos por analisar as unidades de discurso agrupando-as em categorias que foram emergindo. Com o avançar do tratamento de dados fomos aferindo e reorganizando esses dados ainda *em bruto* de modo a tecer um fio condutor entre as unidades de discurso e as categorias e posteriormente entre as subcategorias e sub-subcategorias.

A categorização das unidades de análise foi orientada conforme as regras preconizadas por (Bardin, 1977):

- Exclusão mútua;
- Homogeneidade;
- Pertinência;
- Objectividade;
- Fidelidade,
- Produtividade.

Esta fase permitiu-nos a construção das primeiras matrizes de dados, nas quais se introduziram códigos, de acordo com a informação e com base no nosso referencial teórico do estudo, procurando-se novas áreas temáticas conceptualmente significativas e estabelecendo categorias e subcategorias. Baseadas na semelhança de conteúdos, fomos atribuindo-lhes sucessivamente lugar e construindo as áreas temáticas finais. Das 4

áreas temáticas traçadas *à priori* passámos para as 13 finais, pela grande quantidade de dados e temas que tornariam cada área temática demasiado extensa mas também por terem emergido áreas temáticas *à posteriori*.

A validação da categorização dos dados foi obtida a partir da avaliação por dois juízes, docentes do ensino superior e doutorados, alheios à investigação e posteriormente revistas no sentido da unanimidade quanto à pertinência, à sistematização e à exclusividade.

- A interpretação dos resultados obtidos de forma significativa e válida, procurando a sua relação e resposta aos objectivos do estudo.

A apresentação dos dados é em texto narrativo, por se tratar de um estudo qualitativo, e apresentado por áreas temáticas com as respectivas categorias (a negrito), subcategorias (em itálico a negrito) e sub-subcategorias (em itálico), onde inserimos as unidades de análise extraídas das transcrições das entrevistas. Ao longo desta apresentação, fazemos a referência aos dados que emergiram das narrativas dos participantes em cada um dos contextos de prestação de cuidados: CSH e CSC. Complementam a narrativa figuras (Fig.) representativas das categorias, subcategorias e sub-subcategorias, divididas sempre que pertinente pela diferença dos dados em dois subtemas: CSH e CSC, numa apresentação esquemática.

Relativamente aos dados recolhidos pela *técnica das associações livres de palavras*, obtivemos cada palavra-estímulo 78 palavras, três por participante, à excepção da palavra-estímulo *eu profissional e a violência conjugal*, no qual obtivemos 77 palavras por termos eliminado uma palavra que estava escrita de forma não perceptível e que não foi possível esclarecermos com o participante.

Ao *corpus* de palavras evocadas foi realizada uma análise e intervenção inicial no sentido que todas as palavras fossem substantivos, na forma singular ou verbos no tempo infinitivo impessoal (Oliveira & Amâncio, 2005). Por exemplo: infeliz por infelicidade; reservada por reserva; pudor por vergonha, etc. Palavras diferentes mas com o mesmo significado foram aglutinadas numa única palavra seguindo o critério do termo mais comum, mais simples e mais utilizado. Como exemplo: a palavra reprove e condenável foram substituídos pela palavra reprovação; trauma, mutilação e marcas foram incluídos na palavra lesão.

Depois, construímos uma base de dados com todas as palavras evocadas por cada participante associada às variáveis fixas: sexo; idade; profissão e tempo de serviço.

Estes dados nominais foram posteriormente codificados e tratados com o programa informático *Tri-Deux-Mots*, versão 2.2 que nos permitiu realizar a Análise Factorial de Correspondência (AFC) de cada uma das palavras-estímulo. Esta técnica de análise de dados quali-quantitativos realiza uma estatística descritiva multivariada que permite identificar o universo semântico associado às palavras-estímulo (variáveis de opinião) em estudo através das variáveis de opinião mais significativas que para ele contribuem e as variáveis independentes que estão associadas às mesmas (Oliveira & Amâncio, 2005).

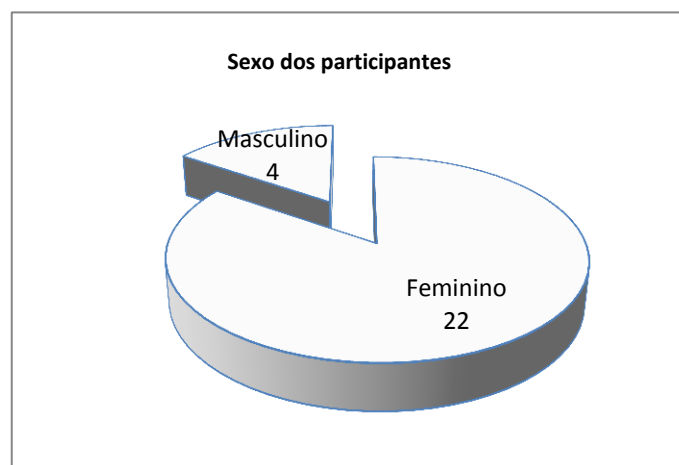
CAPÍTULO 5 – AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E AS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PERANTE A MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA CONJUGAL

Este capítulo inicia-se com a apresentação do perfil socioprofissional do grupo de participantes no estudo, seguida da apresentação, análise e discussão dos dados. Começamos com a apresentação dos dados obtidos através da técnica de associação livre de palavras à qual se seguem os dados que emergiram das entrevistas aos participantes, integrados em áreas temáticas.

1. Caracterização dos participantes no estudo

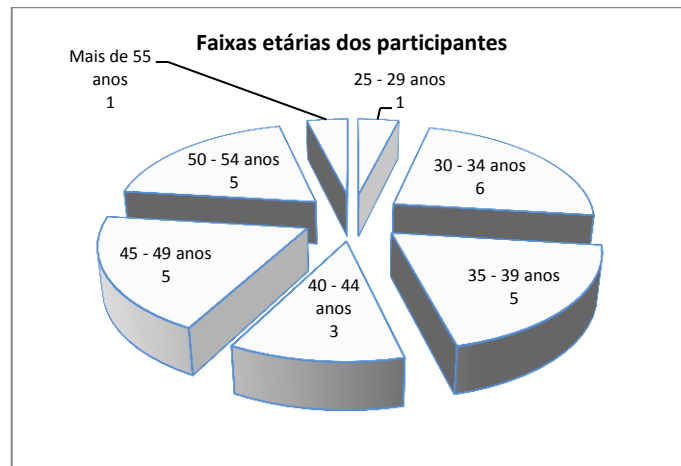
A partir do questionário de caracterização socioprofissional, obtivemos os dados que permitiram traçar o perfil dos 26 participantes no estudo, que apresentamos descritivamente com o complemento dos gráficos (Gráf.) e dos quadros respectivos.

Todos os participantes são de nacionalidade Portuguesa, sendo 22 do sexo feminino e 4 do sexo masculino (Gráf. 1). Estes resultados vão de encontro à distribuição por sexo no domínio da saúde, em que predomina o pessoal do sexo feminino.



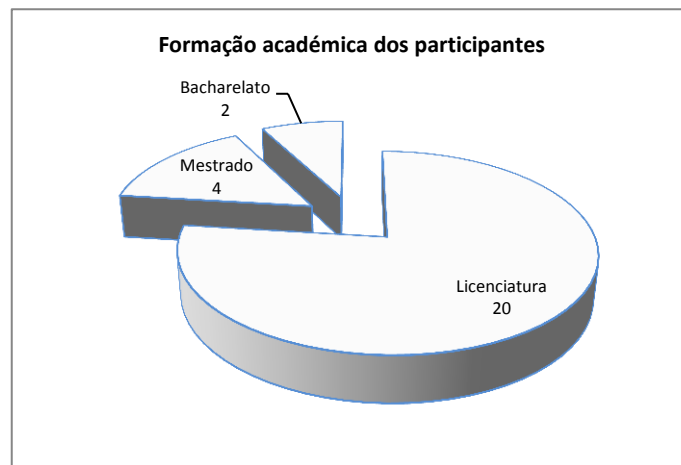
Gráf. 1 – Distribuição dos participantes por sexo

As faixas etárias dos participantes são diversas (Gráf. 2), situando-se as suas idades ente os 25 e os 57 anos. A faixa etária mais representada é a dos 30 aos 34 anos, com 6 elementos e as menos representadas as dos 25 aos 29 anos e a de mais de 55 anos, com 1 elemento em cada. Nos intervalos de idades dos 35 aos 39 anos, dos 45 aos 49 anos e dos 50 aos 54 há 5 elementos em cada. Entre os 40 e os 44 anos há 3 elementos.



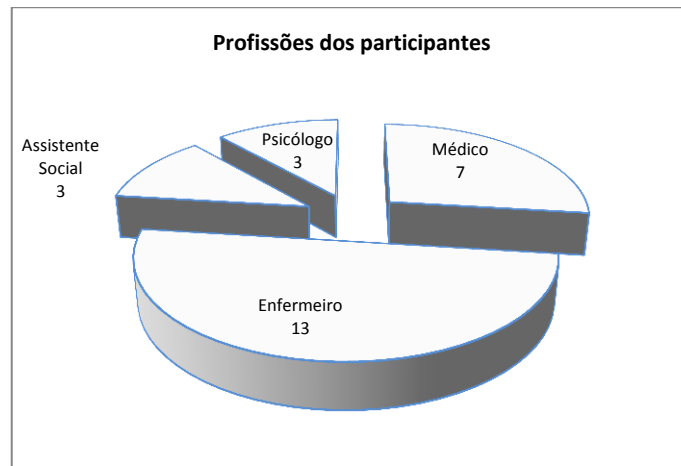
Gráf. 2 – Distribuição dos participantes por faixas etárias

A formação académica dos participantes é ao nível do ensino superior, assim distribuídos: licenciatura - 20 profissionais; mestrado - 4 profissionais e bacharelato - 2 profissionais (Gráf. 3).



Gráf. 3 – Distribuição dos participantes por graus académicos

Quanto à profissão dos participantes neste estudo, são Médicos - 7; Enfermeiros - 13; Psicólogos - 3 e Assistentes Sociais - 3, distribuição representada pelo gráfico 4. As profissões mais representadas são os médicos (7) e os enfermeiros (13), o que traduz a distribuição profissional real, das instituições prestadoras de cuidados de saúde. De referir também que todos os profissionais exercem funções na ULSAM, EPE.



Gráf. 4 – Distribuição dos participantes por profissões

Estes 26 profissionais de saúde exercem nas duas áreas de intervenção em saúde: 12 exercem em cuidados de saúde na comunidade (CSC) e 14 em cuidados de saúde hospitalares (CSH). No quadro 1 representámos a distribuição destes participantes por categoria profissional e local de exercício profissional e no quadro 2 apresentámos a distribuição dos participantes por local de exercício profissional e departamento ou serviço, conforme a seguir descrevemos.

Os profissionais que prestam cuidados de saúde na comunidade fazem-no em Unidades de Saúde Familiar (USF) e são das várias profissões e especialidades:

Médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar – 5;

Enfermeiros – 5, dos quais 2 são Enfermeiros de Cuidados Gerais e 3 são Enfermeiros Especialistas. Destes, 1 em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia; 1 em Enfermagem de Reabilitação e 1 em Enfermagem de Saúde Comunitária;

Psicólogo Clínico – 1;

Assistente Social – 1;

Categoria profissional	Local de exercício profissional		Nº total
	CSC	CSH	
Psicólogo Clínico	1	2	3
Enfº Cuidados Gerais	2	5	7
Enfº Saúde Materna e Obstetrícia	1	2	3
Enfº Saúde Mental e Psiquiatria	–	1	1
Enfº. de Reabilitação	1	–	1
Enfº de Saúde Comunitária	1	–	1
Médico de Psiquiatria	–	1	1
Médico de Obstetrícia e Ginecologia	–	1	1
Médico de Clínica Geral e Familiar	5	–	5
Assistente Social	1	2	3
Total	12	14	26

Quadro 1 - Distribuição dos participantes por categoria profissional e local de exercício profissional

Os profissionais que prestam cuidados de saúde hospitalares distribuem-se pelos seguintes departamentos ou serviços e categorias profissionais:

Serviço de Urgência – 3 Enfermeiros de Cuidados Gerais e 1 Assistente Social;

Departamento de Saúde da Mulher – 1 Médico Especialista em Obstetrícia e Ginecologia; 2 Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia; 1 Enfermeira de Cuidados Gerais e 1 Assistente Social;

Departamento de Saúde Mental e de Psiquiatria – 1 Médico Especialista em Psiquiatria; 1 Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria; 1 Enfermeira de Cuidados Gerais e 2 Psicólogas Clínicas.

Local de exercício profissional	Nº	Nº total
Cuidados de saúde na comunidade:		12
USF Atlântico	4	
USF Gil Eanes	6	
Em ambas as USF	2	
Cuidados de saúde hospitalares:		14
Serviço de Urgência	4	
Departamento de Saúde da Mulher	4	
Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria	6	
Total	26	26

Quadro 2 - Distribuição dos participantes por local de exercício profissional e serviço ou departamento

Do total de participantes, 6 mencionaram formação sobre violência conjugal contra a mulher em sessões de formação em exercício.

2. Apresentação, análise e discussão dos resultados

Este subcapítulo está organizado em duas partes. Na primeira, apresentamos os resultados, a análise e a discussão dos resultados da análise factorial de correspondência das palavras obtidas através da técnica de associação livre de palavras (TALP). Na segunda parte, iniciámos com a apresentação dos dados obtidos pela análise de conteúdo das entrevistas aos participantes e fazemos a sua descrição, e em seguida apresentamos a discussão dos resultados.

2.1. As representações sociais dos profissionais de saúde sobre a violência conjugal

As evocações dos participantes, ou seja, as palavras resultantes dos estímulos foram organizadas no formato de um glossário e encontram-se dispostas no anexo 7. Este

vocabulário foi codificado para a construção de uma base de dados constituída pelas evocações ou variáveis de opinião associadas às variáveis sociodemográficas ou variáveis fixas. Esta base de dados foi submetida ao processamento informático do programa *Tri-Deux-Mots* que numa das suas funções gerou a Análise Factorial de Correspondência (AFC), a qual possibilita a visualização dos campos semânticos que circunscrevem as palavras com as maiores cargas factoriais associadas às variáveis fixas (anexo 8). O princípio da AFC é o de colocar em evidência eixos que explicam as modalidades das respostas, apresentando as estruturas constituídas por elementos significativos ao objecto em estudo. O quadro 3 demonstra a codificação das variáveis fixas aos estímulos indutores ou variáveis de opinião.

Variáveis de opinião= Estímulos indutores			
1= Violência Conjugal 2= Vítima de violência conjugal 3= Saúde e violência conjugal 4= Ser profissional face à violência conjugal			
Primeira coluna	Segunda coluna	Terceira coluna	Quarta coluna
Sexo	Idade	Profissão	Tempo exercício profissional
1=Feminino 2=Masculino	1= 25-29 2= 30-34 3=35-39 4=40-44 5=45-49 6=50-54 7=55 Anos ou mais	1= Enfermeiro 2= Médico 3= Assistente social 4= Psicólogo	1= Menos 1 ano 2= 1-3 3=4-7 4=8-11 5=12-15 6=16-19 7=20-23 8=24-27 9=28 Ou mais

Quadro 3 - Codificação das variáveis fixas e das variáveis de opinião.

O processamento das evocações pelo programa informático *Tri-Deux-Mots* gerou um relatório, onde, entre outras informações foi possível observar que a soma dos dois factores (F1 e F2) correspondeu a 67,8 % da variância total dos dados, sendo 310 as palavras associadas aos quatro estímulos apresentados. Dentre estas, 223 foram seleccionadas pelo *software* como diferentes e reduzidas em conformidade pela junção dos termos com similaridade semântica. Deste vocabulário, o programa seleccionou as 6 palavras que fizeram parte do plano factorial, com base na contribuição relativa de cada palavra para o espaço factorial.

Estas palavras apresentam carga factorial média igual a 3,23 tomando como base o somatório das cargas factoriais (1000) dividido pelo total das palavras (310). As palavras que contribuíram significativamente com as maiores cargas factoriais na construção dos eixos F1 e F2 do plano factorial são as expostas no quadro 4 que abaixo apresentamos.

Estímulos	Palavras	CPF Factor 1	CPF Factor 2
Violência conjugal	Agressão	196	109
	Dor	35	127
Vítima de violência conjugal	Mulher	445	131
Saúde e violência conjugal	Doença	45	498
	Depressão	224	136
Ser profissional face à violência conjugal	Apoiar	55	-

Quadro 4- Palavras apreendidas pela TALP com as maiores cargas factoriais.

Nota: O travessão indica que não houve contribuição para o factor.

Em continuidade, expomos na Figura 1, o Plano Factorial de Correspondência (PFC) e apresentamos as inferências e as interpretações das palavras evocadas pelos participantes acerca da Violência Conjugal.

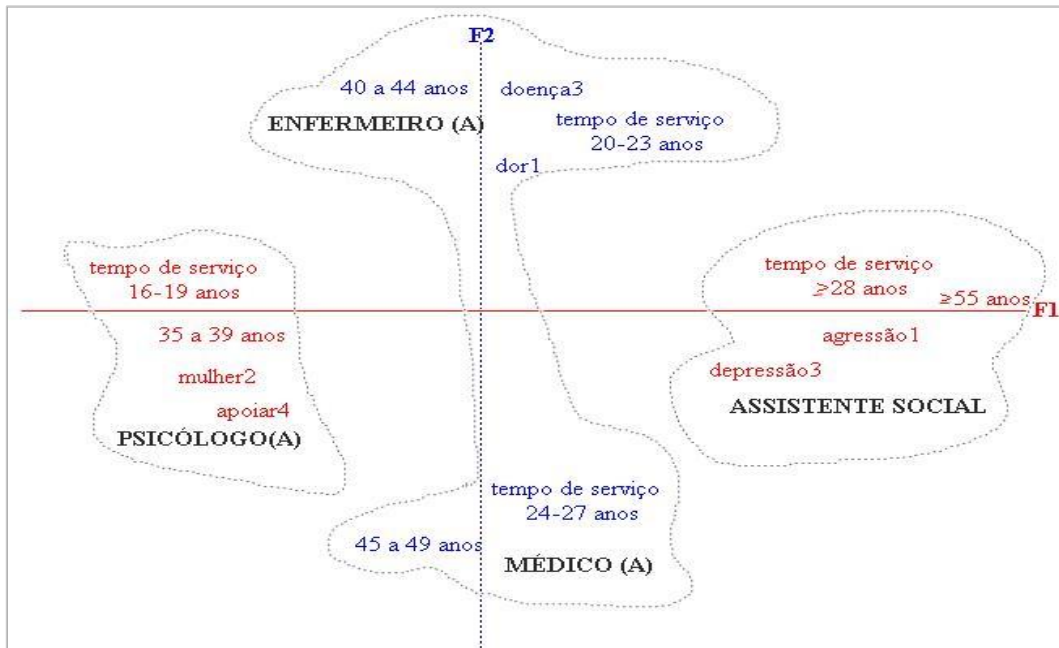


Fig. 1 - Plano Factorial de Correspondência das Representações Sociais acerca dos estímulos (1) violência conjugal; (2) vítima de violência conjugal; (3) saúde e violência conjugal; (4) ser profissional face a violência conjugal.

Atendendo ao PFC, tem-se o primeiro factor (F1), na linha horizontal, a vermelho, o qual apresentou as maiores cargas factoriais e explicou 40,3% da variância total de respostas dos participantes.

No mesmo eixo (F1) à esquerda, a vermelho, encontra-se o campo semântico associado à violência conjugal conforme a caracterização dos participantes psicólogos. Para este grupo de profissionais com tempo de serviço entre os 16 e os 19 anos e com idades compreendidas entre os 35 e os 39 anos, a *vítima da violência conjugal* é a **mulher**, sendo necessário **apoiá-la** profissionalmente.

Em oposição, no mesmo eixo (F1), à direita e a vermelho, posiciona-se o campo semântico referente a Violência Conjugal, em conformidade com as respostas dos participantes, neste caso específico, das assistentes sociais, com tempo de serviço de 28 anos ou mais e com idade de 55 anos ou mais. Para estes profissionais, a violência conjugal, é sinónimo de **agressão**, o que possivelmente levará as vítimas a desenvolverem uma **depressão**.

No segundo eixo (F2), na linha vertical pontilhada em azul, emergiram dois campos semânticos com as maiores cargas factoriais, explicando 26,8% da variância total das respostas dos participantes. Neste mesmo factor, os campos semânticos apresentaram-se posicionados em planos diferenciados.

Um dos campos semânticos ocupou o plano superior do PFC e corresponde ao manifestado pelos enfermeiros com idade compreendida entre os 40 e os 44 anos e com tempo de serviço entre os 20 e os 23 anos. Para estes profissionais a *Violência Conjugal* assemelha-se a **dor** que pode resultar numa **doença**.

O outro campo semântico do eixo F2, oposto, situou-se no plano inferior do PFC. Neste campo incluíram-se os profissionais de medicina, com idades entre os 45 e os 49 anos e com 24 a 27 anos de tempo de serviço. Neste campo semântico não se apresentaram elementos com significância.

Face aos resultados podemos afirmar que:

Para as assistentes sociais e para os enfermeiros as repercussões na saúde física e mental decorrentes da violência conjugal são centrais nas suas representações de violência conjugal, remetendo para o risco da violência conjugal provocar patologia.

Os psicólogos têm uma representação social de que a mulher é a principal vítima da violência conjugal e que a devem apoiar no âmbito das suas competências profissionais.

Entre os profissionais médicos as representações sociais acerca da violência conjugal, apresentaram-se de forma difusa não sendo possível nomeá-las.

À excepção dos psicólogos não se evidenciaram palavras de reconhecimento da sua intervenção profissional face às mulheres vítimas de violência conjugal.

Os resultados sugerem uma dispersão das intervenções profissionais junto à mulher vítima de violência conjugal e que não possibilitou a captura de um termo, pelo programa informático que utilizámos, com frequência e significado semântico proferido pelos profissionais de saúde.

Desta inferência podemos colocar a possibilidade de isto se dever à inexistência de uma única intervenção desenvolvida pelos profissionais de medicina e de enfermagem que atendem a mulher como demonstram os dados obtidos sobre as suas práticas clínicas e

que evidenciam múltiplas intervenções. Talvez este aspecto tenha sido influenciado pela diferença entre os grupos profissionais em termos de responsabilidades e papéis específicos a cada uma das profissões representadas, evidenciando a falta de estruturação que poderia ser encontrada em cada um dos grupos profissionais, com um reconhecimento identitário mais homogêneo em termos da sua função social. Como referem diversos autores a função das representações sociais é a de produzir saber prático e orientarem as condutas constituindo-se em coesão identitária de grupos e reforçando o estatuto social (Jodelet, 1997; Vala, 2000; Abric, 2001).

O estudo das representações sociais em grupos taxionómicos é uma das críticas à teoria das representações sociais de Moscovici, como refere Sá (1998, p.45):

“Segundo Harré (1984), os grupos que Moscovici e os outros têm estudado as representações seriam grupos “taxionómicos” (simples reunião de sujeitos individuais sob uma mesma classificação) em contraste com outros grupos reais ‘estruturados’, nos quais as relações entre os membros baseiam-se em direitos, deveres, obrigações ou laços biológicos. Nestes é que se deveria estudar as representações, como aliás, o fez Denise Jodelet.”

Por outro lado, Moscovici classificou os diferentes tipos de representações sociais em hegemónicas, emancipadas e polémicas de acordo com a partilha das mesmas pelos indivíduos e grupos e atribuiu-lhes uma função dinâmica que tem o duplo objectivo de agir e avaliar determinando a forma como as pessoas pensam o que pensam (Vala, 2000; Castro, 2002).

Considerando o exposto, os resultados dos grupos profissionais de serviço social e de enfermagem demonstraram haver uma centralidade da doença nas suas representações que poderá constituir-se um factor de sustentação para a intervenção orientada por um paradigma biomédico e com a responsabilidade de encaminhar a mulher para outros profissionais e serviços. Para os psicólogos, a evidência do apoio à mulher vítima de violência conjugal nas suas representações sociais inscreve-se na sua missão e intervenção profissional.

Podemos dizer que os resultados das representações sociais neste grupo de profissionais evidenciam a não existência de uma representação social hegemónica ao grupo de

profissionais de saúde sobre a violência conjugal, colocando a possibilidade de haver entre os profissionais de saúde representações emancipadas face ao objecto de estudo.

2.2. As práticas dos profissionais face à mulher vítima de violência conjugal

Nesta parte do trabalho apresentamos os dados resultantes da análise de conteúdo das entrevistas aos profissionais que participaram no nosso estudo.

Organizámos os dados por áreas temáticas que aparecem representadas em figuras (Fig.) síntese, após a análise descritiva dos mesmos. As áreas temáticas que resultaram do tratamento e análise dos dados são 13 como representa a fig. 2. Apresentamos as categorias, as subcategorias e as sub-subcategorias que emergiram da análise de conteúdo das entrevistas, com as unidades de discurso representativas das mesmas.

•Diagnóstico da situação de violência conjugal contra a mulher realizado pelos profissionais de saúde em CSH e CSC
•Intervenção realizada pelos profissionais de saúde em CSH e CSC, face à mulher vítima de violência conjugal
•Estratégias de intervenção dos profissionais de saúde em CSH e CSC face à mulher vítima de violência conjugal
•Tipos de violência identificados pelos profissionais de saúde em CSH e em CSC na mulher vítima de violência conjugal
•Factores dificultadores da intervenção dos profissionais de saúde face à mulher vítima de violência conjugal
•Factores facilitadores da intervenção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, face à mulher vítima de violência conjugal
•Percepção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, sobre o seu papel e responsabilidade face à mulher vítima de violência conjugal
•Posicionamento dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, perante a denúncia de crime público
•Percepção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, relativa à interação com a mulher vítima de violência conjugal
•Sentimentos e emoções dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, face à mulher vítima de violência conjugal
•Percepção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, sobre as consequências da violência conjugal contra a mulher
•Percepção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, relativa às estratégias a adoptar para minimizar o impacto da violência conjugal na saúde da mulher
•Percepção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, sobre os aspectos para a melhoria da intervenção à mulher vítima de violência conjugal

Fig. 2 – Áreas temáticas dos dados das entrevistas

A descrição e representação dos dados foram organizadas em torno dos dois contextos de prestação de cuidados dos participantes – Cuidados de saúde hospitalares (CSH) – e – Cuidados de saúde na comunidade (CSC) – contudo, em algumas áreas temáticas a diferença não significativa entre os dois contextos levou-nos a optar pela apresentação conjunta, ressaltando na descrição dos dados a sua proveniência e outros aspectos pertinentes para a interpretação dos mesmos.

1 - Diagnóstico da situação de violência conjugal contra a mulher realizado pelos profissionais de saúde em CSH e CSC

Nesta área temática (Fig. 3) salientaram-se 2 categorias.

A Entrevista clínica:

Salientamos que o termo entrevista clínica refere-se a qualquer momento de interacção entre a mulher e um profissional de saúde no âmbito da prestação de cuidados de saúde, com objectivo de recolher dados e partilhar informação.

Nesta categoria sobressaíram as formas através das quais os participantes têm conhecimento da situação de violência, como demonstram as seguintes subcategorias:

Revelação pela própria vítima – Os participantes de ambos os contextos salientaram que a revelação pela mulher vítima decorre da interacção com a mesma, tal como demonstram os seguintes testemunhos:

“(...) elas mesmas dizem – o meu companheiro foi quem me agrediu, o meu marido bateu-me, magoou-me – normalmente revelam.” E2

“(...) a utente confessou que não queria ir embora por medo do companheiro. Estou cá há 14 anos e foi a 1ª situação em que uma srª disse espontaneamente que era batida pelo companheiro.” E8

“Normalmente na consulta de enfermagem, em conversas informais em que as pessoas acabam por se ir abrindo e verbalizando a situação. Não me aconteceu virem cá por esse motivo mas vêm à consulta e em conversa verbalizam (...)” E20

Alguns participantes revelaram que a verbalização da situação de violência conjugal pela vítima é facilitada pelo desenho do *genograma familiar* e que pode surgir em momentos de *educação para a saúde (EPS)*:

“(...) identifiquei estas situações através de conversas com as utentes, muitas vezes eram identificadas através do ensino que não se referia à violência conjugal mas que íamos percebendo através da conversa que aquela senhora era vítima de violência.” E6

“A identificação é feita a partir da entrevista clínica inicial e da anamnese questionando sobre a sua vida actual, significado das relações, sobre as emoções, os pensamentos e o diagnóstico é feito nessa altura. A entrevista tem um formato geral mas em cada consulta ele é ajustado àquela situação. O que utilizo sempre em qualquer tipologia consulta é o genograma familiar e a anamnese. O genograma permite-me

identificar as relações familiares, a importância das relações e permite saber se há situações de violência na geração actual ou em gerações anteriores e o impacto que a situação de violência teve para aquela pessoa (...)” E17

Revelação por pessoa significativa da vítima – Esta subcategoria surgiu tanto em CSH como em CSC. Porém, nos CSH, foi referida nas situações de atendimento continuado e em consultas de especialidades diferenciadas. Em CSC, com o atendimento de médico e enfermeiro de família aos elementos de um mesmo agregado familiar e pela continuidade da prestação de cuidados, surgiu mais frequentemente nos relatos desses profissionais. Também só no âmbito das consultas de continuidade em CSH e em CSC se verificou a revelação da situação de violência por pessoas vizinhas. Estas revelações decorreram da preocupação de pessoa significativa, habitualmente mãe/pai ou irmã mas também vizinhas, que ao acompanhar a mulher vítima à consulta decidiram revelar a situação. Por vezes, esta revelação surgiu por contacto telefónico de pessoa significativa após uma consulta em que a mulher esteve mas na qual não revelou espontaneamente ou ainda em consultas da própria pessoa significativa. Os seguintes relatos assim o demonstram:

“Na triagem ou noutras consultas de enfermagem habitualmente são também familiares ou acompanhante que quer ajudar e que está preocupada e que durante a consulta abre o jogo e diz o que se passa.” E4

“(...) e às vezes até são os familiares a telefonar a dizer o que se passa e que dizem que esteve na consulta mas que sabem que não contou (...)” E7

“Nos meios pequenos os comentários muitas vezes chegam por vizinhos (...)” E21

“Ela nega sempre tudo e os pais é que me vinham dizer que ela é vítima de maus-tratos mas ela nunca manifestou (...)” E24

“Também acontece ser sinalizada por vizinhos ou por familiares.” E25

Encaminhamento por outros profissionais de saúde da instituição – Esta subcategoria, emergiu nos participantes de CSH e CSC. Refere-se à forma das mulheres vítimas serem encaminhadas formalmente entre os diversos profissionais que podem intervir junto a uma mulher numa situação de violência, e que são idênticas nos dois contextos. O que é mais habitual é o encaminhamento pelos médicos e pelos enfermeiros para a assistente social, mas também são encaminhadas entre médicos para o departamento de saúde mental e de psiquiatria onde o médico da especialidade de psiquiatria avalia e se necessário encaminha para o psicólogo. Nos CSC, os médicos de família encaminhavam

para a psicóloga a exercer nesse contexto, recurso que deixou de existir recentemente, pelo que ao momento requer o encaminhamento para o departamento hospitalar respectivo:

“(...) podem ser sinalizadas por médicos como pelos enfermeiros que tendo conhecimento de violência doméstica é um dos critérios para o serviço social, seja conjugal, seja com idosos, ou outras.” E11

“(...) que tenham vindo expressamente por esse motivo, seja referenciado por médico de família (...)” E13

“Todas as utentes que tive vêm encaminhadas pelo médico de psiquiatria.” E26

Informação – Em algumas situações o conhecimento de uma mulher vítima de violência foi feito a partir de informação enviada por *via electrónica* dos cuidados de saúde na comunidade (CSC), pela assistente social, para os cuidados de saúde hospitalares (CSH), contudo é uma situação rara no que se refere a uma vítima de violência conjugal já identificada. Outra estratégia de informação em contexto de CSH foi a *passagem de turno* de enfermagem, como se pode verificar pelos discursos:

“(...) vem a informação do exterior via e-mail e a nossa chefe afixa com a informação de que vem uma grávida ter bebé que é um caso ou de violência ou que foi abuso sexual para comunicar à AS ou à CPCJ. Vem informação nem sempre de violência domestica mas de que alguma coisa possa não estar bem. Geralmente é por abuso sexual, ou quando há menores ou falta de comparência às consultas da gravidez. Violência doméstica à mulher é raro.” E8

“(...) mas 2 dias depois vim trabalhar e soube da situação na passagem de turno (...)” E8

Quanto aos CSC, a informação chegou também a partir da comunicação da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) quando há crianças vítimas ou expostas a violência conjugal que foram referenciadas ou ainda de outras instituições sociais com as quais a vítima contacta, como se pode verificar pelos testemunhos:

“Normalmente, quando a situação já é conhecida, recebemos da CPCJ a informação (...)” E18

“Outras vezes são outras instituições da comunidade que informam o centro de saúde (...)” E25

Avaliação clínica

Partindo do pressuposto que avaliar implica uma interacção com intenção de colheita de dados objectivos e de dados subjectivos, dirigida a uma pessoa individualmente, surgiram as seguintes subcategorias:

Observação física – Uma das estratégias clínicas utilizada para a colheita de dados objectivos consistiu na observação física das lesões que a mulher apresenta, habitualmente em locais expostos do corpo e visíveis durante a consulta médica ou de enfermagem, sendo mais frequente esta avaliação intencional no SU, durante a triagem de Manchester. A avaliação das mesmas incluiu o tipo de lesão, o seu aspecto, a localização e descrição do episódio que a originou:

“(…) e pelas lesões que apresenta que se percebe bem que não são auto-infligidas mas que são lesões provocadas por 3º. Tentamos pegar nesses pormenores e tentar abrir a situação. Vou perguntar induzindo a resposta e dizendo que aquilo que contou não bate certo com o que se vê e que estamos ali para a ajudar e que pode sentir-se à vontade para contar.” E5

“Na maior parte das vezes é o tipo de lesões que apresentam, as equimoses, lesões sistemáticas que já têm alguma duração de tempo, não é uma coisa tão esporádica (…)” E9

“(…) um hematoma e perguntar o que se passou, como foi a queda etc. e acabar por perceber que afinal não foi como foi dito inicialmente (…)” E16

“(…) porque ia fazer curativos a lesões um bocado estranhas e dizia que caiu ou que tropeçou mas após esse, uns meses depois voltou com as mesmas razões e comecei a fazer mais perguntas e a pessoa abriu-se.” E21

Identificação das queixas - Esta subcategoria decorreu da colheita de dados subjectivos pelo profissional, ao longo da interacção quer em contexto de serviço de urgência (SU) como em situações de acompanhamento continuado em CSH e em CSC. A avaliação das queixas permitiu identificar a violência conjugal na mulher especialmente quando se referem a estados de alteração da saúde mental ou do humor como os sintomas depressivos, ansiedade e tristeza.

“(…) na triagem de prioridades, triamos as mulheres e registamos as queixas (…) sobretudo as queixas porque às vezes elas nem têm lesões e queixam-se é de violência psicológica e dizem – ele não me bate mas faz-me isto e não me deixa fazer aquilo (…)” E2

“(…) pelos sinais e queixas depressivas, depressões resistentes aos antidepressivos, e quando aprofundamos o motivo das depressões acabo por perceber que existem problemas de agressões, acabam por revelar essa situação.” E14

Em consultas médicas e de enfermagem em que está envolvida também a dimensão física, como no caso da obstetrícia-ginecologia ou ao nível dos CSC e no SU, o profissional médico ou enfermeiro faz a articulação destes dados com os dados da

observação física, permitindo-lhes um juízo diagnóstico ou possibilidade de situação de violência, como referem os discursos:

“Ter os dedos marcados na cara e dizer que caiu (...)” E21

“Tenho uma utente que me disse que o marido com um empurrão partiu-lhe o braço (...)” E24

De referir que na consulta de enfermagem de psiquiatria é feita a constatação de lesões físicas que fazem suspeitar de violência:

“(...) pelas queixas depressivas, outras vezes começa-se a perceber delírio de ciúme ou se a vemos magoada, fica a suspeita (...)” E7

Esse achado da observação fez os profissionais orientarem a consulta para questões relacionadas com a subcategoria que a seguir se apresenta.

Abordagem da relação conjugal/familiar – Esta abordagem revelou-se facilitadora do diagnóstico de violência conjugal e foi feita sobretudo no decurso do acompanhamento de continuidade de CSH – por exemplo nas consultas de especialidades de psiquiatria e de obstétrica-ginecologia e também de psicologia, assim como no serviço social. Também foi abordada ao nível dos CSC por médicos, enfermeiros e psicólogo – e muitas vezes em situação de mulheres com queixas depressivas ou depressões que não cediam aos tratamentos farmacológicos, queixas frequentes ou psicossomáticas ou ainda lesões físicas como equimoses ou hematomas.

“(...) a partir da descrição da situação que nos permite ver se há uma conjugalidade que não funciona e depois é descobrir os porquês e muitas vezes é por aí que é possível.” E3

“Abordamos aspectos da vida e familiares, dos parceiros - se são casadas, se vivem em conjugalidade e acaba por ser possível identificar aspectos da vida conjugal em que muitas vezes detectamos mal-estar a esse nível.” E4

“(...) sobretudo pelas relações familiares, pela conjugalidade (...)” E18

Observação de comportamentos comunicacionais – Os participantes de ambos os contextos revelaram nos seus relatos ter atenção à linguagem corporal, aos sinais de comunicação não-verbal da mulher vítima de violência, como evidenciam os testemunhos:

“ (...) pelas queixas que elas apresentam podemos ficar na dúvida porque elas às vezes tentam esconder e tentamos abordar. Até pelo aspecto, às vezes pelo aspecto. O aspecto assustado com que respondem às perguntas, essencialmente é isso.” E1

“ (...) há certos comportamentos nas mulheres assim mais corporais que fico hummm, além do relacionamento com o companheiro. A forma como nos desvia o olhar, não olha para nós, diz – sim, sim, tá bem e nem nos olha... não me deixa à vontade e passo à colega e avalia e fazemos vários turnos isso.” E8

“ (...) conhecemos bem as pessoas e às vezes pela maneira de vestir naquele dia ou por um olhar ou maneira de se apresentar mais triste e aí pergunta-se então que cara é essa esse tipo de coisas.” E24

Também na situação de interação com o *Cônjuge* e com o *Casal* que surge na altura do parto e 1^{os} dias de vida de um filho, eventos de vida que o pai pode acompanhar com uma permanência muito alargada no serviço com a companheira e durante a qual é convidado e estimulado aos cuidados ao bebé, podendo constituir um indicador para o diagnóstico da situação:

“ (...) que a mim me suscita preocupação sim, não vejo carinho, o casal não conversa, estão distantes, agressividade verbal quer dela para ele quer dele para ela, com palavras nada adequadas.” E8

Nas consultas de CSC, quando o cônjuge está presente, também é um momento de observação do comportamento de interação do casal:

“Outras vezes pela maneira como o casal se trata quando aqui vêm (...)” E21

Estilos de vida – A avaliação desta dimensão da saúde, foi realizada por participantes em CSH e no âmbito das consultas de enfermagem em saúde mental e psiquiatria e nas consultas de psicologia, para aprofundar o conhecimento da situação da mulher especialmente face a queixas psicossomáticas ou pouco específicas – tristeza, ansiedade, dispareunia, alterações do sono - e em simultâneo foi utilizada como forma de abordar o contexto familiar e social em busca de alterações justificadoras dessas mesmas queixas:

“ (...) a avaliação da pessoa se está a trabalhar, como passa o dia, quem é a família, avaliar os estilos de vida – a alimentação, a higiene do sono, exercício, tempos livres e depois isto vai-nos dando terreno e depois também ajudá-las a encontrar a base daquele maior nervosismo o que pode ter feito chegar àquele estado (...)” E7

Recurso frequente ao SU – Também o recurso frequente ao serviço de urgências foi um indicador identificado como alerta para a possibilidade de a mulher sofrer violência conjugal utilizado em CSH:

“(...) várias vindas a urgências por motivos semelhantes.” E9

Recurso ao SU por agressão – Nos testemunhos dos profissionais de CSC, o recurso ao SU foi utilizado pela mulher para tratamento das lesões físicas mais graves, sendo esse episódio de urgência revelador da violência física, que em CSC a mulher não abordou com os profissionais, como expressam os discursos:

“(...) sobre esta [violência física] não falam tão facilmente mas a utente agredida fisicamente não nos aparece aqui, vai ao SU. Sabemos depois porque vem com a carta com a informação clínica e dizem que trazem a carta e que foram à urgência porque foram agredidas (...)” E14

“(...) só ficamos a saber depois quando a sr^a vem a uma próxima consulta e ao abrir o processo informático, que agora tem uma porta de entrada para o hospital, felizmente, é que vemos o registo do episódio de agressão, no serviço de urgência.” E16

Diagnóstico diferencial – Esta necessidade emergiu em CSH, pelos participantes da área de saúde mental e de psiquiatria, onde a probabilidade de ocorrerem relatos delirantes nas utentes com patologia psiquiátrica requer esta destrição:

“(...) porque a pessoa pode apresentar-se com queixas e ter uma depressão mas também tratar-se de uma psicose esquizofrénica numa fase delirante e por isso temos que perceber que quadro temos à nossa frente.” E4

Abordagem familiar – Ao nível dos CSC, foi identificada como uma prática para a identificação objectiva da situação de violência, auscultar familiares, habitualmente filha(o), para confirmação da situação ou da suspeita de violência, como expressam os relatos:

“(...) optei por convocar o filho e neste caso ainda não veio cá por ela se mostrar muito renitente a falar da situação.” E23

“Acho que ali pode haver alguma chamada de atenção e por isso quero esclarecer com as filhas (...)” E24

Rede de suporte – O conhecimento da rede de suporte informal foi referido por alguns profissionais em CSH – nomeadamente psicólogos, enfermeiras de psiquiatria e assistentes sociais, como uma estratégia de aprofundamento de recursos informais da vítima passíveis de serem mobilizados nesta situação:

“Na consulta também tento confirmar a história familiar com outros elementos do agregado familiar ou grupo familiar perceber (...) os apoios que a pessoa indicou são reais e que a pessoa não está sozinha (...)” E17

Identificação de factores de risco social – Forma de avaliação que foi apontada por profissionais do serviço social para o diagnóstico da situação social da mulher e que lhes permitiu recolher dados que contribuíram para identificar a situação de violência conjugal ao abordar as relações e constituição familiar:

“A entrevista que faço não é específica para isso, tem por objectivo detectar factores de risco social de uma maneira geral e não é dirigido à violência, mas permite chegar lá quando se chega à parte das relações familiares e da constituição do agregado familiar. É muitas vezes quando elas falam (...)” E12

Conhecer os factores de risco social – Alguns dos participantes a exercer em CSC consideraram importante para o diagnóstico da situação o conhecimento das condições habitacionais e socio-relacionais das utentes, como expressam os relatos:

“(...) por conhecimento pessoal sei que estão em meios com problemas de álcool, ou violentos e elas não contam.” E21

“(...) muitas vezes o alcoolismo que muitas vezes também está associado, nos meios mais pobres há também um maior risco de violência e as toxicodependências(...)” E24

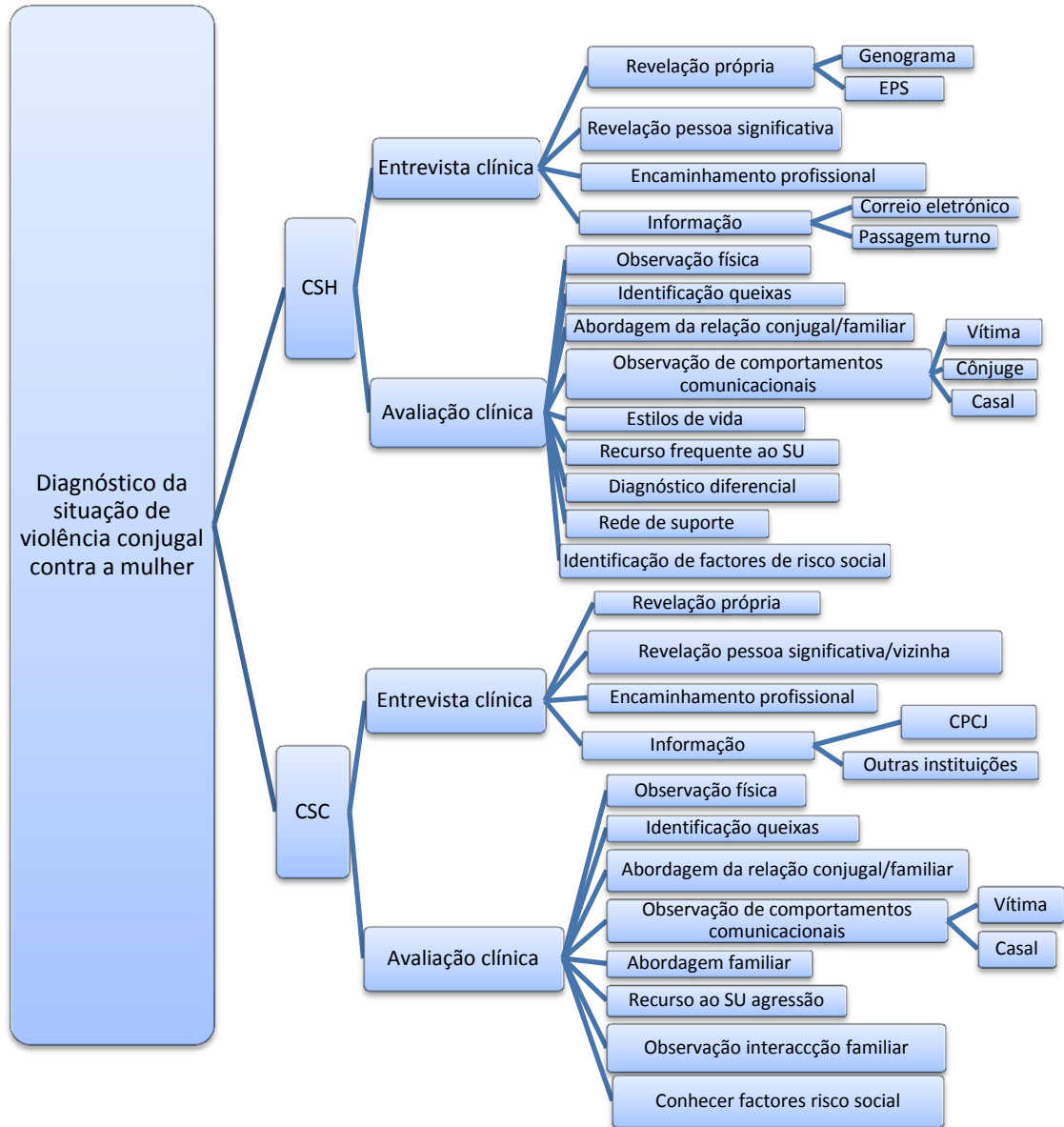


Fig. 3 - Diagnóstico da situação de violência conjugal contra a mulher

2 - Intervenção realizada pelos profissionais de saúde em CSH e CSC, face à mulher vítima de violência conjugal

Nesta área temática (Fig. 4) surgiram 16 categorias relativas à intervenção dos profissionais de CSH junto à mulher vítima de violência conjugal e 10 categorias relativas à mesma intervenção em CSC. A maioria das intervenções num e noutro contexto são do mesmo tipo, pelo que ao longo da sua apresentação salientamos as que são comuns e as que se diferenciam:

Questionar – Esta intervenção foi revelada pelos participantes de ambos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Refere-se a uma abordagem com a mulher que pretendia ser mais dirigida e aprofundar ou deslindar a interpretação da avaliação e entrevista clínicas nas quais foram constatados sinais prováveis de violência conjugal. É por isso um tipo de questionamento que pretende esclarecer a relação entre os dados decorrentes da avaliação do estado da pessoa e o motivo subjacente quando o mesmo não foi ainda revelado, tal como é exposto pelos testemunhos:

“Eu por exemplo faço mais isso no caso de pessoas com intoxicações medicamentosas e também como gastamos mais tempo [cuidados técnicos necessários] com essas pessoas já pergunto mais o que se passou, porque fez isto e aí eu valido se a causa foi violência do companheiro.” E2

“(…) fazer perguntas simples – se alguma vez tinha sido empurrada ou alguma outra agressão.” E23

Apoiar – Uma intervenção que foi realizada pelos participantes de ambos os contextos de cuidados de saúde, no sentido de servir de suporte na situação, como um estar ao lado do ponto de vista emocional proporcionando segurança e simultaneamente ser alguém que a pode encaminhar e ajudar de acordo com as suas necessidades e determinação:

“(…) a pessoa sinta que a partir daquele momento não está só e tem uma pessoa que a acompanha e que é uma bengala para aquele trajecto mais difícil (…)” E4

“Quando a mulher diz que foi vítima de agressão física, tentamos sempre dar apoio à mulher (…)” E10

“(…) o meu papel foi essencialmente mais de apoio emocional (…)” E13

“(…) apoio à pessoa porque a pessoa sentindo-se mais segura também falará mais da situação e sentindo-se mais segura também poderá denunciar.” E23

Aconselhar – Intervenção que foi referida pelos participantes de CSC, no sentido de ir favorecendo a tomada de decisão da mulher vítima e a readaptação da família, conforme expressam os testemunhos:

“Era importante para ela falar comigo para encontrarmos estratégias para ela seguir em frente com a sua vida e também enquanto mãe porque tinha dois filhos.” E18

“(…) o que eu fazia era aconselhá-la e ela acabou por decidir e separou-se porque tem que partir da própria pessoa.” E24

Encaminhar – Os participantes de ambos os contextos de cuidados de saúde, revelaram a prática de encaminhar a mulher para recursos formais da própria instituição conforme as necessidades da vítima e as suas atribuições profissionais e protocoladas nos serviços/instituição:

O encaminhamento para a **Assistente Social** foi habitualmente feito por enfermeiros e médicos:

“Temos a técnica do serviço social sim, que encaminha essas pessoas e eu aproveito e dou essa informação e encaminhamento (…)” E8

O encaminhamento para o **Psicólogo** foi feito pelo médico psiquiatra:

“(…) e ficam com o apoio da psicologia (…)” E3, sendo que no caso dos CSC o encaminhamento é feito pelos médicos de família para o mesmo departamento hospitalar que depois da avaliação do médico psiquiatra encaminha para o psicólogo quando a situação necessita desse apoio. Quando, há pouco tempo, havia psicóloga nos CSC, os médicos e enfermeiros de família faziam este encaminhamento intra-equipa de CSC, quando as situações requeriam apoio psicológico:

“(…) os médicos enviavam para mim porque eu era a única psicóloga de cuidados primários (…)” E13;

“(…) encaminha-se para a psiquiatria ou para a psicóloga (…)” E14;

“Encaminhei para a psicóloga (…)” E20

O encaminhamento para o **Médico** da especialidade adequada às necessidades de saúde avaliadas, a maioria das vezes, pelo enfermeiro na triagem de *Manchester* e em consultas de enfermagem. Também os médicos encaminharam para outros clínicos que podiam dar resposta a necessidades de saúde identificadas na mulher como por exemplo pelo médico de família para o médico psiquiatra:

“(...) encaminhamos a utente para o médico da especialidade (...)” E1

O encaminhamento para o *Instituto Médico Legal* (IML) foi um procedimento decidido face a situações de violência física ou violência sexual, sobretudo após o recurso em situação de urgência e pode ser realizado tanto pelo médico que observou como pela assistente social que dá apoio ao SU:

“Assegurados os cuidados de saúde e depois da minha avaliação, essas mulheres são encaminhadas para o instituto de medicina legal se for violência física ou sexual (...)” E11

Nos CSC, o encaminhamento em caso de lesões físicas por agressão foi feito pelo médico de família para o SU onde essas lesões podiam ser avaliadas e registadas:

“(...) orientei-a para o SU para serem avaliadas as lesões e ficar referenciada (...)” E16

Ou então foi feito o encaminhamento através da assistente social de CSC que se articula com a de CSH:

“Quando é necessário encaminhar para o serviço de urgência, articulamos com a colega (AS) e depois é tratado o encaminhamento a partir do hospital.” E25

Nesta categoria emergiram nos relatos de alguns profissionais, dos dois contextos de prestação de cuidados, também encaminhamentos para outros recursos formais da comunidade, como:

Forças de segurança:

“(...) orientamos para irem fazer a queixa na polícia (...)” E2;

“Nos casos em que não havia já acompanhamento, alertei a vítima para a necessidade de fazer uma queixa.” E26

Associações de apoio à vítima de violência, localizadas no distrito e de maior proximidade geográfica à zona de residência da mulher:

“(...) encaminhar para associações, para acompanhamento por técnicos que podem fazer despoletar a resolução da situação.” E5.

Ao nível dos CSC, além do encaminhamento feito por alguns profissionais para associações de apoio à vítima, é também feito encaminhamento para a CPCJ quando a violência conjugal se verifica em agregados com crianças que são expostas à mesma, caso a mulher não tome essa iniciativa:

“Com o GAF e com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (...)” E13;

“(...) havia uma filha menor a ser exposta a isto e cheguei (...) a fazer queixa na CPCJ.” E24

Estes dois últimos recursos foram considerados no encaminhamento por todos os grupos profissionais. Porém, o encaminhamento a partir dos CSH para as associações de apoio à vítima de violência foi mais frequentemente efectuado no âmbito da intervenção das assistentes sociais, enquanto em CSC qualquer dos grupos de profissionais o faz mas poucos facultam informações precisas sobre as mesmas.

Tratamento clínico – Decorreu da avaliação da situação de saúde e foi decidido em função da resposta terapêutica indicada às alterações de saúde presentes ao nível das dimensões física e de saúde mental da vítima:

“(...) é o tratamento da patologia de base, a ansiedade ou a depressão (...)” E3

“Não se podem desvalorizar as queixas psicossomáticas porque há que ser esclarecidos todos os quadros sugestivos de patologia orgânica (...)” E22

Encorajar - Os participantes revelaram que intervêm junto à vítima com estímulo para a acção, encorajando a pessoa através da referência a existência de recursos sobretudo no âmbito da saúde (por exemplo para tratamento de hábitos aditivos ou para registo de lesões físicas) que podem ser utilizados para a ajudar a resolver a sua situação e focando casos bem-sucedidos:

“(...) mas as pessoas retraem-se e dizem – é fácil falar enfª – pois, falar é fácil mas também há soluções e pessoas que conseguem então porque não tentar – digo-lhes. Encorajá-la a pedir ajuda para o casal, a pedir ajuda para ela (...)” E7

“(...) dizer à pessoa que foi agressão, que é preciso ir ao hospital para fazer a queixa e há pessoas que até vão, dão esse passo.” E16

Favorecer – Intervenção que foi referida com o objectivo de facilitar à mulher os aspectos representados pelas seguintes subcategorias:

Mecanismos coping – Referida por alguns participantes de CSH, sobretudo desenvolvida por psicólogos e pelas enfermeiras especialistas em enfermagem em saúde mental e psiquiatria:

“(...) são ajudadas e começam a desenvolver mecanismos de *coping* para aliviar e como não são grandes casos as coisas acabam por ajustar-se, talvez porque não tenho grandes casos de violência.” E17

Decisão informada – Intervenção que se caracteriza por informar a vítima dos recursos disponíveis mas também do processo inerente ao percurso sociojurídico para romper com a situação. De referir que foi relatada por um participante de CSH:

“(…) que pode fazer com que tudo isto termine alertando mais uma vez para tudo o que pode encontrar de bom de mau.” E26

Tomada de decisão pela vítima doente psiquiátrica grave – Situação de tomada de decisão profissional que emergiu do discurso de um participante de CSH, para afastamento do agressor da companheira e dos filhos, mobilizando sectores sociais de intervenção na violência doméstica e que foi activada quando a mulher era portadora de limitações cognitivas por patologia psiquiátrica:

“(…) mulheres vulneráveis pela sua situação de saúde [patologia psiquiátrica grave] que são vítimas como são as outras mulheres mas muito mais no sentido que são mais vulneráveis e incapazes de se defender e isso é o que tentamos fazer (...) Claro que tivemos que mover o serviço social até porque ela tinha crianças e as crianças também eram alvo de violência e teve que haver uma intervenção.” E3

Potenciar recursos internos da vítima – Outra intervenção à vítima de violência, em CSH e CSC mas em situação de acompanhamento continuado, foi a de fazer despertar na mulher capacidades adormecidas para enfrentar a decisão de resolver a sua situação:

“(…) ajudá-la a perceber que ela tem capacidades ou potencialidades, é inteligente e portanto vai pôr ao seu serviço motores que ou estavam desligados ou foram desligados por alguém e ela deixou de acreditar que existiam (...)” E4

“(…) atender à auto-estima e ao estado emocional para a equilibrar e ajudar a melhor a valorizar-se e acreditar nela – que conseguiu cuidar dos filhos, que é bonita e assim.” E20

Activar as associações de apoio à vítima – Esta intervenção foi sobretudo referida como uma intervenção das assistentes sociais em CSH e referiu-se ao contacto directo com essas organizações para favorecer, ainda em meio hospitalar, o 1º contacto da vítima com esses profissionais:

“(…) eu sirvo sempre de referência da mulher enquanto ela está cá internada e se a mulher quer e acha conveniente vêm cá falar com ela.” E12

“(…) ou no próprio dia ou no dia seguinte vêm cá ao serviço e encaminham depois da alta para uma pensão ou para uma casa abrigo.” E11

Psicoeducação – Intervenção que foi referida em CSH com o objectivo da mulher tomar consciência da violência a que estava sujeita e dos recursos que podia utilizar. Foi salientada por psicólogos. Esta categoria emergiu dos discursos dos profissionais de CSC em duas subcategorias:

Consciencializar a vítima da situação de violência no sentido de a ajudar a desenvolver a consciência sobre a situação e a importância da sua decisão para a resolução e utilização dos recursos:

“(...) psicoeducação para a saúde, refiro que o que está a viver é uma situação de violência, que pode ser tratada e que existem pessoas especializadas na área que podem ajudar.” E17.

Nos testemunhos de alguns dos profissionais foi salientada a informação à mulher sobre a **Dinâmica crescente da violência** pela necessidade de a consciencializar da tendência para a violência se manter e para reforçar a importância de tomar a decisão e não esperar que a situação se resolvesse espontaneamente:

“(...) portanto aquela capa de desculpar, e termos de dizer que vai continuar que é assim que acontece (...)” E16

Envolver o pai nos cuidados ao bebé – Intervenção que foi referida em CSH, como forma de melhorar a colaboração no casal e a importância do pai e da mãe às respostas das necessidades do filho, sendo habitualmente feita a todos os pais, foi mantida nas situações em que o profissional percebeu existir distanciamento ou frieza afectiva no casal:

“(...) tento sempre interagir com os dois e estimular o pai a cuidar do bebé e digo - vamos mudar a fralda ao bebé e ele diz – ai, isso é trabalho de mulher – aí então digo que agora mudo mas na próxima muda o pai (...)” E8

Partilhar informação intra-equipa – Entre os elementos da equipa de CSH, foi referida a partilha das percepções de violência conjugal para que o profissional que fosse assegurar a continuidade de cuidados àquela utente ficasse desperto e desse continuidade à vigilância e recolha de dados que permitissem estabelecer o diagnóstico. Esta partilha de informação foi relatada por enfermeiros como sendo realizada em passagem de turno ou na transmissão da informação a outro elemento da equipa em contacto com a vítima:

“(...) dar essa indicação ao colega do turno seguinte ou a um médico (...)” E5

“(...) passo à colega o que me parece não estar bem e a colega seguinte vigia e se as coisas ficam iguais, na passagem de turno falamos, trocamos informação sobre o que cada uma observou e decidimos se chamamos a AS.” E8

Informar – Os participantes de ambos os contextos referiram que informaram a vítima sobre:

Recursos na comunidade: “(...) eu acho que o importante é informar a pessoa da ajuda para agir criminalmente, como das associações de apoio. Dou essa informação (...)” E5

Dos direitos: “(...) informá-las dos seus direitos (...)” E11.

Medidas de Segurança pessoal – Esta intervenção foi referida por um profissional de CSH e referiu-se à informação de medidas que a vítima podia adoptar no sentido de se proteger de agressões físicas e poder afastar-se rapidamente do agressor:

“(...) técnicas para elas poderem fugir e protegerem-se como ter documentos, dinheiro a mão, o nº da GNR no telemóvel por exemplo identificado com posto de saúde ou assim para se ele for ao telemóvel dela não haver pedidos de explicações e problemas. A nível do local da casa onde é mais seguro, fecharem-se, de onde possam fugir, sítios onde estão armários a evitar porque tudo pode ser usado como uma arma.” E11

Avaliar riscos pós-alta – Intervenção que foi referida no âmbito da intervenção da assistente social em CSH, para avaliar a segurança da vítima no regresso ao domicílio e decidir as medidas de protecção necessárias:

“(...) e depois o nosso papel é perceber se há riscos no regresso ao domicílio para a poder proteger (...)” E11

Articular com assistente social (AS) dos CSC - A alta da vítima foi um momento em que a assistente social informou a sua homóloga da unidade de CSC de referência da vítima, habitualmente quando essa alta foi dada a uma vítima identificada mas com a qual não foi possível a intervenção do serviço social:

“Se a sinalizarem mesmo tendo tido alta o que eu faço é articular-me com a minha colega do centro de saúde para fazer uma visita domiciliária e avaliar se há condições de segurança ou não.” E11

Envolver família – Categoria que emergiu dos discursos de participantes em CSC, que envolveram na situação as pessoas significativas, habitualmente filhos adultos ou pais, para potenciar o apoio à mulher e para resolver a situação de violência:

“(...) e como as pessoas relacionadas também sofrem com a situação por exemplo os filhos servirem também de elo (...) Porque se a pessoa se sentir apoiada também pode ser mais fácil denunciar (...)” E23

Capacitar – Emergiu dos relatos de alguns participantes em CSC, como uma intervenção continuada e sistemática no sentido de ouvir, aconselhar, informar e dar tempo à pessoa para decidir por si, como expressa o testemunho:

“(...) depois de ganhar essa confiança, começar a encaminhar porque se se faz tudo no mesmo dia a pessoa assusta-se e pode deixar de vir e quando volta já se perdeu o pouco que se conseguiu. Aos poucos deve ser-lhe dada a oportunidade de conhecer recursos, de ela saber o que quer e as estratégias necessárias e os profissionais que podem ser úteis naquela situação porque se decidimos nós tudo por ela estamos a ser tão agressores como o próprio agressor.” E18

Vigiar – Intervenção que ao nível dos CSC emergiu dos relatos, para avaliar a ocorrência de mais situações de violência na continuidade da prestação de cuidados à mulher vítima:

“(...) no seguimento dessas mulheres na minha consulta vou falando com elas mas elas acabam por se manter na mesma.” E20

“(...) e o que fiz foi ficar atento para ver se a situação se repetia.”E21

Avaliar condições dos filhos – Intervenção à mulher vítima que emergiu em CSC, em consulta de psicologia clínica e de saúde infantil, como expressam os discursos:

“(...) ver as condições dos filhos.” E13

“(...) uma situação de uma consulta de saúde infantil (...) Estava o casal com o filho e quando perguntei se brincava quando chegava a casa e com quem e a criança respondeu que só não brincava quando a pai bebia muito.” E21

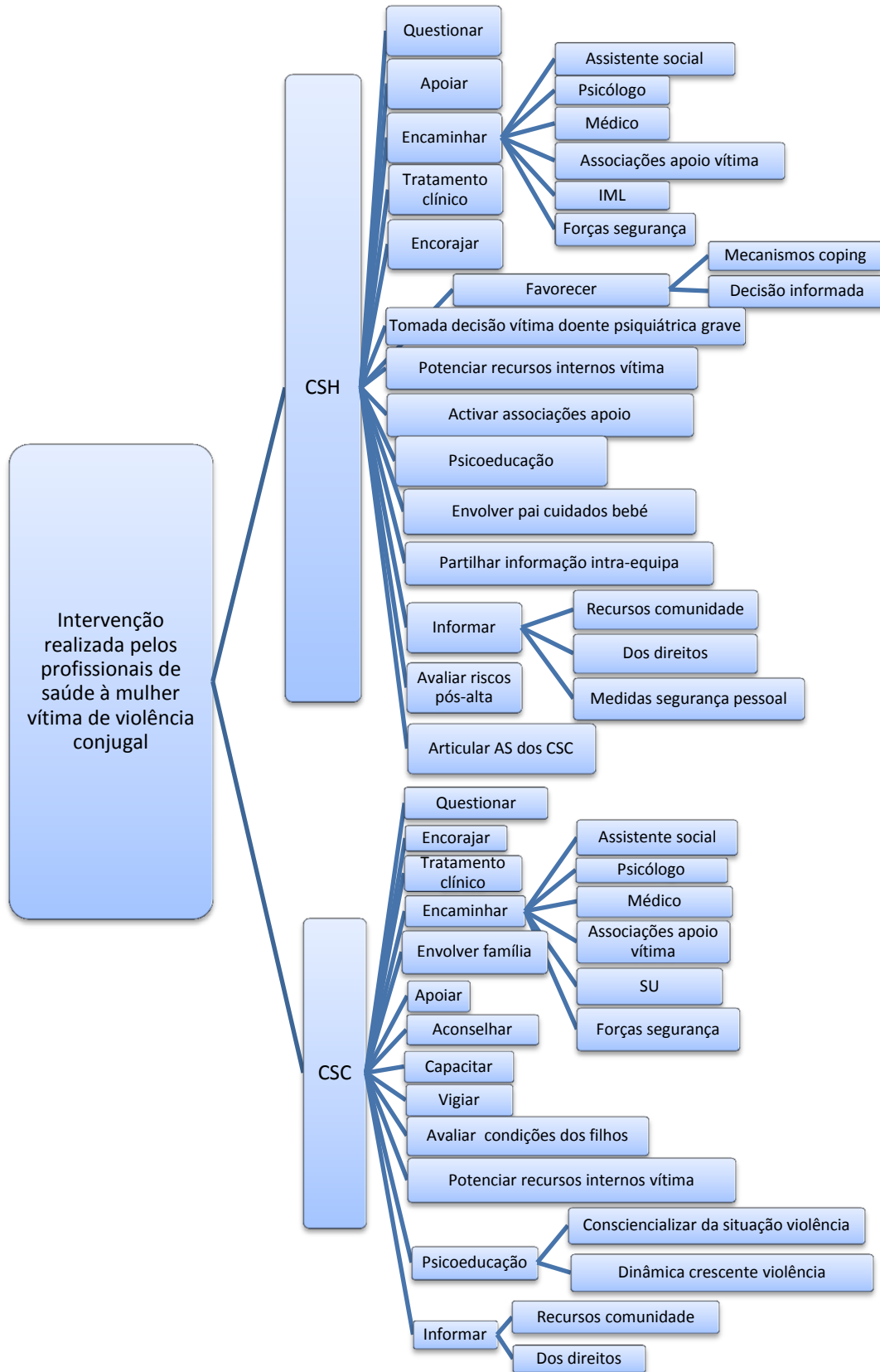


Fig. 4 - Intervenção realizada pelos profissionais de saúde, em CSH e CSC, à mulher vítima de violência conjugal

3 – Estratégias de intervenção dos profissionais de saúde em CSH e CSC face à mulher vítima de violência conjugal

Nesta área temática emergiram dos relatos 14 categorias em CSH e 15 em CSC (Fig. 5). Sendo várias das categorias comuns aos dois contextos de prestação de cuidados de saúde, salientamos esse aspecto ao longo da apresentação de cada categoria:

Confrontar – Esta subcategoria surgiu dos testemunhos dos participantes em CSH e em CSC, como sendo a adopção pelo profissional de uma atitude comunicacional na qual devolve à mulher dados já elaborados em termos de juízo diagnóstico inicial com o objectivo de estimular a mulher a confirmar uma suspeita de violência, como se pode perceber pelos discursos:

“(…) no início as pessoas fecham-se e não querem falar e nós temos que protelar um bocadinho o pedido de mais informação, mas não quer dizer que não façamos posteriormente alguma confrontação pelo menos subtilmente. Não dizer: a sr^a foi agredida? Mas falar sobre a lesão, esta lesão como surgiu, mas já é habitual? se ela diz que caiu, dizer que normalmente aquele local não é muito comum naquela queda e andar assim ali à volta para tentar que nos dê nem que seja uma pequena dica.” E5

“(…) costumo orientar a consulta de uma forma um bocadinho mais intimista de forma a proporcionar a mulher mais espaço para ela poder falar (…)” E9

“(…) vamos perguntando e fazendo perguntas para saber o que aconteceu.”E16

Interpretar dados da avaliação clínica - Uma estratégia que emergiu nos dois contextos, como forma de estabelecer o juízo diagnóstico perante uma suspeita pelo confronto dos dados resultantes da avaliação clínica, nomeadamente a coerência entre o relato da mulher e a observação física, como expressam os relatos:

“Acho que ao fim de algum tempo conseguimos, porque se retermos que a informação e o tipo de lesão não bate certo, se a história que contam não bate certa temos que pensar nessa possibilidade.” E5

“(…) dizem que bateram na esquina da porta mas fico a pensar como se tem uma marca num olho por bater na esquina da porta.” E14

Criar relação confiança – Um aspecto da intervenção que os participantes de ambos os contextos de prestação de cuidados, consideraram fundamental para promover na pessoa o à-vontade e a coragem necessária para abrir um canal comunicação bidireccional:

“Se de facto a situação for dissimulada, tentamos dar a volta e ver se conseguimos que ela acabe por explicitar o que se passou e voltamos a fazer o mesmo, tentar ver se precisa de ajuda (...)” E9

“(...) que me comprometo e a pessoa vai avaliar até perceber que pode falar realmente das coisas verdadeiramente importantes.” E 17

Estabelecer relação terapêutica – Os participantes de ambos os contextos de saúde, consideraram-na importante para o processo de ajuda e assim, referiram actuar no sentido de a desenvolver com a mulher a partir de uma relação fundada na confiança e no compromisso, para ser facilitadora da ajuda que a mulher revelar ser necessária, como se verifica nos seus discursos:

“(...) temos que desenvolver uma relação terapêutica que muitas vezes é verbal mas que tem que ser feita por aí, ou seja no aspecto relacional mas simultaneamente com o conhecimento” E3

“Quando a mulher diz que foi vítima de agressão física, tentamos sempre fazê-la perceber que estamos aqui para a ajudar e orientar naquilo que ela precisar mas partindo sempre dela a iniciativa de dizer o que pretende (...)”E10

Favorecer expressão de necessidades – Os participantes em CSH e CSC, consideraram que é necessário ir ao encontro do que a pessoa pensa e quer, através desta estratégia que pretende ser facilitadora desse encontro, como revelam os relatos:

“Estou ali para responder e ir de encontro às necessidades que aquela pessoa for capaz de transmitir com a minha ajuda para verbalizar, provocando o favorecimento para ela verbalizar tudo o que a preocupa” E4

“(...) tenho que trabalhar é com o que a pessoa conta e quer mas tentamos na abordagem seguinte tentar que a pessoa nos dê *feed-back* e tentar levá-la a abrir-se pegando em determinados itens (...)” E7

Abordar a situação – Estratégia que emergiu em ambos os contextos de cuidados de saúde e que decorreu de uma suspeita ou da revelação de pessoa significativa. Com esta estratégia foi pretendida uma aproximação à mulher num contexto de alteração da saúde – por exemplo ansiedade ou hipertensão e/ou utilizando um factor de risco conhecido no agregado familiar – por exemplo desemprego ou alcoolismo - com o intuito do profissional estimular a verbalização pela mulher, tal como os seguintes testemunhos demonstram:

“(...) tentamos abordar a situação e perguntar se ela precisa de alguma ajuda.” E9

“Ela era hipertensa e acontecia andar com valores de tensão descontrolados e eu ia abordando por aí, paulatinamente fui-lhe perguntando o que tinha acontecido que a tivesse posto nervosa, falei no desemprego do marido (...)” E21

Ponderar a possibilidade de VCM (violência conjugal contra a mulher) – Estratégia que os profissionais utilizaram em CSH e CSC quando estiveram perante queixas clínicas ao nível da saúde mental ou psicossomáticas sem causa patológica, no sentido de identificarem a violência na relação conjugal, como apresenta o discurso:

“Quando são pessoas que são seguidas na nossa consulta, e as que escondem, eu tenho que considerar que esse problema pode estar presente em qualquer relação. Se a pessoa se queixa de depressão, de insónias, de desinteresse, eu tenho que ver que tipo de relação conjugal existe e portanto a minha atenção está também aí focada e tenho que ponderar a hipótese da existência de violência conjugal por trás da queixa de uma depressão ou de esgotamento como normalmente as pessoas dizem e colocar a possibilidade de problemas ao nível da relação. Esta sintomatologia e a violência como um factor possível de existir na relação.” E4

“(...) um risco que não se pode correr, achar que são sintomas psicossomáticos e desvalorizar por se deverem a violência e deixar escapar uma patologia orgânica por isso precisamos de esclarecer 1º e excluir uma causa orgânica (...)” E22

Dar oportunidade – Uma estratégia que alguns participantes de CSH e CSC referiram, e que foi mais frequente nas situações de prestação contínua de cuidados, de forma a, através da comunicação não-verbal, criarem um ambiente favorável e favorecedor da verbalização conforme alguns profissionais salientaram:

“(...) dar oportunidade para as pessoas falarem com tempo, sem olhar para o relógio, tendo em conta a comunicação não verbal (...)” E17

“Não lhe dei grande coisa além da oportunidade dela falar tudo o que sentia e do que queria e precisava, e de a ouvir.” E18

Escuta activa – Os participantes de CSH, nomeadamente da área da saúde mental, e os de CSC, referiram esta estratégia, que é uma das componentes da relação de ajuda, para favorecer à mulher a verbalização de sentimentos e de necessidades:

“Deixei-a falar, falou, falou (...)” E16

“(...) a escuta activa (...) é uma ajuda efectiva para ajudar as pessoas a falar sobre as situações (...)” E17

“O não-julgamento, uma posição de silêncio e de escuta, ouvir, ouvir, ouvir e nunca forçar.” E26

Atitude empática – Uma atitude que foi salientada por alguns participantes de ambos os contextos de prestação de cuidados, na interacção com a mulher vítima, como expressam os relatos:

“(…) papel de grande abertura, sou muito receptiva à pessoa, aceitando como ela vem, se encontra (…)”
E13

“A comunicação. Escolher dinâmicas e seguir modelos avaliação inicial – colocando questões abertas, não criticando, atitude compreensiva e empática (…)” E17

Validar sentimentos – Confirmar à pessoa o seu sofrimento como forma de transmitir empatia e desenvolver a relação de ajuda, podendo ser feito explicitamente de forma verbal e também pela transmissão não-verbal, como se pode constatar nos testemunhos que apresentamos e os únicos onde esta estratégia surge de forma explícita, provenientes de um participante em cada um dos contextos:

“(…) entrou, sentou-se e começou a chorar. Eu tranquei a porta por dentro, e disse-lhe para chorar e quando conseguir falar pode falar.” E16

“Em termos profissionais temos que validar o que a pessoa está a sentir, posso imaginar o que está a sofrer só pelo que está a transmitir, desenvolver um ambiente de confiança e empático.” E26

As categorias que se seguem emergiram exclusivamente dos relatos dos participantes em CSH:

Implementar medidas de protecção – Uma estratégia que emergiu dos testemunhos de participantes em CSH, à mulher que recorreu ao SU ou que estava em situação de internamento. Foi utilizada para assegurar a segurança da mulher vítima de violência prolongando o internamento quando à altura da alta clínica não estavam reunidas condições de segurança para a mesma ou decidindo-o nos casos em que a mulher não tinha condições para regressar ao domicílio de forma segura após recorrer ao hospital e enquanto aguardou pela intervenção das associações de apoio à vítima, como expressam os discursos:

“Quando isso não é logo possível na altura que podem ter alta [alta protegida por instituição de apoio à vítima], ficam internadas num dos serviços mais recatados.” E11

“Uma das conquistas que se fez foi que enquanto a mulher não tiver condições para uma alta segura pela área social, mesmo que tenha condições clínicas não sai do serviço com alta. Há uns anos não era assim fácil mas agora ninguém questiona isso e se não há segurança ou na dúvida fica.” E12

Gerir ambiente com privacidade – Estratégia que emergiu dos relatos dos profissionais em CSH, que a utilizaram para proporcionar à mulher um ambiente inspirador de resguardo pessoal e favorecedor da revelação de aspectos íntimos, como sobressai nos testemunhos:

“(...) a nossa admissão permite-nos interagir de forma muito directa e num ambiente a dois de muita reserva por isso acho que se as pessoas estão sensíveis pelo facto de viverem situações de violência têm facilitado todo um ambiente que lhes dá a facilidade de identificarem essas situações.” E10

“(...) uma das coisas que verifiquei quando comecei, que as mulheres estavam muito expostas aos olhares dos outros no [serviço] e então falei com o Enf^o Chefe para protegê-las o máximo possível e estarem num ambiente protegido e não no corredor.” E11

Assegurar a confidencialidade e o sigilo – Princípios ético-deontológicos das profissões da saúde que os profissionais de CSH, consideraram ser necessário apresentar explicitamente a estas mulheres para favorecer a revelação da sua situação, como é expresso pelos testemunhos:

“(...) digo-lhes que não é obrigada a falar nada mas que a entrevista é sigilosa e que ninguém vai saber o que ela ali disser.” E11

“Portanto o que foi facilitador para aquela pessoa, foi saber que não ia ficar nada registado para ela falar naquilo que efectivamente a estava a preocupar.” E17

As categorias que se seguem são as que emergiram exclusivamente dos discursos dos participantes em CSC:

Directividade – Estratégia que foi utilizada para confirmar a suspeita da situação de violência, que emergiu de dois dos participantes:

“(...) se as pessoas não me dizem, se eu tenho alguns indicadores ou eu suspeito, eu pergunto directamente, tal como pergunto da ideia suicida(...)” E13

“(...) pela abordagem directa da pessoa (...) se alguma vez teve medo do parceiro, se ele a magoou (...)” E23

Marcar consultas mais frequentes – Estratégia de enfermeiros e médicos em CSC, que perante uma suspeita ou necessidade de apoio e ajuda, pretenderam desta forma avaliar melhor a situação e proporcionar ajuda, conforme expressa o discurso:

“(...) e nas situações em que vemos que é necessário ou ficou alguma pista, marcar com mais frequência para poder avaliar melhor.” E21

Receber após horário normal de consultas – Emergiu dos relatos como forma de alguns profissionais poderem estar disponíveis com a mulher, como expressa o discurso.

“Faço isso e penso que todos nós fazemos nesta unidade, marcar fora das horas das consultas que temos marcadas para podermos receber alguém com mais tempo e com quem podemos estar mais disponíveis e à vontade.” E18

Convocar por faltas a consultas planeadas – Um imperativo das USF que foi aproveitado para conhecer o motivo de faltas a consultas planeadas (planeamento familiar, menopausa) e que permitiu conhecer situações de violência, como refere o discurso:

“(…) como na USF temos que saber porque faltam e chamá-las, fazemos isso e não vêm à 1ª mas acabam por vir e dizem que se esqueceram e quando insisto acabam por dizer.” E16

Marcar consulta ao agressor – Uma forma de em CSC, alguns participantes favorecerem a melhoria da situação pelo encaminhamento do agressor para tratamento do alcoolismo ou ainda para intercederem a favor da vítima com recurso a ameaça de denúncia ou apelo à união do casal expondo-lhe a preocupação da esposa com ele, como expressam os testemunhos:

“(…) e depois pergunto se gosta dele e se me dizem que sim, chamo o marido e viro a coisa ao contrário, digo que ela está muito preocupada com ele, com a saúde dele e tal e acho que tem dado resultado, quando ainda há amor, porque o mal é quando há desamor, quando já não se lembram do amor que tinham, e então quando percebem que ela se preocupa com ele percebe que tem que se comportar de outra forma com ela e às vezes vão-se revertendo as situações assim. (...) Já o ameacei que o denunciava, que o podia fazer mas ele nega tudo, diz que não tem problema nenhum, mesmo os filhos que já são maiores ameaçam mas não adianta.” E16

“(…) e chamei cá o marido (...) e cheguei a mandá-lo para o centro de respostas integradas mas nada (...)” E24

Fazer visita domiciliária em equipa multidisciplinar: É uma modalidade de prestação de CSC, realizada por uma equipa constituída por médico e enfermeiro de família e por assistente social para uma avaliação multidimensional, que segundo estes profissionais permitiu confirmar suspeita de violência ou diagnosticá-la, conforme revelam os discursos:

“Quando chegámos a srª estava num estado lastimável, num contexto de bastantes carências socioeconómicas. A srª tinha sido agredida pelo parceiro” E21

“(…) quando há suspeitas marcamos domicílios com a assistente social e com a enfª (…)” E24

“Articulo-me sempre com o médico e a enfermeira (…) e também fazer a visita domiciliária, porque não podemos ficar só pelo relato da vítima.” E25

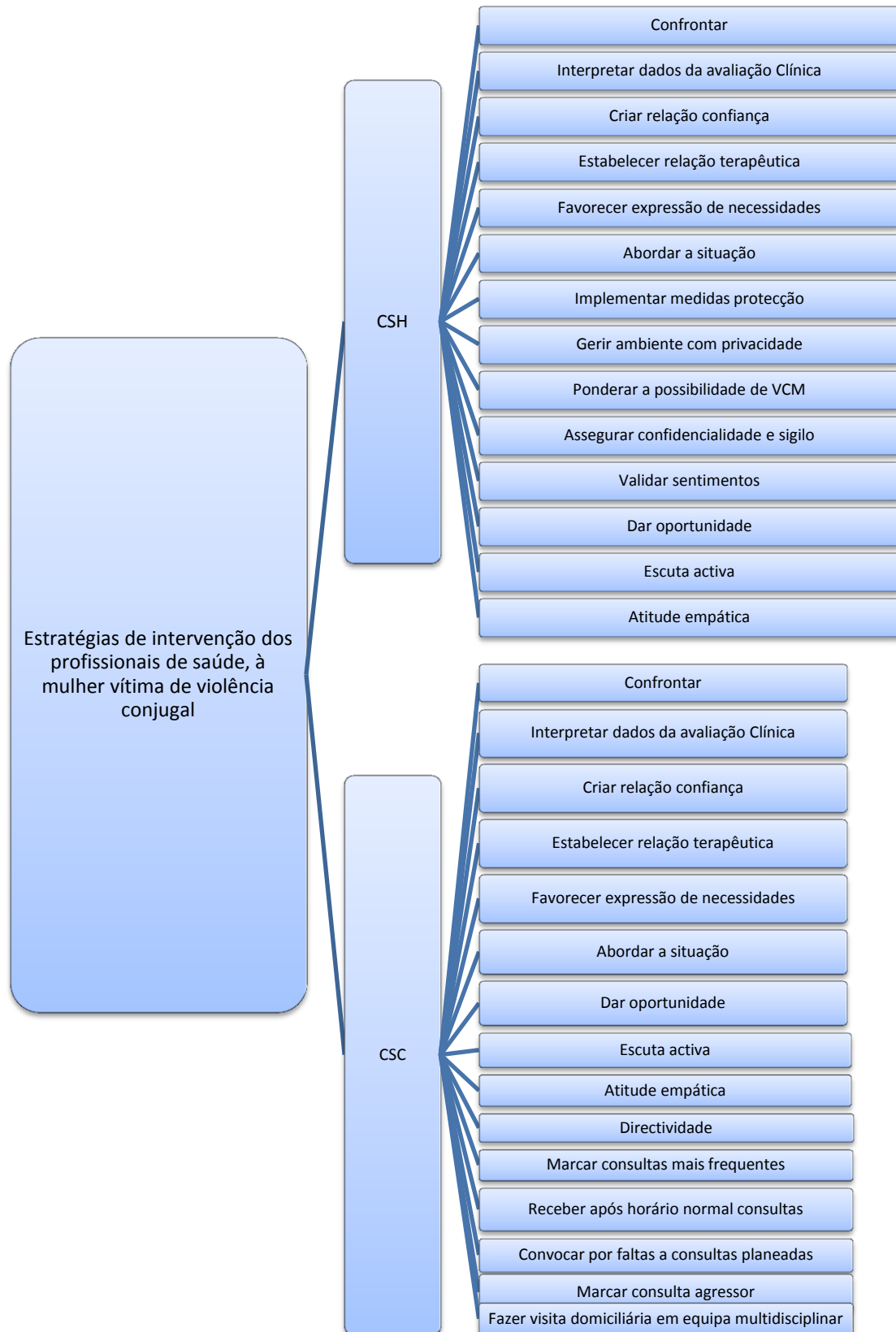


Fig. 5 - Estratégias de intervenção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC à mulher vítima de violência conjugal

4 – Tipos de violência identificados pelos profissionais de saúde em CSH e em CSC na mulher vítima de violência conjugal

Nesta área temática (Fig. 6) emergiram as categorias: **violência física; violência psicológica; violência física e psicológica associadas; violência sexual e violência econômica** como sendo os tipos de violência mais frequentemente presentes na mulher vítima atendida por estes profissionais de saúde, em CSH e em CSC, como se verifica nos seus relatos:

Violência física:

“Quase tudo violência física (...)” E1

“A que é mais fácil de diagnosticar é a violência física (...)” E9

“(...) mas também física mas sobre esta não falam tão facilmente (...)” E14

Violência psicológica – Considerada a mais frequente na experiência dos participantes:

“A psicológica tem surgido mais vezes (...)” E5

“A psicológica é mais frequente do que a violência física” E17

“Muito mais psicológica (...)” E14

Violência psicológica e física, associadas:

“Pelo que tenho visto psicológica e física estão muito ligadas.” E18

“(...) tanto os maus-tratos físicos como os psicológicos (...)” E24

Violência sexual – Um tipo de violência que estes profissionais identificaram, muitas vezes referida como desagrado da mulher, sentir-se forçada ou por queixas ao nível da saúde sexual e reprodutiva:

“Muitas vezes é a violência sexual.” E7

“Violência sexual também, violações, são autênticas violações conjugais.” E13

“ A violência sexual também é muito abordada ou porque se sentem forçadas a ter relações.” E17

Violência económica:

“(…) a queixa do não tenho dinheiro nem posso fazer, nem decidir, nem as minhas pequenas coisas (…)”
E7

“A económica (…)” E11

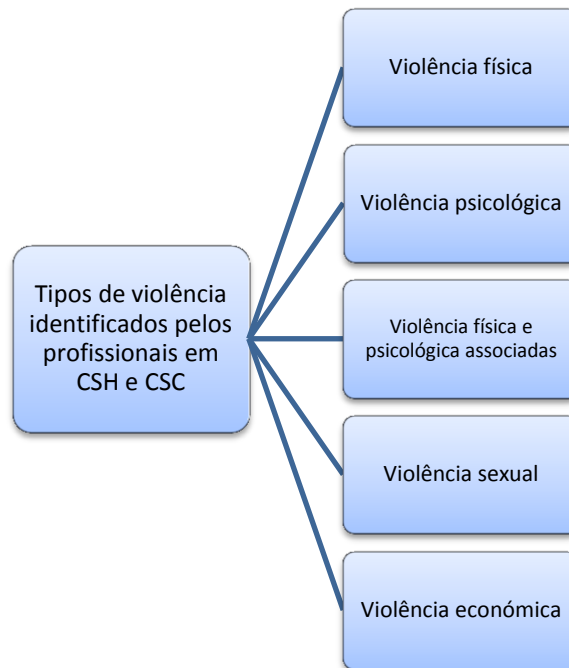


Fig. 6 - Tipos de violência identificados pelos profissionais em CSH e CSC

5 - Factores dificultadores da intervenção dos profissionais de saúde face à mulher vítima de violência conjugal

Nesta área temática (Fig. 7) emergiram 4 categorias de factores dificultadores comuns a cada um dos contextos de cuidados de saúde mas que diferem nas respectivas subcategorias. Apresentamos ao longo da descrição as que são comuns a CSH e a CSC e mencionamos as que se referem a um dos contextos:

Inerentes à organização institucional – Nesta categoria, comum a CSH e CSC, emergiram as seguintes subcategorias:

Falta articulação foi referida em CSH, a diversos níveis ou com diversos sectores como se verifica pelas sub-subcategorias:

Com os *CSC* como apresenta o discurso, pois parece não estar instituída uma estratégia de comunicação intra-institucional:

“Há também muita rivalidade entre hospital e centro de saúde e não devia porque faz falta mais articulação e trabalharmos para o mesmo fim.” E8;

Com *Apoio psicológico* pela importância deste recurso para a mulher vítima, de uma forma célere, quando identificadas por outros profissionais que interagiram com mulheres nessa situação: “(...) não estamos preparados para entrar nas questões mais psíquicas como fazem outros profissionais.” E5; “Precisava de ter ali ao lado muito próximo alguém da área da psicologia para que pudesse encaminhar logo a mulher, para a tentar ajudar a ver que de fato aquilo não é uma situação natural que ela está a viver uma vida, que não é uma vida real, está a viver uma fantasia.” E9;

Com o *IML horário/ RH limitados* como é expresso no discurso:

“Eles [IML] têm profissionais que se deslocam entre Porto e Viana e não é muitas vezes possível o acompanhamento no próprio dia. Há articulação mas é muito limitada, porque há um dia certo para cá estarem mas depois estão à chamada. Não estão cá disponíveis todos os dias e já ouvi numa formação que é caro e não é possível, mas limita.” E11;

Com o *Serviço social horário limitado* e que não permite este apoio ao longo das 24h e também por funcionar exclusivamente nos dias úteis:

“(...) em termos de apoio é limitado porque o serviço social é sempre limitado à parte da manhã [9-17h] e o resto do dia é complicado. (...) E lá está, de noite a gente orienta e que pode fazer queixa mas faltam outros tipos de apoios e saem com alta.” E2

Défice na comunicação interdisciplinar – Subcategoria que emergiu em CSH, onde alguns dos participantes a apontaram como dificultadora, como salienta este discurso:

“Acho que dificulta mesmo é a falta de comunicação inter-equipas (...) eu também tenho sigilo para manter e não vou manter o sigilo com o médico daquilo que é da parte de enfermagem porque então está cada um a trabalhar para o seu canto (...)” E8

Espaçamento entre consultas – Subcategoria relativa ao aspecto dificultador da intervenção à mulher vítima, no âmbito da continuidade da intervenção em consultas hospitalares de psicologia, referido por alguns dos participantes em CSH:

“As consultas espaçamento enorme (...)” E17

Inexistência de orientações para a intervenção – Subcategoria que emergiu pela falta de procedimentos protocolados para orientar a intervenção dos profissionais, face à mulher vítima de violência, referida por participantes de CSH e de CSC, como fazem notar os relatos:

“Depende de pessoa para pessoa, daquilo que mais nos tocar porque não há um procedimento de serviço.”

E1

(...) a indicação é de ligarmos para aquele número e sinalizarmos a situação. Agora os pormenores desse contacto não sei dizer porque não accionei nunca e acho que poucos o fizeram (...)” E2

“(...) também orientação sobre os protocolos, se há ou não, como se actua.” E8

“Não sabia o que fazer para reportar a situação ou se era para reportar. Não há orientações do que deve ser feito.” E15

“Nós temos é alguma capacidade para detectar mas depois não podemos fazer muito mais, não sabemos a quem recorrer.” E20

Consulta no sistema informático – Esta subcategoria refere-se a uma dificuldade que foi salientada por profissionais de CSH em exercício no SU e por profissionais de CSC.

No caso do SU: a aplicação utilizada para a realização da triagem de *Manchester* é diferente da aplicação informática onde pode ser consultado o processo da utente e onde constam outros episódios de urgência, aspecto este, que foi dificultador para realizar a consulta de indicadores de violência que conhecem – recurso frequente ao SU e traumatismos frequentes – como revela o discurso:

“(...) uma pessoa que recorre muito à urgência, tem traumatismos seguidos, podíamos logo levantar a possibilidade de violência mas o tempo na Manchester é limitado e o sistema informático permite saber mas é demorado, temos que sair do perfil da Manchester e entrar noutra para podermos ter esses dados (...)” E2

No caso de CSC: pela impossibilidade de ter conhecimento do registo do episódio de urgência por agressão, antes de a mulher ir a uma consulta, como revela o discurso:

“Não é habitual haver uma articulação entre o hospital e o centro de saúde a não ser através do processo informático que só vemos quando vem à próxima consulta.” E16

Condições nos serviços – Esta subcategoria emergiu dos discursos sobre as condições existentes em CSH e CSC que os participantes avaliaram como dificultadoras da

intervenção, com algumas diferenças entre os contextos como expressam as sub-subcategorias:

Sobrecarga de trabalho - Foi apontada nos relatos dos participantes de ambos os contextos de prestação de cuidados:

“(...) vir alguém bater à porta, alguém entra para trazer um processo, o telefone que toca, ver se o doente já chegou, fazer os registos que somos obrigados a fazer no computador, a pressão dos objectivos.” E17; “Precisávamos de uma coisa que não temos é mais tempo. Porque eu acho que se tivermos tempo para insistir, não logo no início, mas tirando um nabo da púcara agora outro daqui a bocado, cortando caminho tipo não bate certo esta lesão com o que diz, perguntar se houve alguma discussão e com quem e pedir para repetir porque por vezes a repetição já é diferente da 1ª versão e se for o mesmo profissional a perceber estas incoerências, pronto conseguimos chegar lá mas a afluência de doentes muitas vezes não permite este tempo e acabamos a olhar mais para a situação física mais do que para a psicológica (...)” E5; “Com consultas de manhã até ao fim do dia, se a 1ª consulta demora um pouco mais já complica todo o resto do dia.” E14

Missão/objectivos do serviço - Esta dificuldade foi salientada em ambos os contextos de prestação de cuidados. Em contexto de CSH, pelas dinâmicas de serviço orientadas para prestação de cuidados específicos diferenciados:

“(...) também não é o momento certo porque a mãe precisa de imenso apoio, de aprender a cuidar do bebé e dela própria, está a aprender a ser mãe, esse papel que é difícil e que depois das 48 h que estão aqui tem alta e ainda acham que não sabem fazer nada e dedico-me mais a essa área, sabendo porém que parece que algo não está bem.” E8; “É difícil tratar estas situações se a pessoa não relatar não é nada fácil e a afluência de doentes e muitas vezes a gravidade não nos deixa muita disponibilidade e acabam por estas situações nos passarem um bocadinho mais ao lado.” E2; “A minha impotência tem muito a ver com a limitação da minha ajuda, muito voltada para o aqui e o agora e, essa pessoa vai precisar de uma intervenção alargada no tempo a que eu não posso dar resposta (...)” E10

Em contexto de CSC foi referida pela pressão dos objectivos preconizados e pela grande abrangência de problemáticas de saúde:

“A pressão dos objectivos. (...) e pensar que se vai passar 1h a falar com uma grávida, uma puérpera ou com uma mulher que está deprimida quando se tem consulta de 20 em 20’(...)” E14; “ (...) temos que estar atentas a tanta coisa, a exigência cada vez maior, a área de abrangência cada vez maior e se calhar ficamos aquém.” E19

Condições arquitectónicas - Contribuíram para as dificuldades dos profissionais de CSH perante a mulher vítima, pelo embaraço com a gestão da privacidade necessária à utente vítima, como expresso pelos participantes, nos seguintes extractos:

“(…)segunda privacidade e não ser interrompido sistematicamente nem ter gabinetes pequenos e públicos como são os que existem no hospital, acho que tudo isto contribui para que as mulheres se sintam inibidas, não tem nem sequer espaço para se ambientarem e mal conseguem ou nem conseguem iniciar uma conversa sobre esse assunto.” E9; “E as mulheres já estão tão frágeis e vulneráveis quando chegam cá que quando têm aquela abertura para dizer que são vítimas de violência conjugal e, é tão difícil elas exprimirem-se, depois de começarem estarem sempre profissionais a interromper, a entrar que é por vezes difícil até retomarem o assunto. Uma estrutura física com mais privacidade e humanização.” E11

Défice RH (recursos humanos) – Barreira que foi sentida em CSH como salientam os discursos:

“(…) e os médicos e enfermeiros são recursos finitos que na urgência têm que estar disponíveis para outras situações.” E5; “Outra coisa é o serviço. É o nº de doente e a forma de trabalhar, pouco pessoal, pouco tempo, os recursos não são muitos.” E2

Défice de tempo de contacto – Um dos aspectos dificultadores que emergiu de profissionais a exercer CSH, em serviços onde a mulher permaneceu por pouco tempo: “(…) entram vão para a [tratamento necessário] e tem alta, às vezes quando nos apercebemos já saíram (..)” E2; “(…) devíamos ter mais tempo com aquela mulher, com aquele casal para podermos perceber melhor a situação (..)” E8

Tempo de consulta limitado – Nos CSC emergiu como obstáculo ao desenvolvimento da interacção com a mulher numa perspectiva holística de saúde, como expressam os testemunhos:

“(…) porque nas consultas há pouco tempo, é só para as coisas físicas.” E16;

Défice na comunicação dos CSH – Também ao nível dos CSC emergiu a deficiente comunicação sobre as mulheres atendidas em CSH:

“Do hospital nem sempre recebemos, a não ser que precise de continuidade de tratamento, não sei se orientam para outros serviços mas não nos chega essa informação.” E18

Falta de Psicólogo – Défice que foi referido pelos participantes de CSC:

“Já tivemos psicóloga mas neste momento estamos sem psicóloga e só há no hospital e se fizer falta temos que encaminhar para lá.” E18

Inexistência de rede de intervenção – Subcategoria que emergiu dos discursos de alguns participantes em CSC que também salientaram que não existia partilha de informação das associações de apoio à vítima locais, o que lhes causou dificuldade na intervenção em saúde à mulher vítima e aos seus filhos tanto quando estiveram em situação de protecção na casa-abrigo como quando acompanharam as mulheres vítimas utentes da própria unidade, como expressam os relatos:

“Se existe essa rede está muito perdida porque não a conhecemos. Acredito que haja no GAF, na policia. Mas até chegar aí devia haver outros recursos. O GAF não pertence à [unidade local saúde] e a USF pertence, não sei se é correto recorrer a uma instituição de fora da quando na [unidade local saúde] existem profissionais para resolver.” E20

“Acho que temos poucos recursos e ligações para tratar destes casos. Temos a AS e a policia e o GAF (...)” E21

“As instituições que acolhem estas mulheres como falei há bocado, em que elas estão deslocadas, e nesse período as mulheres e especialmente se tiverem crianças são acompanhadas aqui mas as instituições mantem o sigilo e às vezes até é por alguma coisa que a mulher diz ou que parece estranho e vamos esmiuçando. Acho que esta situação não deveria acontecer, se houvesse essa passagem de informação a nossa conduta com aquela mulher e com as crianças poderia ser diferente.” E19

“(...) depois perdemos o seguimento da pessoa, só se ela continuar nossa utente é que sabemos de como estão as coisas, pelo que ela diz.” E21

Inerentes aos decisores políticos – Nesta categoria relativa a CSH e CSC, emergiram três subcategorias:

Políticas sociais inadequadas: Resultou do pensamento expresso nos discursos dos participantes, em CSH e em CSC, que demonstraram a concepção do fenómeno de violência contra a mulher como um fenómeno social, plurifactorial, com raízes em desigualdades sociais mas também pela desprotecção das mulheres que são economicamente dependentes:

“As questões relacionais, as sociais – falta de dinheiro, de habitabilidade etc. que muitas vezes são o motor destas perturbações porque as pessoas ficam desesperadas e como estão atadas uma à outra e não conseguem resolver este desvinculo (...)” E3

“A falta de dinheiro para que as pessoas possam gerir o mês com alguma tranquilidade, é outro aspecto porque se as pessoas não têm satisfeitas as necessidades mais básicas como a alimentação, a habitação, a saúde as pessoas entram em conflito e tornam-se violentas, adoecem. E depois é importante amor, afecto mas como podem estar disponíveis para se alimentar de amor e de afecto se não têm as outras

necessidades satisfeitas. (...) É difícil isso porque se estas coisas de que falei faltam não sou eu que as posso ajudar.” E4

“Aqui o estado não é tão interventivo e tão rápido como seria desejável e estas pessoas ficam sem rendimentos imediatos (...)” E13

Políticas economicistas na saúde – Emergiu dos relatos dos participantes em CSH, como relata o seguinte discurso:

“Começando a medicina a ser uma caixa registadora, ou seja, começando a saúde a contabilizar os tempos de consultas com tempos limitados de 12 minutos por consulta, não é possível alguém fazer um diagnóstico de violência doméstica.” E9

Políticas dos CSC – Subcategoria que emergiu dos testemunhos dos participantes em CSC, que concretizaram este aspecto dificultador em duas sub-subcategorias:

Indicadores quantitativos: “Temos objectivos a cumprir e nenhum deles tem a ver com a qualidade da relação médico-utente. Temos objectivos contratualizados na USF mas são nº consultas, nº hipertensos controlados, nº de diabéticos com 2 hemoglobinas glicosadas avaliadas e normais, nº mulheres com papanicolau efectuado, tudo nº que implicam consultas rápidas e curtas (...)” E14

Organização dos CSC: “Da maneira que os CSC estão organizados não vejo como o médico de família possa estar atento e preocupado com esse problema.” E14

Inerentes à vítima – Nesta categoria emergiram aspectos que os participantes de ambos os contextos de cuidados de prestação de saúde identificaram na interacção com a mulher e que foram barreiras à sua intervenção, como se revelado pelos testemunhos em cada subcategoria:

Ocultação – Da situação de violência pela mulher, o que dificultou a estes participantes o diagnóstico da situação:

“Estas situações não são fáceis de ser diagnosticadas, se existir a possibilidade faz-se por mero acaso. As pessoas escondem porque é muito difícil falar destas situações (...)” E6

“Em primeiro lugar é preciso aperceber-me que é uma vítima de violência conjugal. Porque na maioria das mulheres há um dissimular da situação.” E9

“(...) são questões da vida privada e elas só falam nela se quiserem (...)” E12

“(...) outra não mesmo confrontada e com lesões negou e só confirmou que ele era muito controlador.” E18

Resignação – Da mulher à situação de violência, o que nos testemunhos destes profissionais, dificultou a intervenção aos profissionais ou porque foi desaproveitada a ajuda disponibilizada ou porque a mulher não considerou a violência psicológica enquanto tal:

“E se a pessoa quer mesmo mudar a situação, pronto mas quando diz eu se calhar ou que depois diz que não foi bem assim, torna-se complicado gerir a situação.” E2

“Pode até reconhecer que tem um problemas mas achar depois que não pode ou que não deve mudar. Acho que é a maior dificuldade.” E7

Falsas vítimas – Situação que foi apontada como dificultadora em CSH e CSC, pela instrumentalização da violência por algumas mulheres por motivos perversos, habitualmente por conflitos familiares, que a experiência de vários profissionais tem permitido constatar, como expressam os relatos:

“A única coisa que acho que dificulta é o empolamento das situações, é a existência das situações falsas e que podem funcionar de uma forma perversa porque podem até levar as pessoas a questionarem-se se devem ou não devem fazer, porque se se empola muito pode haver um efeito perverso dessa sinalização. (...) Se tem consciência clara e tem também juízo crítico, essa pessoa tem que ser responsabilizada e tem que saber que tem limites e que não pode utilizar-se destes recursos. Mas é difícil apanhar estas pessoas, parece que estamos perante um psicopata, é quase um registo psicopático porque a pessoa faz por levar a água ao seu moinho sabendo que está a fazer mal e portanto à partida há perturbação mas é perturbação imputável, não é inimputável.” E3

“(...) que se queixava que era vítima de uma filha. Foi avaliada pela enfermeira e pelo médico e pareciam marcas sugestivas de possível mau-trato, fizemos relatório mas dizendo isso mesmo, que era sugestivo mas veio-se a comprovar que ela se auto-mutilava e portanto temos que ter muito cuidado como fazemos as sinalizações porque há relatos que podem não ser verdadeiros como neste caso em que uma das filhas estava zangada com a outra e resolveu convencer a mãe a este teatro todo para incriminar a irmã.” E25

“Dizem que é o temperamento dele, sempre foi assim (...). Se a pessoa não se manifesta, não sou eu profissional de saúde que deve querer porque se negociamos com os utentes o tratamento, alterações e isso é porque eles querem e não sou eu que estou a impor o meu conceito aos outros.” E19

“Oferecermos ajuda que ela não aceita, acho que deve acontecer com alguma frequência, é complicado.” E24

Inerentes aos profissionais de saúde – Categoria que emergiu da constatação de diversos aspectos que os participantes de CSH e de CSC, expressaram sobre o ser profissional face à mulher vítima e que apresentamos em subcategorias:

Falta de formação – Subcategoria que ocorreu das dificuldades relacionadas com a falta de formação específica que a quase totalidade dos participantes, de todos os grupos profissionais e de ambos os contextos de prestação de cuidados, referiu como expresso nos relatos:

“(…) cada vez estamos mais focalizados em assuntos muito médicos, muito clínicos, porque o curso limitou-se, o curso de enfermagem acabou também por ficar de outra forma estruturado e se calhar as pessoas vão estar menos motivadas para poderem estar alertas para essa situação (…)” E9

“(…) e tentam ignorar e passar a bola porque não têm formação nestas áreas específicas para se defenderem e se pouparem porque não estão preparados para intervir. Os currículos académicos não preparam e depois as pessoas também não investem tanto na vida profissional, investem mais noutras áreas que as motivam mais ou não param para pensar que precisavam de actuar melhor em áreas com que se deparam e que deviam intervir melhor e depois esta ignorância das necessidades dá nisto.” E10

“Desconhecimento sobre o assunto. Assusta-me levantar um problema e depois não ter respostas para ele. Nós não temos muitas respostas para estas situações e estar a criar expectativas de resolução à utente e depois não ter nada para oferecer, assusta-me.” E15

“Eu noto que devia agir mais mas o que se passa é que também não temos formação específica para saber actuar e depois acabamos por estar muito dependentes das comissões, de outros profissionais.” E18

Falta de sensibilidade – Uma percepção que foi expressa em relação a outros profissionais com os quais alguns dos participantes de CSH têm contacto profissional e que consideraram uma barreira à intervenção:

“(…) os profissionais de saúde muitas vezes fazem comentários desfavoráveis por preconceitos, por desconhecimento, por falta de sensibilidade, como se calhar a mulher pediu-as, traiu o marido, como se tudo isso justificasse.” E6

“(…) não há sensibilidade por parte de quem faz a triagem.” E11

“Quando é detectado aqui e a informação é enviada de retorno ao médico de família acontece dizerem eu já sabia mas isso não é nada comigo. Existe essa falta de sensibilidade.” E12

Falta de habilidade comunicacional – Esta subcategoria refere-se à dificuldade que foi salientada pelos participantes de CSH e CSC, de como abordar a mulher vítima de violência conjugal, tanto para iniciar o assunto como para lidar com a frieza comunicacional provocada por uma tentativa:

“Agora noutras pessoas que estão em pé, não têm défices, não precisam muito do nosso contacto directo, é complicado chegar à beira dela e dizer – olhe não quer falar um bocadinho, diga-me então porque veio cá – é mais complicado.” E2

“(…) não sei muito bem como tocar esses aspectos na colheita de dados. Se fizermos uma pergunta direta também não iríamos chegar a lado nenhum, não sei como poderíamos perguntar para obter algum resultado.” E10

“Faltam-me conhecimentos para saber estratégias para abordar o tema, mas como não tenho, da minha experiência vou fazendo o melhor que sei.” E15

“Começar a falar no tema é difícil, começar a conversa. Quando a pessoa cria uma barreira e tem um comportamento frio e não se abre.” E21

Evitamento – Revelado nos discursos dos participantes de CSH e de CSC, em relação a si próprios ou a outros com quem trabalham, como a atitude de profissionais de saúde face à situação da mulher vítima de violência:

“Para nós a situação é muito complicada porque é uma faca de 2 gumes, já dizia a minha avó que entre marido e mulher ninguém põe a colher. Eu sei que são situações difíceis e que não devemos compactuar com elas mas também fazer esforço para ajudar a que as coisas mudem, sim mas mais que isso pode ser complicado e aí a gente acanha-se um bocadinho. Sei que há algures um número que a gente deve usar quando se recebe alguém que nos diz que foi vítima de maus-tratos, embora a gente tenha relutância em fazer o contacto (...) estamos a falar da vida mais íntima da pessoa e que pode pensar - não a conheço e vem perguntar-me coisas destas (...)” E2

“Acho que os profissionais têm o seu brio mas há situações onde não se querem meter e acho que a violência é uma.” E8

“Por exemplo, na violência sexual os profissionais dedicam-se aos aspectos legais porque a esses tem de dar resposta é a esses que dão importância, à colheita dos produtos para fazer prova e da identificação das marcas físicas, mas as marcas psicológicas são mais difíceis de identificar e trabalhar. O lado psicológico é difícil e então as questões legais, são mais descritivas, dominam-se mais facilmente e não exige uma entrega emocional do profissional porque isto leva a um grande desgaste do profissional e assim poupam-se mais emocionalmente.” E10

“Às vezes insisto então que aconteceu? Quer falar nisso? – Mas se vejo que a pessoa se fecha e não quer falar disso também acho que posso já estar a meter-me na intimidade dos outros.” E14

“Tenho muito medo e falta de conhecimentos nessa área mas admito que podia incentivar a falar, a desabafar, dizia que à utente que devia reportar mas teria muito medo de fazer ainda pior principalmente pela falta de conhecimentos na área.” E15

“(…) mas a informação final não é só minha e nisto sinto um pouco de dificuldade porque há alguma resistência, em quererem passar para o papel aquilo que viram, embora isto se esteja a diluir, se calhar por algum receio que as pessoas fiquem contra eles, se calhar por depois serem chamados ao tribunal porque esta situação exige um envolvimento grande e temos que ir testemunhar o que sabemos.” E25

Inexperiência – A falta de experiência foi outro dos constrangimentos, expresso tanto em CSH como em CSC, verbalizado quer por alguns participantes com menos tempo de exercício profissional como por alguns que já têm vários anos de exercício, como se pode constatar pelos testemunhos:

“(…) acho que tenho as bases mas se tivesse mais experiência para lidar com estes casos talvez até me apercebesse de outros pormenores. Acho que mais experiência podia ajudar a lidar melhor, graças a Deus não tenho muitos casos mas se tivesse ia lidar melhor com a situação.” E2

“(…) não é com as poucas situações diagnosticadas que eu consigo actuar. Teria que ter uma formação específica e ir treinando, até noutras instituições e depois manter a actualização. Até ir às instituições que tratam desse problema e aprender a lidar com essas mulheres, com as situações, saber informar, saber explicar.” E8

“A minha experiencia clínica é pouca mas tenho uma situação recente.” E23

Incompreensão – Dificuldade que emergiu nos testemunhos dos participantes de ambos os contextos de prestação de cuidados que decorreu da situação de violência cometida pelo cônjuge que atinge a mulher mas do qual a mulher não se afastou:

“(…) sinto incompreensão, não entendo porque as mulheres se mantem nesta situação.” E6

“(…) foi vítima e foi consentido, não foi, ela está com ele porquê? Por carências económicas e está, entre aspas, obrigada a estar com a pessoa. Pergunto muitas vezes isso e tenho dificuldade em perceber (…)” E8

“(…) não consigo perceber como uma mulher consegue aturar estas situações (…)” E20

“Por vezes posso entender que algumas situações podem levar a alguma violência mas por se perder a cabeça numa situação diferente, uma traição mas quem bate frequentemente não percebo e não entendo porque a mulher permanece naquela relação.” E21

Ausência do cônjuge nas consultas - Especialmente referida como dificultadora no âmbito de consultas médicas e de enfermagem, tanto em CSH como em CSC:

“É mais fácil com a mulher porque a mulher acompanha o homem mas o homem não acompanha a mulher, por norma. Se até aí, a coisa fosse mais a dois talvez fosse mais fácil. Nós quando temos os dois

perguntamos e o senhor o que acha? Isso pode permitir detectar e trabalhar pequenas coisas que de outra forma não são possíveis.” E7

“(…) a mulher vem tantas vezes sozinha, se o marido também viesse podia-se perceber se o casal está bem.” E16

Desconhecimento do contexto sociofamiliar – Esta dificuldade foi mencionada por participantes de CSH, em situação de prestação de cuidados em que houve um contacto limitado no tempo ou pontual, com a mulher vítima:

“(…) não sabemos se aquilo é recorrente ou não (…) a pessoa pode ou não querer ou achar que não tem possibilidades para sair. Ou porque deixa de ter suporte financeiro, ou familiar, não sabemos. Ou até porque até há uma relação próxima e a pessoa até acha que é normal ou que aconteceu mas não vai voltar a acontecer. Nem sempre é fácil gerir este tipo de situações.” E5

Medo do agressor – Subcategoria exclusiva de CSH, como referem os relatos, receio de haver retaliação do mesmo ao profissional:

“E eu acho que isso é um dos motivos que fazem muitos profissionais a não declararem, a não darem informação e não fazer seguir o processo porque pode haver repercussão (…)” E5

“(…) e depois o agressor. Nós temos um registo do turno, estamos identificadas e as utentes tem esse direito, de saber quem lhes presta cuidados mas será que com o medo do companheiro ela não vai dar o nome, descrição física e ele esperar e sermos agredidas, ninguém impede isso (…)” E8

Tabu profissional – Foi referido por dois participantes de CSC. Num caso como dificuldade própria e noutro como análise da postura profissional em relação ao tema:

“(…) vou estar a chatear a pessoa ou vou chateá-la mais ainda, vai-se aborrecer comigo.” E14

“O erro parte logo de nós porque pensamos à partida que a pessoa leva a mal que perguntemos directamente se o parceiro a trata mal.” E23

Desconhecimento do limite da intervenção profissional versus vida privada:

“(…) ter a certeza que aquilo é da minha função e não por me estar a meter na vida dos outros. Não sei onde acaba o papel de médica para ser uma pessoa a meter-se na vida do outro.” E14

Companhia de crianças – Este obstáculo emergiu dos relatos de participantes de CSC pela frequente ida da mulher ao centro de saúde com os filhos, o que limitou a intervenção dos profissionais sobre esta problemática pela presença das crianças na consulta:

“As crianças presentes na consulta inibem o discurso e acho que às vezes seria mais revelador do que aquilo que é e abordariam outros assuntos se as crianças não estivessem.” E18

Frequência de consultas de recurso – Dificuldade que foi expressa por profissionais de CSC, relacionada com a ida frequente de algumas mulheres à referida consulta e que dificultou ao seu enfermeiro ou médico de família segui-la, sendo atendida com descontinuidade e por diferentes profissionais:

“(…) muitas vezes o que se verifica é que estas situações raramente vêm por consulta programada e por isso raramente é o mesmo profissional a atender e isso também dificulta. Nós aqui, já tentamos trabalhar de maneira diferente porque tentamos sempre, mesmo nas não programadas, que seja o médico e enfermeira de família a atender, mas isto nem sempre é possível e ser atendida por vários profissionais por uma queixa faz com que se atenda para resolver aquela queixa.” E18

Passividades dos profissionais – Factor que emergiu do discurso de alguns participantes em CSC, como revelam os testemunhos:

“Há muito essa atitude de deixa ver se eles resolvem, mesmo em profissionais.” E18

“Preenche-se um papel, a assistente social fica com conhecimento do caso, depois espera meses e nesses meses continua a ser vítima e depois ainda se vai ver o que se pode fazer.” E21

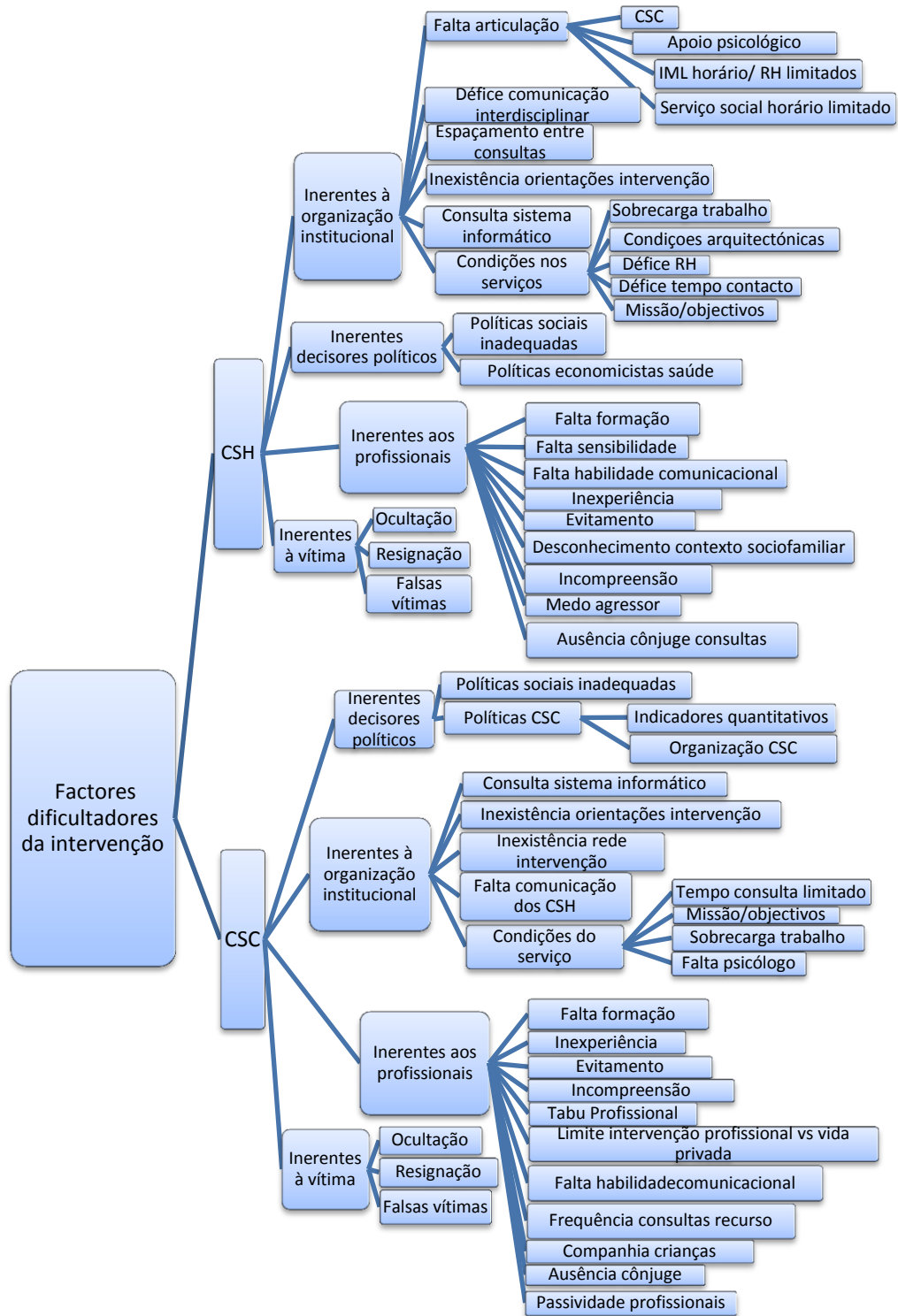


Fig. 7 - Factores dificultadores da intervenção dos profissionais de saúde face à mulher vítima de violência conjugal

6 - Factores facilitadores da intervenção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, face à mulher vítima de violência conjugal

Nesta área temática (Fig. 8) emergiram 4 categorias comuns aos dois contextos e uma exclusiva de CSH, que de seguida apresentamos com as respectivas subcategorias:

Inerentes ao profissional – Os factores facilitadores relativos ao próprio profissional, que identificámos foram os seguintes:

Gerir a privacidade: Os profissionais de ambos os contextos de prestação de cuidados revelaram que tiveram em consideração que a privacidade que asseguraram à mulher podia fazer a diferença para ela se sentir à vontade para verbalizar, como demonstram os testemunhos:

“A primeira abordagem é feita entre a utente e nós e ninguém mais ouve (...)” E1

“E temos só um gabinete de enfermagem mas como temos outros gabinetes que podemos utilizar, conseguimos ter privacidade.” E7

“Temos privacidade (...)” E15

Captar "tiros" aviso – Este factor foi facilitador na medida em que os profissionais foram capazes de valorizar “pequenas coisas”, verbais ou não-verbais, que foram evidenciadas ou sugeridas pela mulher de uma forma não explícita. Emergiu dos discursos dos participantes em CSH e CSC:

“(...) há alguns sinais por exemplo a labilidade emocional, a voz que treme quando se falam dessas relações familiares, não sei explicar muito bem, é qualquer coisa que chama a atenção.” E18

“(...) estar atento a algumas «escorregadelas» que a pessoa vai apresentando.” E21

“Deixarem escapar porque muitas vezes é inconscientemente, algum acontecimento e depois aperceberem-se e tentarem negar ou justificar – ah, foi desta vez, ou aconteceu mas não foi assim.” E22

“Porque na verdade as pessoas estão à espera que a gente capte se não lhe damos a devida importância a pessoa vai achar que na verdade não tem importância nenhuma, a pessoa lança o isco para nós o apanharmos. Não fala de pormenores nem do cenário de violência mas vai dando indícios que são bastante reveladores. Se ao profissional passa ao lado, a pessoa pode pensar assim – afinal isto pode não ser assim tão importante quanto penso – e pode levar a própria pessoa a inibir-se até que alguém a leve a dar o impulso do que pode fazer para resolver a sua vida.” E26

Estar disponível – Aspecto que os participantes de ambos os contextos de prestação de cuidados apontaram como facilitador para a pessoa poder verbalizar e que favoreceu na mulher o recurso ao apoio de acordo com as suas necessidades:

“Fazê-la sentir que estou disponível, que a pessoa sinta que a partir daquele momento não está só e tem uma pessoa que a acompanha (...)” E4

“(...) e depois transmitimos que a porta está sempre aberta e damos o nosso [do serviço] contacto e que o podem usar sempre.” E7

“(...) se a pessoa encontra abertura no profissional, se acha que é disponível, se der tempo para a pessoa falar, claro que vai favorecer a pessoa sentir mais à vontade e falar.” E19

“Disponibilidade, em situações imprevistas e críticas a pessoa saber que a porta está aberta mesma que não se possa fazer um atendimento tão formal.” E26

Observar a interação do casal – Os profissionais de CSH e CSC, entenderam que a observação da interação do casal era reveladora de sinais sugestivos de violência conjugal quer se trate de uma observação directa quer nas situações em que há algum comentário depreciativo ou de frieza afectiva sobre o cônjuge ausente:

“(...) temos a companhia dos pais e isso ajuda muita para ver a interação do casal e do bebé, temos cantinhos mais isolados- o cantinho da amamentação para observar a colaboração do pai com a mãe e é óptimo para estarmos com eles.” E8

“(...) a forma como se emocionam se tiver acontecido alguma coisa, ou uma doença ao companheiro, falam de forma fria e com aquela – bem feita pelo que te aconteceu- e aquilo que traduz uma falta de empatia no casal.” E23

Determinação da vítima – Categoria que emergiu dos participantes de CSH e de CSC que entenderam que a determinação da mulher em resolver a situação foi o aspecto mais relevante para poderem intervir:

“(...) deve partir da pessoa porque se a pessoa não reconhece e quer mudar e afincasse a mudar não vai mudar(...)” E2

“Tem sempre que ser a mulher a tomar a decisão (...)” E4

“(...) essas mulheres precisam de ser ajudadas, mas elas é que devem sentir a necessidade dessa ajuda porque a ajuda gratuita não é benéfica. A ajuda só é benéfica quando ela é desejada (...)” E10

“(…) quando a pessoa tem vontade de falar, quando deixa uma pista, ou um choro ou diz que para a próxima conto e isto significa que a pessoa quer abrir-se e assim é uma oportunidade para abordar novamente o assunto na próxima consulta.” E21

Articulação com AAV (associações de apoio à vítima) – Aspecto que foi mais referido pelas profissionais do serviço social, por psicólogas e por alguns enfermeiros em CSH e CSC. Assistentes sociais e enfermeiros salientaram que esta articulação foi também uma forma de superar a dificuldade de acesso da mulher à consulta de psicologia clínica. Na unidade local de saúde, existe consulta de psicologia clínica, sediada numa das suas unidades hospitalares pelo que o encaminhamento para essa consulta tem que ser feito através do médico de família para o departamento hospitalar de saúde mental e psiquiatria, onde, depois da apreciação do pedido pelo médico psiquiatra, é procedida à orientação para o psicólogo. No sentido de contornar esta limitação e morosidade, alguns profissionais encaminharam directamente a mulher para o apoio psicológico de AAV situadas na área geográfica mais próxima para a mulher. Como pode ser percebido pelos relatos:

“(…) articulo-me com a “recomeçar” que é em Caminha mas dá apoio ao distrito de Viana. Com o GAF não tenho tanto contacto porque nem sempre podem vir ou marcam visitas só dali a 2 dias, ou marcam entrevistas no exterior e o recomeçar intervém de imediato. Combina com profissionais se a pessoa tiver que ficar em ambiente protegido, às vezes há risco de regresso ao domicílio, se pode ficar aqui no SU e ou no próprio dia ou no dia seguinte vem cá ao serviço e encaminham depois da alta para uma pensão ou para uma casa abrigo. Com o recomeçar temos um nº de telefone directo que nos permite um contacto mais rápido e sem precisarmos pedir chamadas à telefonista. Para já o recomeçar tem dado resposta sempre. Têm assistente social, psicólogo e jurista porque também é importante por causa das questões legais. A mim facilita-me (...) e quando tenho dúvidas para intervir ajudam-me muito (...)” E11

“(…) achei que estava a demorar muito. Conhecia uma psicóloga no GAF, telefonei e encaminhei a sr^a.” E21

“(…) valermo-nos um pouco das psicólogas do GAF que são as que nos são mais acessíveis.” E25

As subcategorias a seguir apresentadas são exclusivas de CSH:

Promover a segurança – Um factor que os participantes de CSH referiram associado à gestão da privacidade, por considerarem importante evitar o risco de entrar alguém subitamente (visitas, o companheiro):

“(…) gabinete próprio e isso contribui para o conforto e para assegurar a confidencialidade e o sigilo e a própria mulher sente mais segurança do que quando está no quarto ou num local onde apesar de estar

sozinha pode a qualquer momento entrar alguém e por isso não se sente à vontade como agora aqui, que estamos sozinhas, num local onde ela está sozinha comigo e à vontade.” E12

Respeitar – Emergiu dos relatos dos participantes em CSH como importante na interacção uma atitude que transmita à mulher que vai ser respeitada:

“(…) e que vai ser respeitada (…)” E12

Assegurar confidencialidade – Um factor facilitador que sendo dever ético-deontológico das profissões de saúde foi expresso pelos participantes de CSH quando interagiram com uma mulher vítima de violência, como expressa o discurso:

“(…) mantida a confidencialidade e o sigilo profissional. Acho que inspirar a mulher nesse sentido é fundamental.” E12

Adequar o léxico – Um aspecto que foi apontado como facilitador por alguns participantes de CSH, para promover uma interacção comunicacional facilitadora da proximidade através de um discurso mais facilmente entendido entre os interlocutores:

“(…) tentar nivelar o meu tipo de discurso ao nível social e cultural da mulher, talvez seja um aspeto que facilite as mulheres acabarem por se abrirem e falar no assunto.” E12

Formação académica inicial – Nos relatos de profissionais em CSH a preparação académica dos profissionais de saúde foi considerada como promotora de competências básicas para identificar a situação de violência na mulher vítima:

“(…) em cada centro de saúde todos os enfermeiros todos os médicos todos os psicólogos todos nós temos formação básica para podermos apanhar estas situações (…)” E3

Sensibilidade – Esta característica pessoal foi apontada por duas participantes de CSH:

“(…) é preciso sensibilidade (…)” E6

“Faz falta sensibilidade (…)” E17

Aproximação comunicacional ao contexto cultural – Um factor que foi considerado facilitador por um participante de CSH:

“Em termos pessoais eu julgo que o aspecto facilitador que poderei ter é às vezes uma abordagem muito terra a terra, muito natural, relaxar um pouquinho (…)” E9

Mais tempo de contacto com a vítima – Categoria que emergiu como facilitadora para numa situação de prestação mais directa de cuidados e com privacidade, estimular a

pessoa a falar sobre a sua situação, tendo sido particularmente referido por enfermeiros em CSH:

“Se a pessoa tem muitos traumatismos já passamos mais tempo com ela e já é mais fácil falar nisso e estarmos sozinhos com ela e eu faço isso – o que se passou? diga-me, foi porquê?” E2

“(…) só lá está o médico e a enfermeira e a senhora entra sozinha ou acompanhada conforme a sua decisão, dá-se-lhe essa possibilidade e em termos de internamento cada mulher está sozinha na sua unidade, só se temos o serviço superlotado é que recorremos à cama suplementar em que ficam 2 mulheres por quarto, e estamos muito perto das senhoras, muito tempo até pela monitorização do trabalho de parto que fazemos estamos muito tempo junto delas.” E10

Não ter contacto com o agressor – Emergiu exclusivamente em CSH:

“(…) não conhecer nunca os maridos, porque se houver alguma intervenção com elas e isso passar cá para fora pode haver repercussões para os profissionais (…)” E5

As subcategorias que de seguida apresentamos emergiram dos relatos dos participantes em CSC:

Relação de confiança – Um tipo de relação que os profissionais salientaram que se constrói ao longo do tempo de interação com a pessoa e que favorece o diálogo, o que estes participantes consideraram fundamental na intervenção junto da mulher, como demonstram os discursos:

“(…) a minha primeira abordagem é sempre de aceitação incondicional para que as pessoas se sintam o mais abertas possíveis, para mais à vontade contarem as suas situações e depois numa fase posterior tento então dirigir as perguntas de forma mais específica, quando já há confiança (…)” E13

Proximidade – Aspecto que foi considerado propício pelos profissionais e revelado como possível na continuidade da prestação de cuidados à pessoa, os quais permitem conhecê-la e criar laços que podem facilitar à mulher a eles recorrer e com eles dialogar, como expressam os testemunhos:

“Conhecer bem a pessoa, ter criados laços de simpatia e de amizade.” E19

“(…) a forma de estar próxima faz com que as pessoas se sintam confiantes mas isto leva tempo não acontece na 1, 2 ou 3ª vez.” E20

Mas também pela proximidade a outros utentes da comunidade que transmitiram aos profissionais casos de violência contra a mulher, como demonstram os discursos:

“Já me aconteceu um vizinho vir aqui à consulta e dizer que a vizinha tinha sido vítima de violência em casa, que ouviu os gritos e tal e eu chamei a vítima a uma consulta (...)” E16

“(...) foi a vizinhança por um pedido de VD o que foi estranho por ser uma pessoa bastante nova e não serem habituais cuidados ao domicílio (...)” E21

Empatia – Um aspecto inerente à capacidade comunicacional do profissional que, segundo referiram, permitiu estabelecer com a mulher uma relação única para a mesma, como revelam os relatos:

“Isto demorou meses a ser conseguido e ainda hoje ela vem ao CS e procura por mim e não pela Enfª dela porque por algum motivo ganhou muita confiança em mim.” E18

“(...) aquele apreço das utentes que as faziam ter uma maior abertura comigo.” E21

Interação com mulher/família – Para os participantes foi facilitador conhecerem a mulher e o seu agregado familiar, prestando cuidados aos diversos elementos do mesmo, ao longo do tempo, como expressam os relatos:

“(...) já conheço muito bem as famílias e por isso é mais fácil perceber alguma alteração(...)” E16

“(...) a prestação de cuidados contínua e a toda a família(...)” E24

Conhecer contexto socio-familiar – O conhecimento do nicho ecológico foi referido por alguns destes profissionais, como demonstra o discurso:

“Conhecer bem a pessoa e o seu contexto familiar e onde vive, se é um bairro se é um meio de risco porque a violência também tem um maior risco nos meios onde há pobreza (...)” E24

Acompanhar o ciclo vital – A facilidade de intervenção proporcionada pelos cuidados à pessoa ao longo do seu ciclo de vida, foi um dos aspectos que estes profissionais salientaram, como expressa o testemunho:

“Apanhamos as pessoas ao longo do ciclo vital, apanhamos momentos bons e momentos maus das pessoas (...)” E19

Ser mulher – Uma referência à identificação de género, que foi referida como facilitadora para a mulher vítima verbalizar a sua situação, por uma participante:

“Ser mulher facilita para a utente falar (...)” E14

Colocar questões abertas – Foi referido por alguns participantes como facilitador para permitir à mulher abordar assuntos que a preocupem e que tenha necessidade de verbalizar, como expresso no relato:

“Quando fazemos perguntas abertas e damos espaço para falar as pessoas podem falar sobre o que as preocupa perguntar se está tudo bem em casa ou no trabalho ou porque o marido não veio à consulta pode dar a pessoa à-vontade para falar.” E15

Inerentes aos serviços – Categoria que aglutina aspectos de condições e organização de serviços que em CSH e em CSC, emergiram como facilitadores da intervenção como revelam as suas subcategorias em que uma é comum aos dois contextos:

Intervenção em equipa multidisciplinar – Surgiu em ambos os contextos mas em situações singulares a cada um dos mesmos. Em CSH é condição particular de um departamento hospitalar específico e com profissionais da área da saúde com uma equipa formada por médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social. Em CSC pela articulação entre médico e enfermeiro e em algumas situações com a assistente social:

“Depois quando as mulheres estão em condições para tomar a decisão e resolver trabalhamos em rede com o médico, com o psicólogo e a assistente social e isso facilita, o serviço nisso tem boas condições.”E7

“(…) poder recorrer à médica e atender em equipa é facilitador (…)” E15

Serviço social no serviço – A existência de serviço social no próprio serviço é condição particular de dois departamentos hospitalares:

“Foi também uma conquista um gabinete no serviço para a AS, coisa que há uns anos não existia, eu vinha ao serviço e atendia numa sala de espera, numa enfermaria e tinha de pedir a outra utente para sair (…)” E12

Ambiente humanizado – Foi referido em relação a um serviço hospitalar concreto, como revela o discurso:

“Acho que neste momento o trabalho em equipa e a organização tem vindo a melhorar e se tem criado um ambiente de confiança, as mulheres sentem-se bem-vindas e seguras e sentem que podem confiar e que se espera esse momento sem sermos demasiado invasivos.” E12

Visita domiciliária (VD) em equipa multidisciplinar - Aspecto que emergiu em CSC e considerado uma condição no serviço favorecedora da possibilidade de confirmar suspeita de violência ou identificar factores de risco, como salientam os testemunhos:

“Ajuda muito as visitas domiciliárias porque permite conhecer as pessoas nas próprias estruturas habitacionais e relacionais e permite conhecer a forma de interacção da família e também ajuda a detectar problemas.” E18

“(…) em equipa podemos ir a casa e conhecer o domicílio e identificar factores de risco, acho que isto ajuda a identificar a situação.” E24

Organização das Unidades de saúde familiar (USF) – Tendo sido salientada a prestação de cuidados aos elementos de uma mesma família inscritos numa lista e atendidas pelo seu médico e enfermeiro de família:

“(…) a mudança no sistema de CSC e termos a nossa lista de famílias(…)” E20

Marcar consultas adicionais – Além das consultas que estão programadas no âmbito dos programas de vigilância de saúde dos CSC:

“(…) nas situações em que vemos que é necessário ou ficou alguma pista, marcar consultas com mais frequência para poder avaliar melhor.” E21

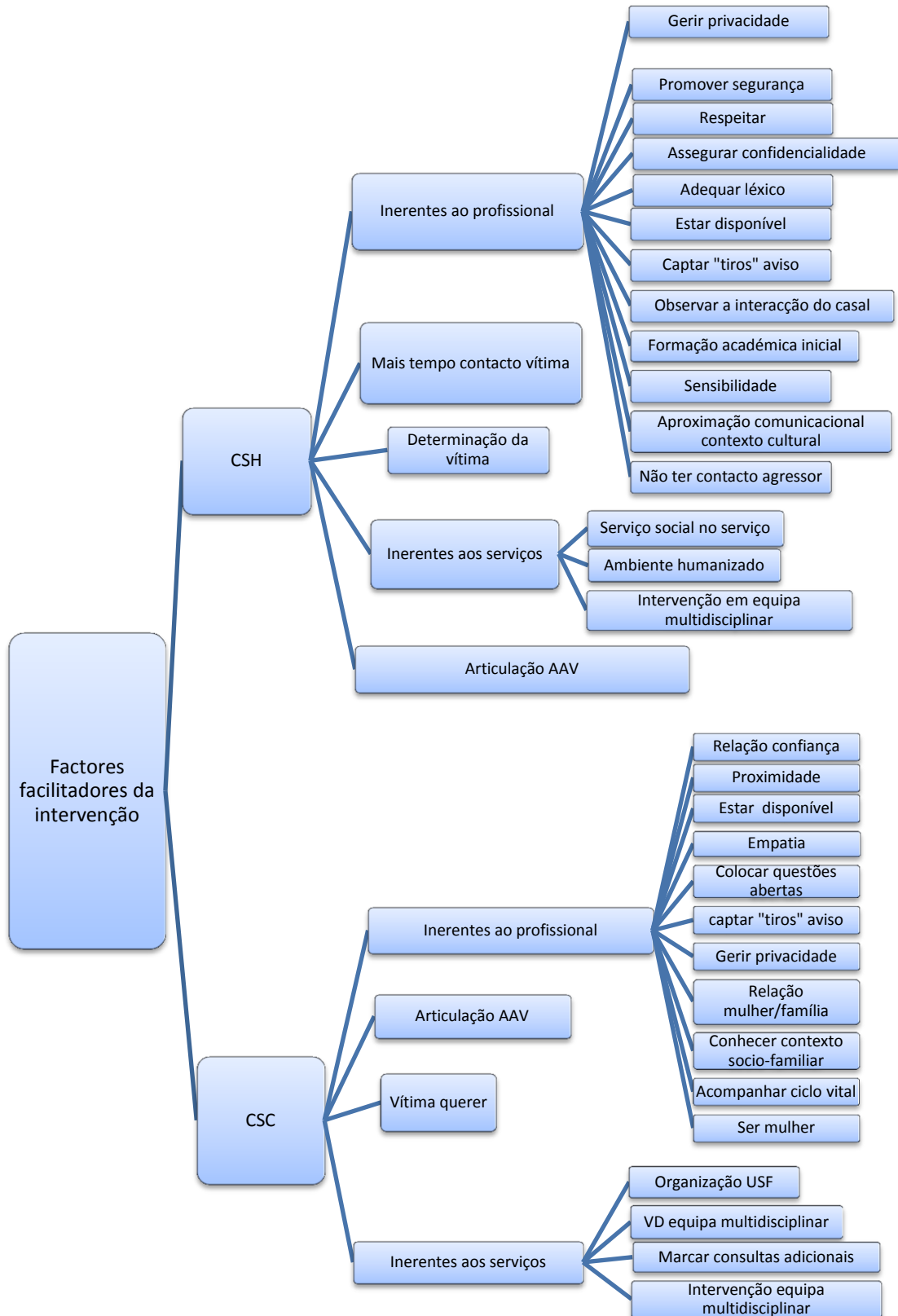


Fig. 8 - Factores facilitadores da intervenção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, face à mulher vítima de violência conjugal

7 - Percepção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, sobre o seu papel e responsabilidade face à mulher vítima de violência conjugal

Nesta área temática (Fig. 9) verificámos que a percepção dos profissionais de saúde sobre o seu papel e responsabilidade se centram em 5 categorias que emergiram nos profissionais de CSH e em 9 categorias que emergiram nos profissionais de CSC, que a seguir apresentamos:

Prevenir nos CSC – Os participantes de ambos os contextos foram consensuais acerca da necessidade de se prevenir a violência nas relações afectivas. Os participantes de CSH e CSC consideraram-na esfera de actuação ao nível dos CSC. Também em alguns dos profissionais emergiu esta responsabilidade como papel particular dos enfermeiros através de estratégias de educação para a saúde (EPS) junto da comunidade. Como expressam os relatos proferidos por profissionais de ambos os sectores:

“Desde os cuidados primários (...) dar apoio para erradicar a problemática.” E3

“As pessoas vão muito mais ao centro de saúde do que à consulta de especialidade porque vão, vão acompanhar crianças, vão acompanhar outros, são os centros de saúde que estão mais perto e mais no terreno.” E7

“(...) os cuidados primários deviam estar na dianteira deste problema. Prevenir (...)” E17

“(...) porque nos compete prevenir (...)” E18

“Nós nos CSC fazemos muitas parcerias com as escolas mas muito ao nível da prevenção, por exemplo da sexualidade, obesidade mas nesse âmbito não se fez nunca nada.” E23

“(...) a enfermagem tem um papel fundamental a desempenhar nestas situações, considero há muitos anos que o papel da enfermagem da educação para a saúde é básico e é um pilar na sociedade, e aqui temos uma área em que a educação para a saúde deveria ser, também versar a área da violência doméstica, é uma área que eu vejo versar muito pouco, ouço falar em anticoncepção, parentalidade, mas não ouvimos falar as pessoas porque ainda é tabu em violência doméstica(...) E9

Diagnosticar – Todos os profissionais de CSH e CSC, consideraram que têm como papel o diagnóstico da situação de violência, que pode e deve ser desempenhado por qualquer profissional em qualquer serviço ou instituição:

“(...) qualquer técnico de saúde, até por exemplo numa escola, tem capacidade para sinalizar(...)” E3

No entanto, atribuíram particular responsabilidade aos profissionais dos contextos de CSC e do SU como apresentamos pelas subcategorias:

Nos CSC – Este contexto de prestação de cuidados foi mencionado pelos profissionais de CSH e de CSC como o que é privilegiado para o diagnóstico, através dos médicos e dos enfermeiros:

“(…) a nível dos centros de saúde houvesse uma melhor triagem e avaliação das situações. Acho que médicos e enfermeiros devem detectar e diagnosticar a violência (…)” E7

“(…) se estamos em cuidados de saúde primários, devíamos ser os 1º a ter conhecimento dessa situação(…)” E18

“Detecção da situação (…) para a identificação acho importantes os profissionais que tem contacto directo com os utentes – o médico, a Enfª e a assistente social (…)” E23

No SU (serviço de urgência) – Esta subcategoria emergiu dos discursos de profissionais dos CSH, que entenderam que ao nível deste serviço, é fundamental fazer o diagnóstico da situação pelo tipo de cuidados que aí são prestados às mulheres vítimas, como se pode verificar nos testemunhos que se seguem:

“(…) podermos inteirar-nos bem da situação, mesmo daquelas encobertas (…)” E2

“ A avaliação da mulher na triagem pelos enfermeiros…” E5

“(…) no SU porque aí se a pessoa diz que caiu verifica-se e percebe-se que foi batida e há indicadores (…)” E7

Encaminhar – Outra das funções que estes participantes, de CSH e de CSC, entenderam ser papel dos profissionais de saúde é o encaminhamento da mulher vítima essencialmente para:

Apoio psicológico – Este recurso foi considerado por todos os participantes como fundamental às mulheres nesta situação e que é ainda importante para ajudar a verbalização da mulher sobre a situação consciencializando-a da violência, como expressam os testemunhos:

“(…) para áreas mais especializadas como a psicologia que tem intervenção directa nestas situações(…)” E10

“(…) encaminho para a psicóloga porque a psicologia tem formas de desmontar estas resistências e abordar estes assuntos que eu não tenho.” E25

“(…) ajudar a que compreendam aquilo que estão a passar porque há quem minimize esse sofrimento – só o faz quando bebe, ou só faz quando se zanga com os amigos ou porque vem chateado do trabalho, ou porque o filho desobedeceu e descarrega em mim, mas tirando isso é boa pessoa. Portanto, ajudar a perceber que isto é violência (…)” E26

Serviço social – Em ambos os contextos consideraram ainda que depois de diagnosticada a situação deve ser feito o encaminhamento para a assistente social:

“Eu não encaminho directamente mas dreno para a assistente social e ela faz esse encaminhamento mas depois dá-nos o *feed-back*.” E16

Foi ainda referido que este grupo de profissional é importante para - *Avaliar riscos* - para a mulher e para – *Mobilizar Recursos na comunidade* - necessários à sua situação:

“(…) então encaminhar para entrar em campo a assistente social para sinalizar as situações.” E7

“(…) avaliar a parte social e encaminhar, tenho que avaliar riscos de regressar ao domicílio (…)” E11

Tratamento de riscos/sequelas – Os profissionais mencionaram que lhes compete, em ambos os contextos de prestação de cuidados, avaliar necessidades de tratamento que estejam relacionadas à violência na saúde da mulher e aos factores de risco de violência no cônjuge e encaminhar para o tratamento necessário, como expressam os enxertos:

“(…) tratar as lesões físicas (…)” E1

“(…) e se necessário encaminhar para tratamento (…) a saúde trata as sequelas (…)” E3

“(…) consumo de álcool e drogas e há doença mental, distúrbios da personalidade, depressões e também podem gerar comportamentos violentos (…)” E4

“O papel do médico e do enfermeiro é muito importante para salvar a vida (…) precisam de outros profissionais que aprofundassem a situação e perceber se é um caso de alcoolismo (…)” E5

As categorias seguintes emergiram em CSH:

Potenciar recursos pessoais – Categoria que emergiu dos testemunhos dos participantes em CSH, que lidaram com as mulheres no âmbito de consultas, sobretudo de enfermagem em saúde mental e de psiquiatria:

“(…) somos nós a potencializar recursos que estavam adormecidos mas é ela que vai encontrar o seu caminho.” E4

“Ajudar a encontrar a sua auto-estima, a valorizarem-se e a pensarem nelas e a verem-se como capazes, como seres humanos bonitos porque senão também não podem ajudar-se e cuidar da família. Parece que é

só esse caminho que conhecem e não sabem estar de outra maneira e é aquele modelo que reproduzem embora tenham capacidade para fazer as coisas de maneira completamente diferente e é importante ajudá-las a perceber que têm capacidades, que são capazes (...)” E7

Conhecer os recursos na comunidade – Categoria que emergiu em CSH e considerada importante para os profissionais de qualquer classe para poderem dar informação pertinente e precisa e orientar a mulher:

“Deve ter conhecimento da rede de estruturas que apoiam e sinalizar (...)” E3

Nesta categoria emergiram as seguintes subcategorias e sub-subcategorias:

Informar – Alguns profissionais mencionaram que a assistente social é quem deve proporcionar informação sobre os recursos de apoio à vítima existentes na comunidade:

“(...) acho que muitas dessas mulheres não devem saber onde procurar ajuda e a assistente social pode mais facilmente mobilizar todos os recursos que não só os da saúde.” E10:

“(...) porque também não podemos estar a dizer que é tudo fácil porque não é, é complicado, há muita coisa a tratar e é preciso boa informação.” E11

Orientar para os recursos da comunidade - “(...) a problemática está na sociedade civil e tem que lá ser resolvida. Acho que o nosso papel como profissionais de saúde é cada vez mais delegar. Temos o nosso papel e não nos podemos demitir dele (...)” E3

As próximas categorias que apresentamos referem-se exclusivamente aos participantes em CSC e são as seguintes:

Considerar riscos sociofamiliares – Nos CSC os participantes consideraram ser importante atender a esta ordem de factores para poderem identificar riscos que requeiram tratamento e também para identificarem as situações de violência sobre a mulher em fases mais iniciais:

“Contextualizando na família deve mesmo ser porque é uma família um bocadinho disfuncional e fiz essa nota para manter a avaliação.” E21

“(...) e também naqueles casos em que há também alcoolismo tratar o alcoolismo do marido (...)” E24

Agir atempadamente – A responsabilidade salientada por alguns dos profissionais em terem um papel mais activo logo que se apercebam de algum sinal, como expressam os discursos:

“Vamos esperar para ver e depois actuamos, acho que é a atitude mais comum nos profissionais.” E18

“Não desvalorizar a situação quando a pessoa nos mostra possível violência devemos apoiá-la(...)” E23

Estabelecer relação de confiança – Aspecto que foi referido como importante para permitir uma intervenção holística e continuada à mulher vítima:

“Criar uma relação de confiança para depois podermos encaminhar para outros profissionais que sejam necessários àquela pessoa – médico, psicólogo, assistente social, nutricionista, o que for necessário. Acho que a pessoa que identifica deve criar essa relação de confiança para a pessoa continuar a vir e a expor a sua situação (...)” E18

Intervir profissional significativo – Alguns profissionais consideraram que a intervenção à mulher nesta situação deve ser realizada por quem for mais significativo para a mulher independentemente do seu grupo profissional, como demonstra o relato:

“Daí que não vejo positivo saber qual o profissional que faz o quê. Quem 1º consegue detectar e consegue a confiança é quem depois deve apresentar um leque de opções e depois juntos trabalharmos para resolver esse tipo de crise.” E18

Capacitar – Categoria que emergiu destes profissionais de saúde como sua responsabilidade na intervenção à mulher vítima, como expressa o discurso:

“Acho que tem muito a ver com o *empowerment*, o dar o poder, desenvolver a capacidade e o dar a oportunidade de decisão de acordo com o seu próprio conhecimento sobre a situação para decidir sobre o que quer e precisa.” E18

Nesta categoria, identificámos as subcategorias que se seguem:

Consciencializar da violência: Estes profissionais consideraram que devem ajudar a mulher a descentrar-se da atitude de minimização ou desvalorização da violência pelo cônjuge:

“(...) quem não quer tem que ser ajudada, tem que se consciencializar 1º do problema, sem a desamparar, falando em todas as consultas, dizer que é um problema, que há formas e organismos que ajudam nesse sentido, para depois a pessoa decidir o que quer.” E22

Aconselhar – Consideraram também que devem aconselhar a mulher para tomar a decisão e a utilizar recursos específicos:

“(...) para tomar uma atitude e aconselhá-la a recorrer a organismos que podem ajudá-la.” E22

Apoiar – Consideram ainda que não a devem deixar desamparada:

“Prestar apoio, abordar a questão de uma maneira simples, dizer que não deve ter medo (...)” E23

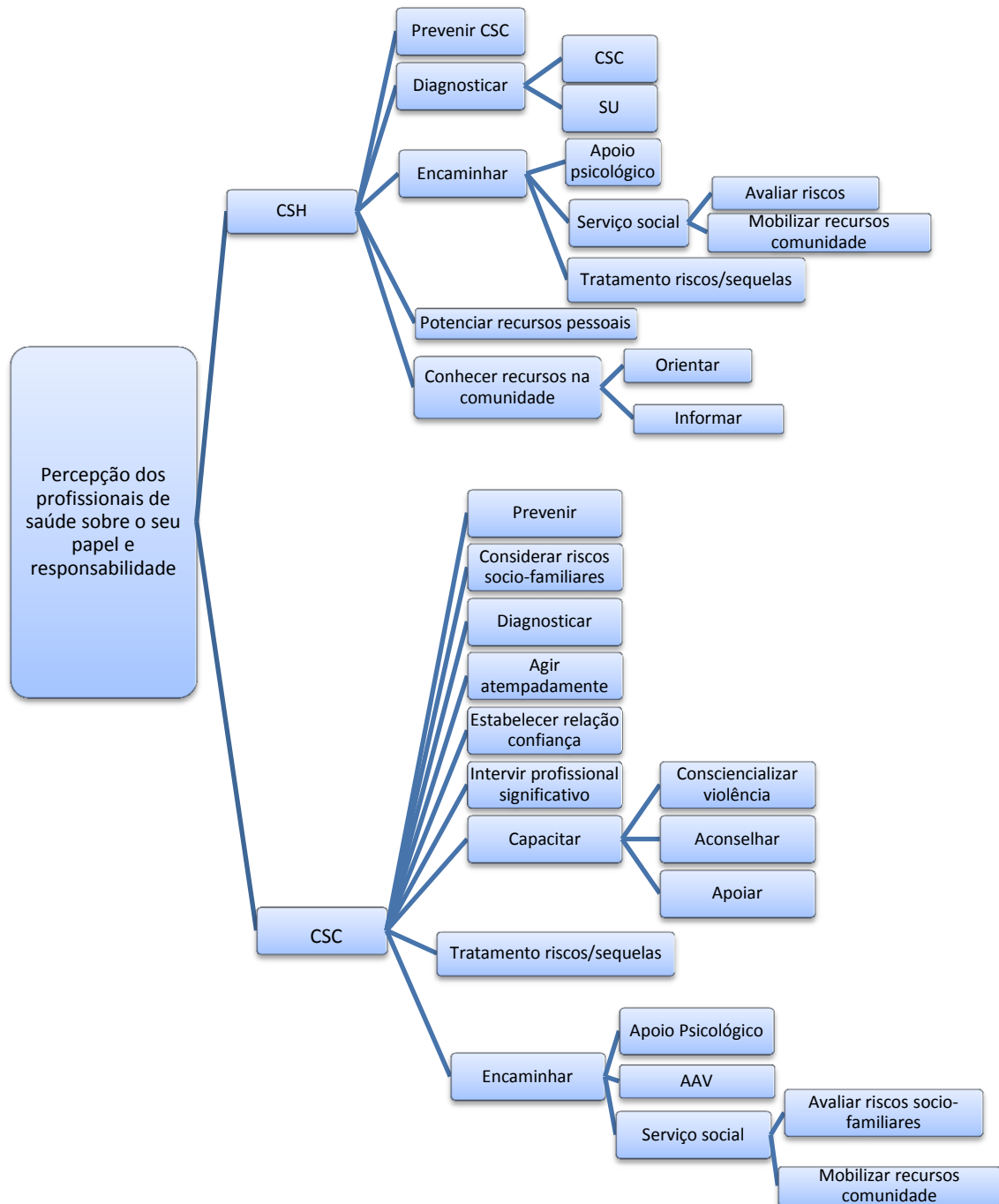


Fig. 9 - Percepção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, sobre o seu papel e responsabilidade face à mulher vítima de violência conjugal

8 - Posicionamento dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, perante a denúncia de crime público

Nesta área temática (Fig. 10) identificámos a forma como os participantes se posicionaram perante a denúncia do crime público de violência doméstica na interação com uma mulher vítima de violência conjugal. Pela constatação de que o posicionamento face ao tema não divergiu entre os dois contextos de cuidados de saúde, apresentamos um único tema que é representativo de CSH e CSC, com os dados que emergiram organizados em 8 categorias que a seguir apresentamos com as subcategorias identificadas:

Valores ético-deontológicos perante a mulher adulta e com capacidade de decisão – Orientaram estes profissionais para motivar a utente à denúncia mas não consideraram dever fazê-la à sua revelia conforme apresentamos:

“(...) se a utente não manifestar vontade eu acho que os profissionais não se devem meter nisso a não ser que estejam envolvidos menores, crianças, adolescentes.” E1

“Há uma lei que obriga a denúncia sempre, que se tem esse dever e mesmo sem o consentimento mas deve ser feito porque as pessoas estão doentes e não estão capazes de decidir.” E4

“(...) apesar da violência não ser desejada, quando a pessoa é autónoma tem também o direito de dizer aquilo que quer.” E22

Surgiram nos relatos as especificações à categoria que apresentamos pelas subcategorias:

Respeito pela auto-determinação

“Eu tenho o dever ético de respeitar a utente, assim, não sei como é que funciona legalmente. Mas se ela recusa eu como pessoa fico revoltada mas como profissional não digo nada, não denuncio.” E8

Aceitar a mulher no seu nicho ecológico

“(...) depois de tratada passado algumas horas elas acabam por se virar para nós e dizer que de maneira nenhuma, não quer que se faça queixa porque ela ama o marido, porque gosta dele, e porque quer continuar a viver com ele.” E9

“E nós não podemos pensar só na pessoa, a própria pessoa diz: não olhe só para mim, olhe para além de mim, o que está atrás de mim.” E26

Dever de confidencialidade/sigilo

“Não posso quebrar o sigilo profissional que tenho com a mulher, posso é tentar convencê-la mas se diz não e que não, não posso denunciar.” E8

“Quem me dera por vezes estar neutra mas não posso porque tenho um papel com obrigação de confidencialidade.” E3

Dever de informar

“(…) informar a vítima dos direitos legais ao seu dispor para resolver a sua situação.” E5

“Eu nunca fiz nenhuma denúncia mas de todas as situações que foram poucas, depois de devidamente aconselhadas e alertadas acabaram por fazer a denúncia.” E26

Relação/Aliança terapêutica

“(…) se eu tenho uma doente vítima de violência doméstica e se eu sou a médica dela a minha aliança é para com ela, ou seja, mesmo que eu veja que as coisas não estão no melhor caminho a minha intervenção com ela é trabalhar com ela colocando as questões com verdade naquilo que é produtivo para ela e para a situação mas à partida eu estou limitada na minha intervenção porque é a questão das alianças (…)” E3

“(…) as pessoas não nos autorizam, elas não têm que nos autorizar, mas se dizem que não querem e nós fazemos isso, quebra-se ali a relação terapêutica, deixamo-las de as ajudar, as pessoas ficam mais fechadas, perdem aquele trabalho que foi feito durante muito tempo de poderem expressar os seus sentimentos negativos e isto é muito difícil de lidar (…)” E13

“(…) sei que posso fazer uma denúncia anónima mas não fiz porque acho que isso vai prejudicar a relação de confiança e ela já falta tanto as consultas que lhe marco que ainda ia ser pior.” E24

“(…) temos uma obrigatoriedade de denunciar a situação, mas isto em termos legislativos porque numa situação de tratamento em que se intervém muitas das vezes numa situação que não é a que traz a pessoa aqui, não é a situação de violência, isto surge depois contextualizado ao motivo inicial que trouxe cá a pessoa e ficamos sempre na dúvida se devemos denunciar ou não independentemente da vontade que a vítima tenha.” E26

Dever cívico – De denunciar foi salientado por muitos dos profissionais:

“(…) profissionais de saúde devemos estar sensibilizados para a violência e para denunciar.” E11

“(…) faço a denúncia se elas não avançarem, faço eu. Primeiro é mau mas depois acaba por ser bom porque no início elas ficam zangadas, tive duas então ficaram muito zangadas comigo mas depois passa e acaba por ser positivo porque elas acabam por resolver a situação. Já sou médica há muitos anos, acho que conta muito e já não tenho medo que me ameacem, a experiência também é um aspecto facilitador.” E16

“Se a pessoa confirmar a violência se calhar facilita apresentar a queixa, se pelo contrário negar pode-se estar a quebrar a relação e a confiança médico-doente mas se a suspeita for plausível acho que tomaria essa opção.” E23

Dilema – A violência como crime público gerou a muitos dos profissionais um dilema decorrente do desejo da mulher não denunciar e os valores ético-deontológicos para com a mesma:

“A denúncia perante o sigilo ético e deontológico profissional e a moralidade de denunciar um crime público como é que a gente fica? É complicado e as questões da relação terapêutica e da aliança terapêutica dificultam muito a decisão (...)” E26

“Na altura informei-me se poderia denunciar a situação sem autorização da senhora, porque a senhora nada fez, mas nós estamos sujeitas ao sigilo profissional.” E6

Valores Pessoais - Foram referidos como promotores da decisão de denunciar e inibidores da mesma como demonstramos pelas subcategorias e pelos testemunhos:

Responsabilidade moral pela vida da mulher:

“(...) eu não ficaria bem eticamente, se não o fizesse. Ela foi para o domicílio e até pode apanhar uma bofetada mas também pode morrer e como é que eu fico? Com uma mágoa para sempre se tivesse deixado passar ao lado.” E11

Risco de contribuir para prejuízo maior para a mulher e família:

“É crime público e deve ser denunciado mas isso não pode passar à frente do maior benefício para a vítima também se tem que dar tempo à pessoa, por fases para decidir e resolver as suas coisas, porque podem vir haver problemas mais prejudiciais para a vítima e para os filhos.” E22; “A decisão tem de partir da pessoa. Já viu o que é ser responsável por destruir o pouco seguro que existe mas que é o que ainda se consegue? Quem convive com isso? É muito complicado (...)” E26

Ligação moral a uma ruptura familiar:

“(...) muitas vezes, passados tantos anos da denuncia, o agressor até já está perdoado pela vítima e nós estamos associados àquela ruptura daquela família e o resto tudo se reorganizou e se ajustou (...)” E17

Sentimentos que a denúncia suscita a estes profissionais e que contribuem para a inibir são:

Medo do agressor como expressam os relatos:

“Se temos alguma intervenção ele [companheiro agressor] vai ter problemas com a justiça e nós sabemos que vamos ser um alvo a abater, sabemos disso.” E5

“(...) e temos medo. E os meus filhos se o homem vem atrás de mim e se faz mal aos meus meninos? Acho que isto só não passa na cabeça de quem não tem filhos, na minha passa.” E8

Insegurança:

Relacionada com o *Agressor*:

“(...) pode ser repercussão de tal forma se a mulher for dissuadida pelo marido posso ser eu a ser acusado de difamação.” E5

Também relacionada com o *Comportamento da vítima*:

“Às vezes dizem que vão fazer queixa mas depois já dizem: ai afinal não, não foi bem assim que aconteceu, porque lá está, se não quiser e fizer por isso tudo fica igual.” E2;

“(...) querem ir pra frente e até denunciam por sua iniciativa mas depois disso já querem recuar, desistem, desmentem o que afirmaram (...)” E4;

“Para além de isso agravar a relação médico doente se houver uma denúncia quando ela não quer ela pode depois negar.” E22.

Também más experiências em denúncias anteriores contribuíram para a insegurança

Denúncias anteriores mal sucedidas:

“(...) já me aconteceu noutra centro de saúde em que trabalhei ter uma utente que aparecia na consulta muitas vezes pisada e acabou por dizer que era a filha que lhe batia, envolvi a assistente social e fizemos um relatório para a polícia e para o tribunal mas quando chegou ao tribunal disse que era mentira e que tinha mentido. Na altura não se chegou a uma conclusão mas anos depois estava já acamada e era a filha que a cuidava, nas nossas VD nunca vimos nada que pudesse ser sinal de maus-tratos. Agora se ela mentiu ou não, não sabemos. É preciso ter algum cuidado com o que as pessoas dizem.” E20

Práticas culturais – De não interferir no casal e da mulher ficar socialmente “mal-vista” evidenciaram-se nos relatos dos profissionais:

“Estas coisas acontecem num círculo tão fechado que é a família, eu tenho o direito de lá mexer?” E1

“(…) já dizia a minha avó que entre marido e mulher ninguém põe a colher.”E2

“(…) a pessoa lesada fica também prejudicada porque toda a gente fica a saber, esta história de a sociedade conotar isto de forma negativa(…)” E19

Inoperância da Justiça

“(…) ela disse que não queria denunciar e então eu disse que faria eu a denuncia. E fiz ao Ministério Público. Ela depois de eu lhe dizer que ia denunciar o marido, fugiu. Ainda não sei o desenvolvimento desse caso mas acho que vou ser contactada pelo Ministério Público para me ouvirem sobre o caso.” E11

“(…) denunciar, nem que seja anonimamente, a maior parte das vezes vamos agudizar o problema daquelas pessoas porque a justiça não funciona (…)” E17

“(…) e de os mecanismos legais também não funcionarem. As pessoas são chamadas, são ameaçadas até podem ser presas preventivamente mas são logo libertadas.” E19

“E a segurança após a denúncia não existe (…) claro que colocamos todas as consequências de uma denúncia em cima da mesa porque infelizmente a realidade para a vítima após a denúncia não é boa. É sempre esta a crítica que faço.” E26

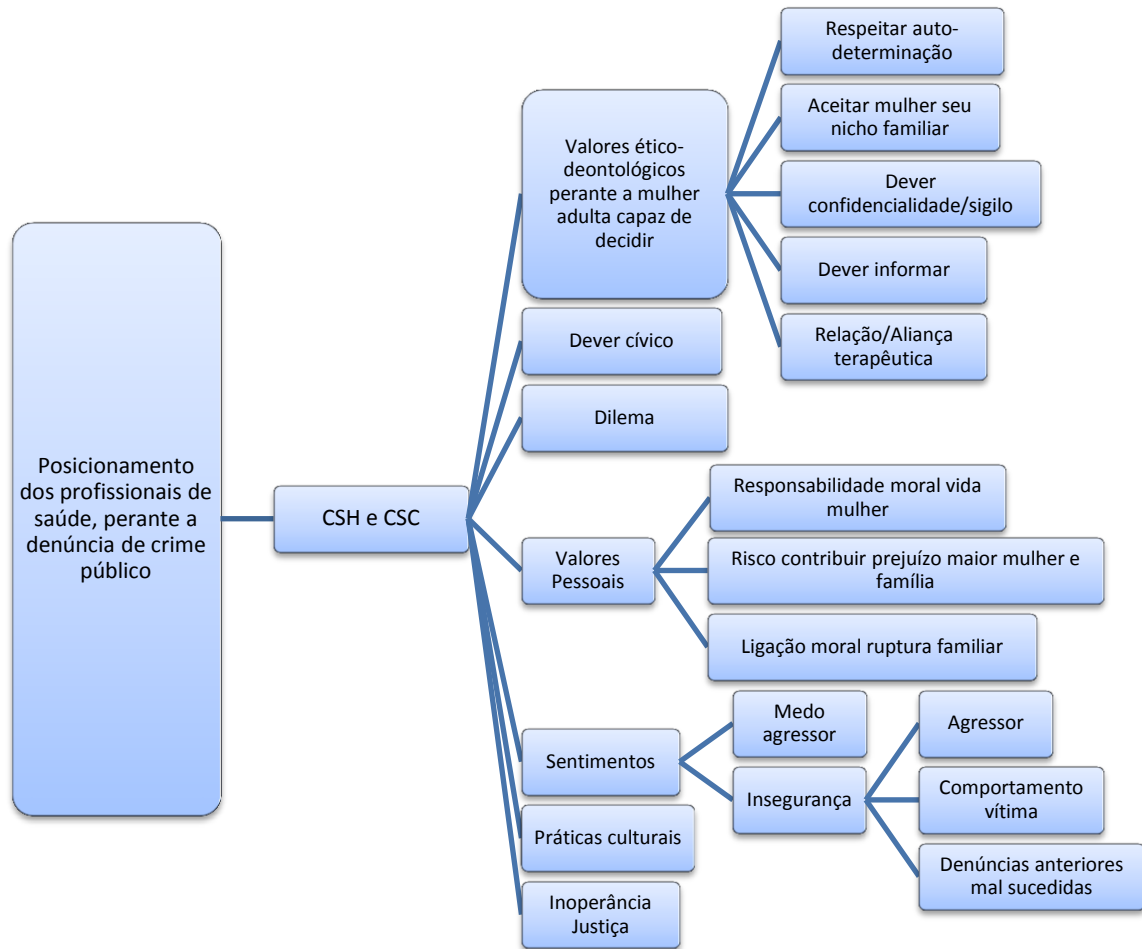


Fig. 10 - Posicionamento dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, perante a denúncia de crime público

9 - Percepção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, relativa à interacção com a mulher vítima de violência conjugal

Nesta área temática (Fig. 11) apresentamos as percepções dos profissionais que decorreram da interacção com a mulher vítima de violência conjugal, no âmbito da prestação de cuidados em CSH e CSC, em 4 categorias que de seguida complementamos com as respectivas subcategorias:

Atitudes e comportamentos da mulher vítima – Nesta categoria agrupámos todas as percepções sobre a mulher vítima de violência conjugal que emergiram dos testemunhos destes profissionais, como subcategorias que apresentamos com os respectivos discursos:

Resignação – A resignação da mulher à situação conjugal de violência foi uma das percepções mais marcantes na globalidade dos testemunhos dos participantes:

“«é sempre assim, aos anos que ele me bate» apetece dizer que é porque gosta. Não se deve dizer mas pensa-se, porque a 1ª vez pode acontecer mas a 2ª só acontece se as pessoas quiserem não é? Se se deixarem estar.” E1

“(…) as pessoas depois desvalorizam, aquilo que para mim pode ser uma coisa muito grave, as pessoas embora relatem o sofrimento, mas desvalorizam (…)” E13

“(…) e depois, quando já se apercebem, porque não reagem.” E17

Auto-culpabilização – Reacção da mulher vítima percebida por alguns profissionais, como expressa o testemunho:

“(…) é muitas vezes a própria vitimização, pensam que são elas que estão a fazer alguma coisa mal e as pessoas anulam-se completamente (…)” E7

Vergonha – Uma das percepções mais referidas pelos participantes foi a vergonha que a mulher demonstrava da situação, como expressam os relatos:

“(…) eu acho que é um denominador comum nestas situações, as pessoas com muita vergonha (…)” E13

“Elas ficam cheias de vergonha como se tivessem sido elas a fazer mal a alguém (…)” E16

Segredo – Uma percepção referida por um participante, com recurso a esta palavra:

“Após muito tempo de intervenção é que as pessoas contam o segredo.” E13

Desejo ambivalente – Muito frequente nos testemunhos foi a referência sobre a mulher vítima, que queria mas não se decidia por soluções à situação, como expressam os discursos:

“Não sabem lidar muito bem com a situação mas também de maneira nenhuma querem fazer queixa, ou querem tomar alguma atitude que possa alterar aquela situação que julgo eu pelo medo. Das consequências que possam advir e muitas vezes medo de uma própria separação que por incrível que me possa parecer a mim, estas mulheres gostam deles.” E9

“(…) há mulheres que não sabem muito bem o que querem fazer da relação (…)” E12

Dificuldade em reconhecer a violência psicológica – Muito frequente nos relatos dos profissionais, a dificuldade da mulher reconhecer a violência, por ela mesma a minimizar ou por desculpabilizar o comportamento do companheiro, como referem os

testemunhos, um dos quais salienta que foi a violência física que permitiu à mulher reconhecer a violência de que era vítima:

“(…) e reconhecer, nem sempre, porque uma coisa é elas reconhecerem que existe violência, ou que pelo menos não é muito natural o que se passa, porque às vezes não classificam como violência, acham que o marido é um bocadinho agressivo, um bocadinho bruto, não classificam como violência doméstica, acham que ele é mais bruto do que violento(…)”E9

“(…) situação estranha que quem está de fora não entende e muitas delas nem sabem o porquê e tentam explicar à maneira delas o comportamento dos companheiros como manifestações de interesse o ciúme (…)” E12

“Às vezes ela não percebe que está a ser vítima por razões religiosas, culturais, ideológicas, crenças, de pensamento, psicopatologia e nem as próprias conseguem perceber que estão a ser vítimas de violência (…)” E17

“(…) parece-me que é um jogo psicológico e emocional que acaba por atingir a parte física e acho que quando as pessoas recorrem a nós já é pela violência física já não é só pela psicológica e emocional.” E18

Mais verbalização da violência psicológica – Uma noção mais frequente em participantes de CSC que revelaram que a abordagem das agressões psicológicas pela mulher foi mais frequente do que de outros tipos de violência:

“(…) falam com mais facilidade da violência psicológica e dizem que o marido ralha, crítica, que chega a casa alcoolizado (…)” E14

Mais ocultação da violência física – Uma percepção mais saliente em participantes de CSC que consideraram que a mulher ocultou mais este tipo de agressão:

“(…) mas quando se chega à violência física, elas retraem-se mais. Da violência física não falam tão facilmente.” E14

Mais consciência da violência sexual – Alguns profissionais revelaram que têm percebido uma alteração da percepção da mulher em relação às práticas sexuais. Parecem-lhes mais conscientes do direito ao prazer sexual, contudo ainda agem pela obrigatoriedade de se submeter aos desejos do companheiro e não a verbalizam como violência, como expressa o testemunho:

“(…) as mulheres nos dizem hoje, mas é “porque eu não me apetecia e ele acabou por insistir e acabei por ter uma relação sexual sem prazer e ele acabou por me magoar”, hoje verbalizam uma situação que anteriormente era considerada quase como que natural.” E9

Negligência com cuidados de saúde – Os participantes de CSC perceberam a negligência por faltas da mulher a consultas planeadas ou de controlo mas também pela relação que estabeleceram entre o seu estado de mal-estar mantendo-se resignadas à situação. Alguns profissionais também a referiram como devida ao impedimento de ir a consultas imposto por alguns cônjuges ou pelo contrário as acompanharem sistematicamente por suspeitarem delas, como expressam os relatos:

“Mas elas até quando são vítimas de violência conjugal até recorrem menos ao centro de saúde, faltam a consultas de planeamento familiar, as que estão na menopausa a consultas programadas ou as que têm hipertensão arterial e faltam às consultas de controlo.” E 16

“(…) queixam-se mas acham que faz parte, sabem que alguma coisa não está bem e sabem que é uma causa de elas não estarem bem mas não fazem nada quanto a isso. É como ter uma dor nas costas, queixarem-se mas não tomarem nada para tratar a dor.” E22

“(…) marco-lhe consultas e falta. Há maridos que não as deixam vir às consultas e para virem tem que mentir muitas vezes mas também tenho uma utente que o problema é ele vir sempre atrás dela porque é muito desconfiado e acha sempre que ela anda com todos.” E24

Défice de recursos pessoais internos – Foi referido por grande parte dos participantes que percebem a mulher vítima como alguém com auto-estima baixa e com inércia ou acomodação, como expressa o discurso:

“(…) não se sentem equilibradas porque até se queixam mas depois não querem mudar. Deve ser como uma relação que já não é satisfatória mas as pessoas acomodam-se porque não têm capacidade para começar tudo de novo e mais vale acomodarem-se.” E 19

“(…) deixa de confiar nas suas capacidades, como disse há pouco, destrói-se pouco a pouco e fica acomodada.” E26

Dependência afectiva – Uma das percepções que alguns profissionais têm e que na sua óptica explica a permanência de mulheres economicamente independentes na relação violenta, como se verifica pelo extracto que se apresenta:

“(…) não dependem economicamente mas dependem afectivamente (…)” E12

Replicação dos modelos familiares – Repetição de padrões de relacionamento conjugal que acabam por naturalizar a situação de violência na relação conjugal, foi referida por alguns dos participantes, como apresenta o seguinte relato:

“(…) não atribuíam à violência e muitas vezes dizem que é porque não ando bem, já a minha mãe era assim (…) e se os meus pais eram, as pessoas não concordam mas quando dão por ela estão a repetir.” E7

Normalização da violência – Percepção que alguns dos participantes referiram nos relatos e que contribuí para o não reconhecimento da violência pela mulher vítima, como se verifica pelos seguintes extractos de discurso:

“As situações que tive as senhoras acabam por falar com grande naturalidade como se fosse normal. Não fazem lamentos, a violência conjugal faz parte da relação. As senhoras apresentam resignação, dizem em forma de desabafo, tem que ser assim, é a cruz que tenho que carregar.” E6

“Ainda nos chega muita gente que acha que os maus-tratos são normais (...)” E7

(…) nas mulheres mais velhas muitas sofrem maus-tratos desde sempre e se calhar também já não sabem ter uma relação de outra forma e até aquela situação é para muitas uma forma de afecto, não sabem relacionar-se sem isso e acham que só assim tem atenção e por isso é muito, muito complexo e muitas já com muita idade já começaram no namoro a ser maltratadas.” E20

Desculpabilização do cônjuge – Percepcionada por muitos dos participantes, foi classificada como sendo comum na mulher vítima:

“(…) quase que protegem os agressores e dizem que é o feito dele, agora já não é assim é só palavras, ou gestos ou palavras que as magoavam.” E13

Amor ao companheiro - Uma percepção de alguns dos participantes é que a mulher vítima verbaliza o amor que sente pelo companheiro, o que lhe dificulta a resolução da situação, como revelam os testemunhos:

“Muitas delas gostam do marido, mesmo sendo ele violento querem continuar com ele.” E9

“(…) não consigo perceber como se rebaixam e humilham daquela maneira e de se manterem presas ao agressor e ele tem sempre razão e acabam por perdoar porque gostam daquela pessoa(…)” E18

Medo da perda do alvo afectivo – Uma percepção que emergiu do relato de um participante, que considerou que é o amor que a mulher sente pelo companheiro que a faz minimizar a violência por medo da possibilidade dessa perda, como revela o discurso:

“É assim, as mulheres, todas elas, têm o conceito de violência e todas elas sabem muito bem o seu papel e o que é errado e que têm formas de o acabar. Muitas vezes o que acontece é que têm medo mas não é um medo físico, por isso é que eu acho que a agressão física não é o mais importante, é o medo que tem de perder a pessoa que é o alvo da sua relação amorosa.” E3

Desaproveitamento dos recursos sociais formais – Na percepção de diversos participantes existiu nestas mulheres uma não utilização de recursos que a sociedade lhes disponibiliza para ajuda e apoio, como revelam alguns relatos:

“Antigamente as pessoas diziam – ai, se saio de casa pra onde é que vou? - mas hoje não é bem assim, hoje é mais fácil sair de casa e hoje em dia a sociedade como reprova também ajuda.” E1

“(…) cria-nos uma impotência muito grande, e hoje em dia continuam a não querer e a dizer que não e a pedirem-nos por tudo para não o fazerem porque há ali uma incompreensão de uma mulher que acabou de chegar batida, comovida, angustiada, magoada porque foi super violentada pelo marido, mesmo fisicamente já não pensando na parte psicológica que é aquilo que nós não vemos(…) E9

“A pessoa é voluntária para estar aqui e, se interrompeu, ou não quer ou surgiram outros motivos. Mais tarde fiquei a saber que tinha voltado para o marido. O sinal foi deixar de vir à consulta mas nunca senti que ela estivesse segura.” E26

Crer na possibilidade de manter a família – Percepção de vários participantes sobre as indecisões da mulher vítima e a sua frequente opção de manter a família nuclear unida:

“(…) e há uma fase em que isso acontece e depois acreditam que aquela pessoa vai mudar e voltam atrás e porque têm filhos (…)” E4

Circunstâncias sociofamiliares da mulher vítima – Nesta categoria agrupámos factores conjunturais da vida da mulher vítima, percebidos pelos profissionais participantes:

Dependência económica – Um dos aspectos que foi muito focado pelos participantes em relação à mulher vítima junto da qual intervieram e que foi entendido como um factor determinante para fazer a mulher permanecer na situação, como expressa o relato:

“(…) economicamente dependem deles e isso pesa (…)” E12

“(…) dizem logo que se se separam ficam sem nada e essa relação de dependência ainda existe muito (…)” E24

Crenças religiosas e culturais – Factores culturais e religiosos da mulher e do seu contexto familiar e social foram, na percepção destes participantes, influenciadores da não tomada de decisão da mulher vítima que verbalizava a falta de apoio familiar ou porque os familiares próximos se demitiram do problema ou porque ainda o desconheciam. O impacto e a vergonha social pelo divórcio, por o agressor ser socialmente afectuoso ou por ser a mulher, socialmente, a mais criticada pelo insucesso

da relação foram outros factores que emergiram, conforme se verifica pelos testemunhos:

“E mais preocupante é que muitas vezes os filhos que vêm com elas também não estão preocupados e dizem - isso é entre eles - filhos adultos dizem isso.” E1

“(…) e algumas sabemos que nos vão voltar a aparecer com mais lesões e mais agressões psicológicas. A gente quer ajudar e ela até está disposta a ser ajudada mas de repente dá-lhe um clique e diz - ah mas ele é meu marido - e há uma instituição chamada casamento que nem sempre é fácil desfazer aqui no meio, familiarmente, socialmente.” E5

“A pessoa diz que vai dar algum tempo, diz que não pode deixar a casa, que a família não vai entender e pronto (…)” E7

“(…) depois pais, irmãos, primos etc. não sabem, nem sonham porque os indivíduos são muitas vezes os tais sedutores fora de casa e dentro uns diabos e por isso nem sonham e elas ficam envergonhadas com as situações de ruptura ainda por cima numa cidade pequena, toda a gente se conhece e socialmente o impacto é mau.” E 16

“(…) acho que elas ainda são o elo mais fraco mas também acho que elas permitem um pouco isso talvez por fatores culturais e foram assim educadas e foi o que viram nos pais e essa realidade é para elas a dada como certa. Mas depois, elas é que ficam rotuladas. A sociedade é punitiva da mulher porque o agressor fica em casa, ninguém diz mal dele porque ele é o macho, ela é que era malcriada e nem fazia comida nem arrumava a casa de jeito.” E20

“(…) muito tabu em relação à separação sobretudo nas mulheres acima dos 50 anos é uma vergonha separarem-se.” E24

Necessidades da mulher vítima – Nesta categoria apresentamos as condições que a mulher vítima de violência necessita, na perspectiva dos participantes, para resolver a situação de violência na relação conjugal como expomos pelas seguintes subcategorias e testemunhos:

Protecção familiar – Uma percepção que emergiu dos relatos foi a necessidade de apoio e protecção pelo grupo familiar, como expressa o testemunho:

“(…) precisam e esperam que algum familiar actue e as protejam (…)” E12

Segurança física – A percepção da necessidade percebida por alguns profissionais para a preservação da integridade física da mulher vítima, como refere o extracto de discurso:

“Às vezes é mesmo de segurança física que as mulheres precisam (…)” E12

Afastamento do companheiro – Uma percepção pouco referida foi o desejo da própria mulher vítima do afastamento e que o agressor o aceite, como expressa o relato:

“(...) algumas só querem é a distância dos companheiros e que eles respeitem essa distância.” E12

Processo de apoio sociojurídico vitimador – Esta categoria salienta uma percepção muito frequente entre os participantes que na sua óptica provoca insegurança e medo à mulher influenciando negativamente a decisão de participação às autoridades e resolução da situação conjugal, como se expressam os discursos:

“A justiça devia culpar e punir, não haver a tolerância que existe porque acontece haver alguém que denuncia e depois muitas a dizer que não. Não, confirmada a violência a pessoa é punida. Porque as pessoas chegaram a um ponto que acham que se pisarem o risco não lhes acontece nada de especial (...)” E5

“(...) era da zona centro e estava cá para protecção do agressor. Não tinha a filha com ela e queria ser rapidamente transferida. Aceitou a ajuda induzida por alguém sem ter consciência do percurso porque ia passar. Não tinha a filha, nem a família, nem os amigos, já não tinha nada (...)” E7

“Tivemos casos de mulheres e crianças que vinham cá ao centro de saúde porque estavam na casa-abrigo e tinham sido deslocadas do seu meio por um período e depois voltam para outro sítio e acabam por não criar laços com ninguém, hoje estão aqui, amanhã estão ali. O medo que elas tem é muito grande e a segurança não é assim tão grande, dizer que estão seguras aqui não é o que muitas vezes acontece porque às vezes há fuga de informação e o agressor vem atrás delas e tem que ser deslocadas outra vez.” E19

“Actualmente já se fala muito mais, mas a vítima é sempre vítima. Ela e os filhos é que saem de casa, o agressor fica em casa e também não lhe acontece nada.” E20

“O próprio processo causa insegurança, quando a violência é tornada pública e segue os trâmites judiciais. Se a mulher soubesse que denunciando ia ter este, aquele e outro apoio, que lhe dão garantias de protecção e que não lhe causam ainda mais sofrimento seriam promotores de mais coragem para a denúncia pela própria do que aquela que se verifica. Eu não sou especialista no assunto mas quem ouve estas coisas das próprias pessoas que tiveram que mudar de casa, deixar as suas coisas, levar os filhos atrás, até deixarem os seus empregos para irem viver para outra província, outra cidade. Perante isto, o que vai ela escolher? Decisões que lhe impliquem sofrimento? Isto vai inibir a pessoa e vai fazê-las sentir desapoizadas e não apoiadas.” E26

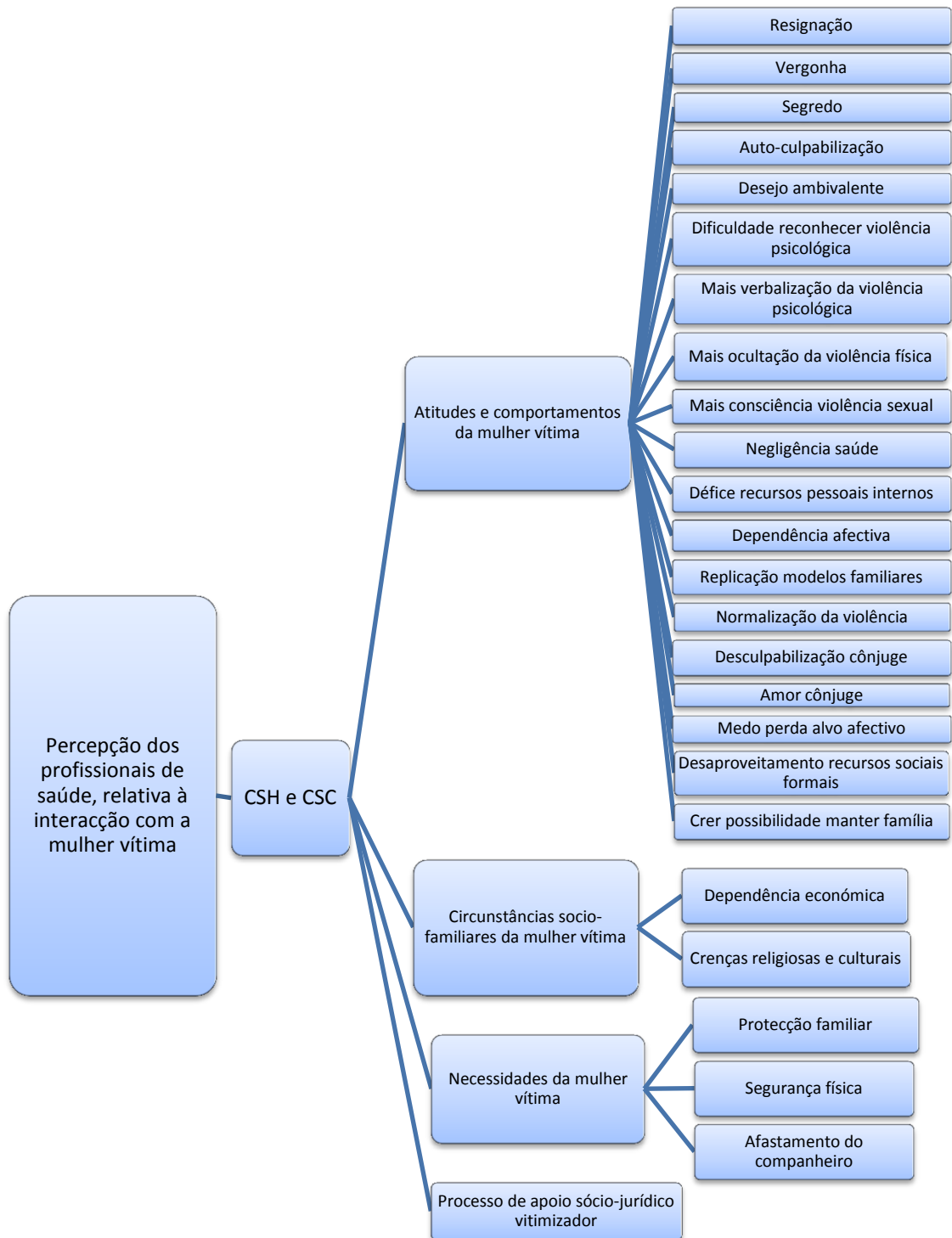


Fig. 11 - Percepção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, relativa à interação com a mulher vítima de violência conjugal

10 - Sentimentos e emoções dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, face à mulher vítima de violência conjugal

Nesta área temática (Fig. 12) apresentamos os sentimentos e as emoções que se manifestam nos participantes em exercício em CSH e CSC, quando em interação com a mulher vítima de violência conjugal, organizados nas categorias. **Sentimentos e Emoções** representadas pelas respectivas subcategorias:

Sentimentos – Os sentimentos que os participantes referiram na interação com a mulher vítima de violência conjugal, foram as que representam as seguintes subcategorias:

Revolta – O sentimento mais referido, igualmente entre os profissionais de CSH e de CSC, que foi sobretudo provocado pela permanência da mulher na relação e pela falta de respostas sociais eficazes, como se pode verificar pelos discursos:

“(...) revolta quando dizem que não é a 1ª vez (...)” E1

“Revolta pela falta de capacidade das pessoas saírem destas relações.” E11

“Revolta por não serem dadas respostas para estas situações.” E15

Impotência – Este foi o segundo sentimento mais referido pelos participantes, maioritariamente pelos que exercem em CSH, por um lado, porque frequentemente se confrontaram com intervenções que não tiveram resultados na decisão da mulher, por outro, pela falta de formação para intervir:

“Impotência porque sabemos o sofrimento deste processo e que nós até lhes damos algumas ferramentas mas que elas não vão usar, têm receio do que pode acontecer depois (...)” E5

“(...) e muitas vezes impotência porque sei que não posso fazer nada e pior ainda naquelas em que eu sei e mulheres que acabam por dizer que de fato tinham sido batidas pelos maridos, pelos companheiros e não queriam fazer queixa de maneira nenhuma (...)” E9

“Frustração de não ter formação e não saber encaminhar.” E15

Amor – Referido por uma participante:

“Vontade de as abraçar, de dar-lhes um bocadinho de amor que seja.” E16

Satisfação – Foi referida por 3 participantes, centrados no resultado da sua intervenção:

“Sinto-me bem por poder ajudar e por não julgar nem recriminar para poder contribuir para uma vida melhor dessas mulheres.” E25

Empatia – Referido por uma participante:

“(…) alguma coisa deve ter impedido a pessoa de agir, ninguém sofre porque quer.” E26

Emoções – As emoções que os participantes referiram na interação com a mulher vítima de violência conjugal, foram as que apresentamos pelas seguintes subcategorias:

Indignação:

“Sinto-me indignada (…)” E8

Compaixão:

“(…) quando é a 1º vez sinto pena (…)” E1

“Sinto pena, acho que não deveria acontecer.” E18

“(…) uma certa compaixão.” E6

Espanto: Pela “acomodação” da mulher vítima, como expresso pelos testemunhos:

“(…) se a pessoa depois disso continua lá, só continua porque quer, fico espantado.” E1

“(…) não sei como a pessoa foi capaz de aguentar mas logo a seguir o que me surge é como é que a pessoa não fez nada até agora?(…)” E26

Angústia – A emoção mais referida, de forma muito equilibrada entre os profissionais de CSH e CSC. Emoção que foi provocada essencialmente pela “acomodação” da mulher à situação mas também pela falta de formação para intervir, como se verifica pelos relatos:

“(…) desespero por não conseguir ou não saber como ajudar.” E 22

“Apetece-me dizer-lhe que larguem tudo e que sigam a sua vida.” E 20

Medo:

“(…) medo de lidar com essas pessoas porque tenho medo de não saber gerir essa informação.” E8

Tristeza:

“Sinto-me triste por haver muitas mulheres que deixam chegar a situação ao ponto que chega.” E7

Dor:

“(...) sofro muito com o sofrimento das pessoas.” E13

Insegurança – Uma referência à insegurança relacionada com a falta de formação e preparação para intervir, sentida por um participante:

“(...) porque me senti em areias movediças, não sabia o que deveria saber e fazer.” E 19

Constrangimento – Referido por um participante pelo comportamento dissonante de que se apercebeu numa utente para a qual a sua situação de saúde era a sua menor preocupação face às obrigações de esposa:

“Foi constrangedor.” E23

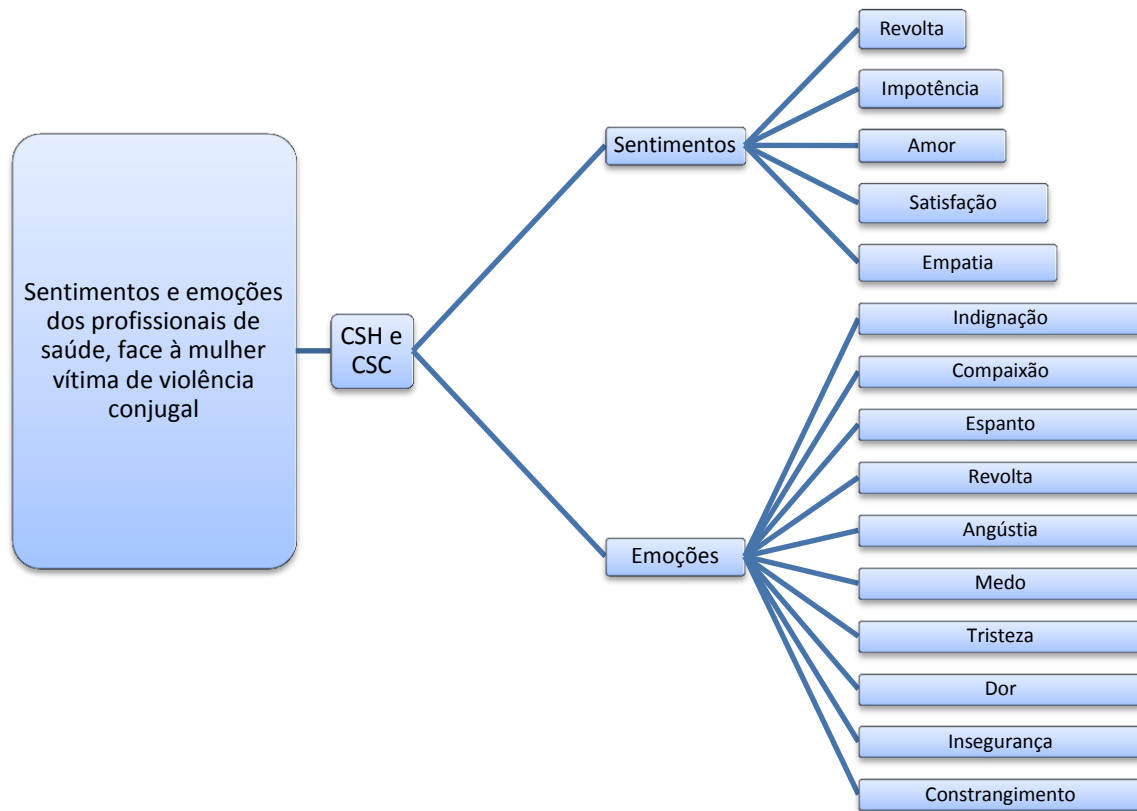


Fig. 12 - Sentimentos e emoções dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, face à mulher vítima de violência conjugal

11 - Percepção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, sobre as consequências da violência conjugal contra a mulher

Nesta área temática (Fig. 13) apresentamos as consequências da violência conjugal contra a mulher, que emergiram dos relatos dos profissionais que participaram no estudo, e que resultaram em 4 categorias, com respectivas subcategorias que a seguir apresentamos:

Prejuízo na mulher

Nos testemunhos salientou-se o impacto negativo da violência na saúde, prejudicando todas as suas dimensões, como apresentamos pelas subcategorias e relatos:

Saúde bio-psico-social e cultural: Foi referido pelos participantes o prejuízo na saúde global da mulher:

“E na saúde em geral, no funcionamento mental, cognitivo, no funcionamento metabólico, endócrino, na felicidade a violência conjugal interfere significativamente com a pessoa no seu todo, do ponto de vista bio-psico-social e cultural.” E17

“(...) com o decorrer dos anos fui-me apercebendo que a gravidez não é de facto um factor protector, mas muitas vezes é um factor desencadeador de alguma violência da parte do marido e o descarregar na própria barriga da mulher.” E9

“Sim um problema de saúde não só física mas mental, física por todo o tipo de ferimentos, mas de problemas psicológicos, a violência é indutora do sofrimento, de sentimentos de humilhação e isso é sobretudo um factor de risco para um estado de saúde mental deteriorado.” E13

“(...) nas minhas utentes há muitos casos de diabetes e de hipertensão arterial que depois não conseguem controlar por essa situação emocional que vivem porque para esta parte afectiva não há nenhum tratamento a não ser medicação para dormir melhor e assim mas mais nada. Ainda ontem uma das minhas utentes que é vítima de violência veio cá por uma crise de asma, ela tem antecedentes de asma mas da história que me contou houve uma descompensação da asma por um episódio de violência, até pelo aspecto ansioso que se sabe que pode agravar a doença.” E20

“Sentem mais dores. É importante estar feliz para a pessoa se sentir bem e com saúde e até para enfrentar melhor as situações de doença.” E24

Alguns participantes concretizaram os danos que consideraram secundários à situação e se manifestaram nas diversas dimensões da saúde, como apresentamos pelas sub-subcategorias:

Danos biofísicos:

“(...) Equimose sobretudo, arranhões (...)” E1;

“(...) danos físicos podem as agressões ser muito graves, hematomas, fracturas, contusões, escoriações mas também já tive mulheres que fizeram ingestão abusiva de medicação (...)” E2;

“Algumas agressões são graves, são tão graves que resultam em queimaduras que podem levar à morte.” E5

“(...) fracturas, ficar com alguma impotência funcional algum membro, fractura de baço (...)” E9;

“(...) aparece com as queixas pélvicas, com corrimento frequente, infecções urinárias frequentes(...)”
E16

Os danos por lesões físicas podem ser de gravidade diversa, como refere o testemunho:

“O espectro de lesões é muito alargado. Acontecem lesões graves mas mais pontual (...)” E5

Danos psicológicos: Que podem ser diversos e que vão interferir no funcionamento global da pessoa, podendo mesmo tornar-se patológicos e crónicos, como apresentam os discursos:

“(...) a psicopatologia em termos individuais pode haver por um mau-trato permanente e consistente é pior porque uma mulher que é agredida é porque já está em processo depressivo há muito tempo e não por consequência, acho eu, e mais não seja uma depressão reactiva mas se ela se deixa na situação já está deprimida antes. Há uma agressão física e há uma grande reacção e aquele trauma contínuo dá origem até a uma situação de *stress* pós traumático e este depois transmite-se a todo o nosso funcionamento global.”
E3;

“A nível psíquico pode ficar uma mulher dependente de farmacoterapia da área da neurologia e da psicofarmacologia.”E9;

“(...) chegavam com depressões arrastadas, resistentes aos psicofármacos (...)” E13;

“São pessoas que ficam para todo o sempre traumatizadas, dependentes de antidepressivos para toda a vida, em que se culpam pela situação (...)” E16;

“(...) vai destruindo a mulher a pouco e pouco, só a sua acomodação já é uma forma de auto-destruição e já não é só quem perpetua a agressão e depois as bases de confiança, as relações futuras ficam provavelmente minadas. A partir daqui pode desenvolver-se um verdadeiro quadro clínico psiquiátrico.”
E26

Danos na interação social – De acordo com os relatos dos participantes, a situação de violência conjugal causou, por alterações da saúde mental, prejuízo na dimensão social da saúde, como expressam os relatos:

“(...) toda a vida daquela mulher vai ficar marcada, nunca se vai esquecer do que lhe aconteceu e isso vai reflectir no seu dia a dia. Essa mulher vai ser diferente e se calhar vai ter reacções para com a sociedade que vão ser diferentes do que se ela não tivesse sido uma vítima.” E9;

“(...) acaba por prejudicar um bem estar que vai interferir com a vida social.” E10;

“(...) e ficam muito magoadas que ficam de pé atrás mesmo quando têm possibilidades de refazer a sua vida ficam desconfiadas(...)” E16

“(...) tudo o que prejudica o nosso psíquico também prejudica o nosso físico e a mulher também tende a isolar-se e a não conviver tanto(...)” E24

Actividade laboral

Nesta categoria apresentamos os factores que os participantes referiram como causadores do prejuízo a este nível de participação social, nas seguintes subcategorias:

Absentismo:

“(...) uma situação dessas vai impedir a mulher de estar bem, vai aumentar o absentismo (...)” E10;
“Em termos laborais faltam imenso ao trabalho, estão muitas vezes de baixa, baixam os rendimentos(...)” E14

Desemprego:

“Muitas vezes perdem o emprego porque não conseguiam trabalhar correctamente (...)” E8;
“(...) são despedidas porque hoje em dia não se pode estar muito tempo e muitas vezes de baixa e acabam por ser despedidas.” E14

Redução da capacidade de trabalho:

“(...) não vai desenvolver essa profissão como deveria ou pelo menos não a vai desenvolver no máximo das suas capacidades (...)” E2.

Prejuízo no sistema familiar

Categoria onde aglutinámos os prejuízos ao nível do sistema familiar emergentes dos testemunhos:

“(...) problema de saúde familiar (...). Na família se um não está bem os outros também não estão e nesta situação toda a família fica penalizada na saúde.” E18

“Instabilidade da saúde da mulher vai ter repercussões em toda a família, nos filhos.” E22

O impacto no sistema familiar foi evidenciado pelas subcategorias com os discursos correspondentes:

Danos papéis familiares:

“(...) ela até se demitiu das suas funções de mãe e de esposa por ter medo.” E19

Risco de violência sobre os filhos:

“(...) e até serem possíveis maus-tratos às crianças ou até abandono (...)” E10

Violência indirecta sobre os filhos:

“E depois mesmo que não haja violência sobre os filhos há uma exposição que a mulher também permite. Não é uma forma directa mas é indirecta e as pessoas não têm consciência disso, não tem e por isso nós alertamos as pessoas porque as pessoas sabem que isto afecta os filhos mas não têm consciência que é uma forma de violência, as pessoas não tem este tipo de percepção. Não podemos dizer que estas crianças, por isto vão desenvolver aquilo e não podemos psicopatologizar tudo, embora existam altas probabilidades.” E26

Disfunção familiar:

“(...) uma disfunção familiar que leva a um conjunto de situações desarmoniosas(...)” E10;

“Os dois são peças elementares para uma família harmoniosa, a falha de um deles é crucial para a existência de problemas de várias ordens ou tipologias na família.” E17

Compromisso na educação e desenvolvimento filhos:

“(...) os miúdos não vão crescer normalmente não vão render na escola e vem uma série de problemas por aí fora.” E2;

“(...) as crianças sentem-no e vão crescer desequilibradas e vai-se notar a longo prazo e elas são o futuro e de uma forma ou de outra vai-se notar mais tarde.” E8

Foram consequências decorrentes da situação de violência contra a mulher nos testemunhos de vários participantes;

Risco de reprodução do modelo pelas crianças:

“O pai e a mãe mais do que dizem são aquilo que fazem e os filhos percebem facilmente isso, portanto se a mãe é maltratada pelo pai os filhos percebem e vão ter uma imagem de que aquilo é normal e vão poder reproduzir o modelo. Se a mulher não se impõe, não denuncia, não toma uma atitude e se tem filhas, o exemplo que está a transmitir é que aquilo é normal e mais tarde elas vão reproduzir a experiência que

viram a mãe viver e isso acontece muito, quase sempre essas mulheres no futuro procuram parceiros que também as vão sujeitar a essa violência.” E4

Este risco foi o mais referido pelos participantes, pela replicação de um modelo de interação conjugal violento. Mas, também foi referido por alguns participantes o risco de replicação do modelo de interação violenta pelos filhos sobre a própria mãe, como refere o discurso:

“Por vezes até há filhos que como o pai são agressores da mãe.”E5

Prejuízo na saúde pública

Foi referido por vários participantes como expressam nos testemunhos:

“As mulheres fazem parte da sociedade e se isto lhes acontece vamos ter uma sociedade alterada, com pessoas com dificuldades na resolução de problemas, com gente deprimida, gente fragilizada e há uma diminuição daquilo que a pessoa até podia render.” E2

“(…) e se pensarmos num conceito de saúde como o bem estar físico psicológico social e por aí fora, nesta situação não há nem bem estar físico nem psicológico, logo é um problema de saúde sem dúvida.”E5

“(…) porque é um problema de saúde pública.” E23

Prejuízo no sistema social

Foi referido pelos participantes, como demonstra o relato:

“(…) um peso, horas de dias perdidas, dias infelizes, faltas ao trabalho, recursos a subsídios e a abonos sociais.” E17

Custos no SNS - Os participantes consideraram que a violência contra a mulher é uma situação que aumenta o recurso e os custos a nível dos CSH – SU e consultas de diversas especialidades – e nos CSC, provocando um aumento de gastos em todo o SNS tanto com recursos humanos como com outros recursos diagnósticos e terapêuticos:

“(…) é um peso no SNS em gastos de recursos e em termos económicos.” E17

Os aspectos que foram concretizados pelos participantes foram organizados em sub-subcategorias, que se seguem com os relatos correspondentes:

Consultas:

“Na psiquiatria tem um grande impacto e também na pedopsiquiatria e na pediatria e até mesmo nos cuidados de saúde primários porque há muitos técnicos da saúde hoje em dia envolvido e ocupa muitos técnicos.” E3;

“Aqueles que eu tenho não noto que venham mais mas sobretudo faltam mais às consultas marcadas pelos profissionais às marcadas por elas não. Mas acho que consomem mais consultas as vítimas de maus-tratos psicológicos do que as de maus-tratos físicos, porque os outros são mais mascarados e por mais tempo. Claro que é uma situação que aumenta os custos porque também está muito mascarada em muitas mulheres.” E24

Exames complementares de diagnóstico:

“(…) encargos gerais com mais consultas, mais exames e essas coisas.” E12;

“(…) aparecimento de múltiplas somatizações e múltiplas queixas e para fazer o diagnóstico de depressão simples temos que 1º passar por muitos outros eventuais diagnósticos com múltiplos exames de diagnóstico.” E14

Recurso ao SU:

“(…) uma vinda à urgência ainda tem bastantes custos e também acaba por sobrecarregar o serviço com situações de saúde que eram evitáveis.” E2

Tratamentos:

“(…) na saúde fica necessariamente caro. Se entra em depressão vai ter que se pagar o tratamento e as consultas, partiu uma perna ou partiu a cabeça isso também é preciso pagar os tratamentos, afecta a nível social e sobem os custos (…)” E8

Custos no sistema social - Foram mencionados por menos participantes do que os anteriores e centram-se nos custos com os sectores representados nas seguintes sub-subcategorias:

Jurídico-penal:

“(…) e depois há casos que acabam em morte e isso também aumenta os gastos e custos com polícia e autopsias e tribunais e investigações. Acho que a nível social e dos sistemas de saúde são imensos gastos.”E8;

E também no sistema de *Segurança social*:

“(…) lá está, se a mulher fica sem emprego tem que se pagar subsídio de desemprego, falta ao trabalho (…)”E8;

Neste âmbito foram também referidos os custos com:

“(…) casas abrigo e todas as instituições e profissionais que esta situação envolve e a carga económica que isso representa.” E12

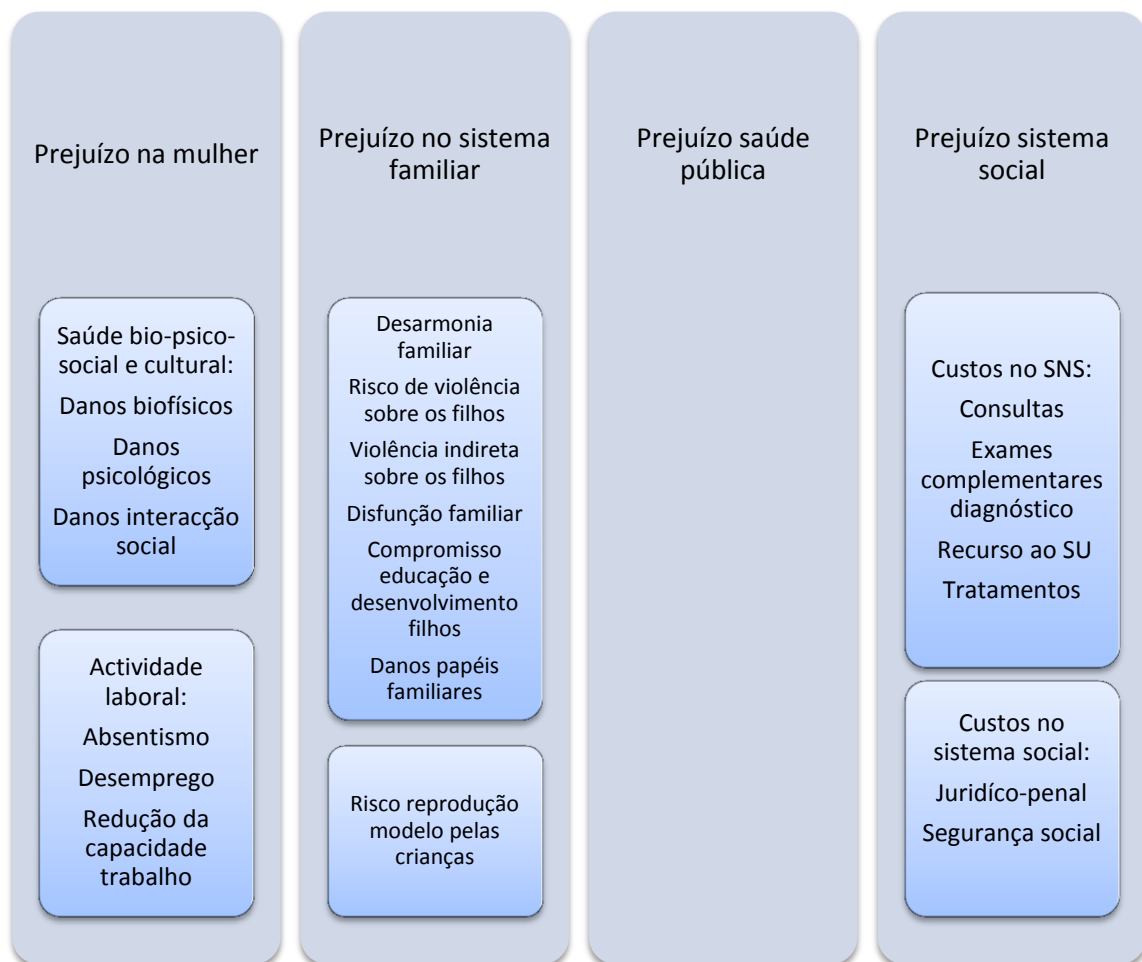


Fig. 13 - Percepção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, sobre as consequências da violência conjugal contra a mulher

12 - Percepção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, relativa às estratégias a adoptar para minimizar o impacto da violência conjugal na saúde da mulher

Nesta área temática (Fig.14) apresentamos as estratégias que na perspectiva dos participantes, dos dois contextos de prestação de cuidados, podem permitir diminuir o impacto da violência conjugal contra a mulher na sua saúde, em 2 categorias - **Estratégias de Prevenção e Estratégias de Intervenção** - que emergiram dos discursos e que apresentamos pelas subcategorias e pelas sub-subcategorias:

Estratégias de Prevenção

Os participantes mencionaram que a estratégia, para minimizar o impacto negativo da violência conjugal na saúde da mulher, mais adequada e com resultados a longo prazo e duradouros, será a prevenção, na qual não tem havido preocupação em investir:

“(…) é preciso atender à prevenção porque estas instituições que acolhem, só lá estão para depois da situação ocorrer.” E26.

Tendo em conta que se trata de um fenómeno social que envolve múltiplas dimensões, apontaram as políticas sociais e de educação, como fundamentais para a prevenção da violência conjugal e do impacto da mesma na saúde das mulheres e da família. Reforçaram também a importância da promoção da saúde e a prevenção precoce pelos sectores da educação e da saúde com projectos em parceria, que permitam educar para os valores humanos e para o civismo, para os afectos e relações afectivas, para as questões de género e para a parentalidade.

Outro aspecto que emergiu foi a prevenção dos comportamentos aditivos pelo risco que representam para os comportamentos violentos.

Apresentamos as subcategorias e relatos:

Políticas sociais e educacionais:

“(…) é preciso ter educação, cultura, ter emprego, ter bom ambiente familiar e ter vivido num bom ambiente familiar, é tudo junto (…)” E1; (….) uma sociedade mais igualitária, acho que as diferenças sociais, a falta de condições básicas das pessoas conduzem muito à violência (….)” E4

Promoção da saúde:

“Na prevenção com a educação para a promoção da saúde nos cuidados de saúde primários (...)” E5;

“(...) é muito importante fazer educação para a saúde, para a vida.” E6;

“Os centros de saúde acompanham as mulheres desde que nascem até que morrem, as pessoas vão sempre ao centro de saúde.” E12

Prevenção de comportamentos aditivos:

“(...) muitos comportamentos aditivos, drogas, álcool que geram comportamentos violentos (...)” E4

Educação para a prevenção:

Valores humanos e cívicos:

“Eu acho que a prevenção tem tudo a ver com o civismo, com a formação pessoal, com os valores e com o respeito pelos outros, pelos valores sociais.” E3;

“Também se fala nas aulas de cidadania e eu não sei o que se trabalha lá mas podia ser por aí.” E5;

“Prevenção começa nas escolas, não digo a crianças muito pequeninas como é evidente mas falar sobre as liberdades pessoais, o que pode bloquear essa liberdade, ajudar a perceber sem números que há gente a sofrer pela violência.” E26

Género:

“(...) para prevenir é preciso dirigir para esse público alvo as questões relacionadas com as relações maritais em que em alguns aspectos têm a ver com o feminino, outras com o masculino e depois há os aspectos que têm a ver com as relações amorosas em si (...)” E3;

“(...) educando os rapazes e raparigas da mesma maneira para mais tarde poderem ser vistos da mesma maneira e não pelo género. A educação tem que ser boa e em pé de igualdade e mais tarde na sociedade vai haver mais equilíbrio.” E7

Relações amorosas:

“(...) e depois nos jovens a formação relacionada com as relações amorosas, a conjugalidade (...)” E3;

“(...) educar para o relacionamento, e aí talvez as coisas mudassem um pouquinho, porque nós estamos a ver que hoje em dia entre os namorados já existe violência, e isso só significa que se no namoro já existe violência, depois quando se casarem ou quando se juntarem daqui por mais 3 ou 4 anos as consequências serão muito piores. Ou se começa muito cedo a demonstrar que um relacionamento não é assim, ou as coisas vão piorar.” E9;

“(…) jovens universitários, com os namorados, tentar trabalhar o que é saudável numa relação e o que não é saudável.” E13

Parentalidade:

“As escolas e os cuidados de saúde primários tem um papel muito importante em actuar precocemente e as USF que estão agora a ser formadas, por exemplo actuarem em projectos que intervenham na família, na escola, a favorecer o papel de pais e educadores para formarem as crianças hoje mas que vão ser adultos.”E4;

“(…) treino de competências parentais, fazer um grupo para jovens pais, trabalhar muito na prevenção (…)” E13

Parcerias CSC/escolas:

“(…) os centros de saúde são um local privilegiado para trabalhar em parceria com as escolas pela proximidade à comunidade e até porque neste momento as equipas não são só de médicos e enfermeiros tem desde nutricionistas, a assistente social, psicólogos, uma série de profissionais que podem trabalhar estas questões de forma mais preventiva(…)”E10

“(…) junto das crianças desde o infantário, não da escola primária mas desde o infantário para daqui a algumas gerações o problema começar a ficar resolvido, como acontece com tudo.” E17

Campanhas pelos gabinetes de saúde pública:

“As campanhas de sensibilização são importantes e há muitas para diversas doenças mas sobre a violência, há uma caminhada uma vez por ano, algum tempo de campanhas na televisão mas depois deixam de passar (…)” E18;

“(…) existem os gabinetes de saúde pública que estão a trabalhar cada um na sua área geográfica, e uma coisa é falar do tabagismo, outra do HIV e das epidemias mas pode ser também e muito bem falada a questões da violência conjugal. (...) Uma coisa é acompanharmos isto de uma forma individual, outra coisa é a forma como fala disto uma entidade que representa toda a gente e aí não se pode tratar o tema com meiguice tem que se falar e mostrar as coisas como elas são.” E26

Estratégias de intervenção

Sobre as estratégias de intervenção no fenómeno de violência conjugal, para se minimizar o impacto negativo da mesma sobre a saúde, os participantes revelaram que deve ser desenvolvida uma intervenção articulada, considerando o fenómeno de forma sistémica e intervindo de forma holística. Consideraram ainda que a intervenção ao nível de jovens é importante para lhes facilitar o reconhecimento de sinais e utilização de técnicas de protecção pessoal. Os programas de ajuda mútua por mulheres

sobreviventes em grupos e os de desenvolvimento de recursos pessoais na mulher vítima foram mencionados como podendo ser ferramentas essenciais para a mais rápida saída da mulher da situação.

Ainda no âmbito de acesso a programas foram apontados os que permitem desenvolver técnicas de comunicação pessoal e inter-relacional e os programas orientados para o controlo dos impulsos e de técnicas de relaxamento.

O tratamento do agressor surgiu em alguns relatos relativamente ao consumo de álcool, tendo havido duas referências ao tratamento relacionado exclusivamente com o comportamento agressivo.

Surgiu ainda a referência à formação de grupos de solidariedade social com as vítimas, à semelhança do que se verifica com diversas situações de patologia.

Apresentamos estes aspectos em subcategorias com os respectivos relatos:

Institucional em rede:

“(…) identificar todas as estruturas que devem passar a funcionar em rede, com normas e procedimentos para dar seguimento a estas situações, para as resolver e tratar. As próprias escolas são estruturas que têm contacto com essas crianças e com esses casais, onde estão professores e podem identificar e aparecer daí a 1ª sinalização mas depois tem que se avaliar e saber o que se pode fazer e se por ex. é o pai que está em causa porque não se pode intervir selvaticamente pela opinião de uma mulher.” E3

Sistémica e holística no fenómeno:

“(…) não faz sentido ser abordado por uma única área de intervenção é uma coisa holística, sistémica por isso não adianta trabalhar isoladamente porque se houver algum ganho logo ali se acabam por perder, temos que trabalhar de forma articulada, câmaras, centros de saúde, escolas, hospitais, entidades empresariais, comunicação social numa intervenção holística.”E17

Melhoria do processo de apoio à vítima:

“(…) há mediadores familiares, há o ministério publico, há as polícias, há organizações, há linhas de apoio, há uma série de estruturas e organizações criadas para dar resposta e portanto é pô-las a funcionar.” E3;

“(…) quando a comunicação social nos traz notícias de maus-tratos de situações limite, situações que foram sinalizadas mas que os processos não funcionaram e acabaram de uma forma trágica, faz as pessoas pensarem que não podem fazer nada porque nada funciona e que não temos formas de intervenção para podermos denunciar situações de risco. Já há muitas instituições de solidariedade que apoiam vítimas de

maus-tratos, famílias de acolhimento, mas não sei se não se continuam a correr outros riscos e se esse acolhimento é devidamente monitorizado e se não se estão a correr riscos iguais ou maiores e acho que há uma desarticulação dos recursos que pode favorecer a vitimização.” E10;

“A segurança oferecida à vítima quando a queixa é feita tem que ser muito mais promissora. Não pode ser ainda outra forma de violência além daquela que a pessoa já sofreu.” E26

Programas para os jovens sobre sinais alerta e técnicas de defesa pessoal:

“(…) sobretudo nos jovens mais a nível de superior e dar-lhes testemunhos anónimos, ensiná-los e alertar para sinais, ensinar até técnicas de defesa pessoal, quem sabe.” E26

Diagnóstico precoce da violência conjugal:

“Não esperar que ela apareça com o braço partido para a ajudar ou logo que aparece com um braço partido diagnosticar a situação para a ajudar e apoiar (…)” E8

Ajuda às vítimas:

Grupos auto-ajuda:

“(…) a vítima de violência doméstica é incapaz de o reconhecer durante muito tempo. Depois de o reconhecer se calhar fazer aquilo que às vezes deve fazer, dar testemunhos e demonstrar que é possível dar-se a volta e conseguir tornar-se numa pessoa saudável.” E9

Programas de desenvolvimento recursos pessoais:

“(…) era muito importante que estas mulheres tivessem acesso para resolver as incompetências que têm para poderem resolver o assunto.” E3;

“(…) tem que haver um investimento da psicologia e até de outras áreas da saúde para ajudar as pessoas a fortalecerem-se e serem elas as primeiras a dizer não.” E10

Tratar o agressor:

Comportamento violento:

“Muitos dos agressores já foram vítimas de agressão e já deviam saber o mal que isso faz à outra pessoa. Encontrar uma forma de levar estas pessoas a verbalizar as suas angústias, os seus problemas. Porque estas pessoas precisam também de ser ajudadas porque também agredem por ser uma maneira rude e errada de manifestar o seu pedido de auxílio.” E22

Comportamentos aditivos:

“Nestes não é por falta de recursos básicos mas por comportamentos aditivos, por doença mental que ou não está diagnosticada ou não é tratada e nem as pessoas assumem que são doentes.”E4;

“(…) as mulheres agredidas, são as dos alcoólicos, com delírio de ciúme agredem as mulheres. O alcoólico entra a delírio de ciúme porque a sua disfunção sexual nunca é pelo álcool é porque a mulher tem um amante ou 50 e o doente é ele mas agride a mulher. É uma situação em que ajudar o doente, que é ele, vai melhorar também a situação de toda a família (…)” E7

Programas de controlo dos impulsos e de relaxamento:

“(…) introduzirmos estratégias de relaxamento, de controle, assim pode prevenirem-se os impulsos (…)”
E13

Programas de comunicação inter-pessoal e inter-relacional:

“(…) e outra é a estratégia da comunicação interpessoal e inter-relacional.” E13

Grupos sociais de solidariedade com as vítimas:

“(…) formarem-se grupos de sensibilização e de solidariedade pelas vítimas como noutras situações de doença.” E18

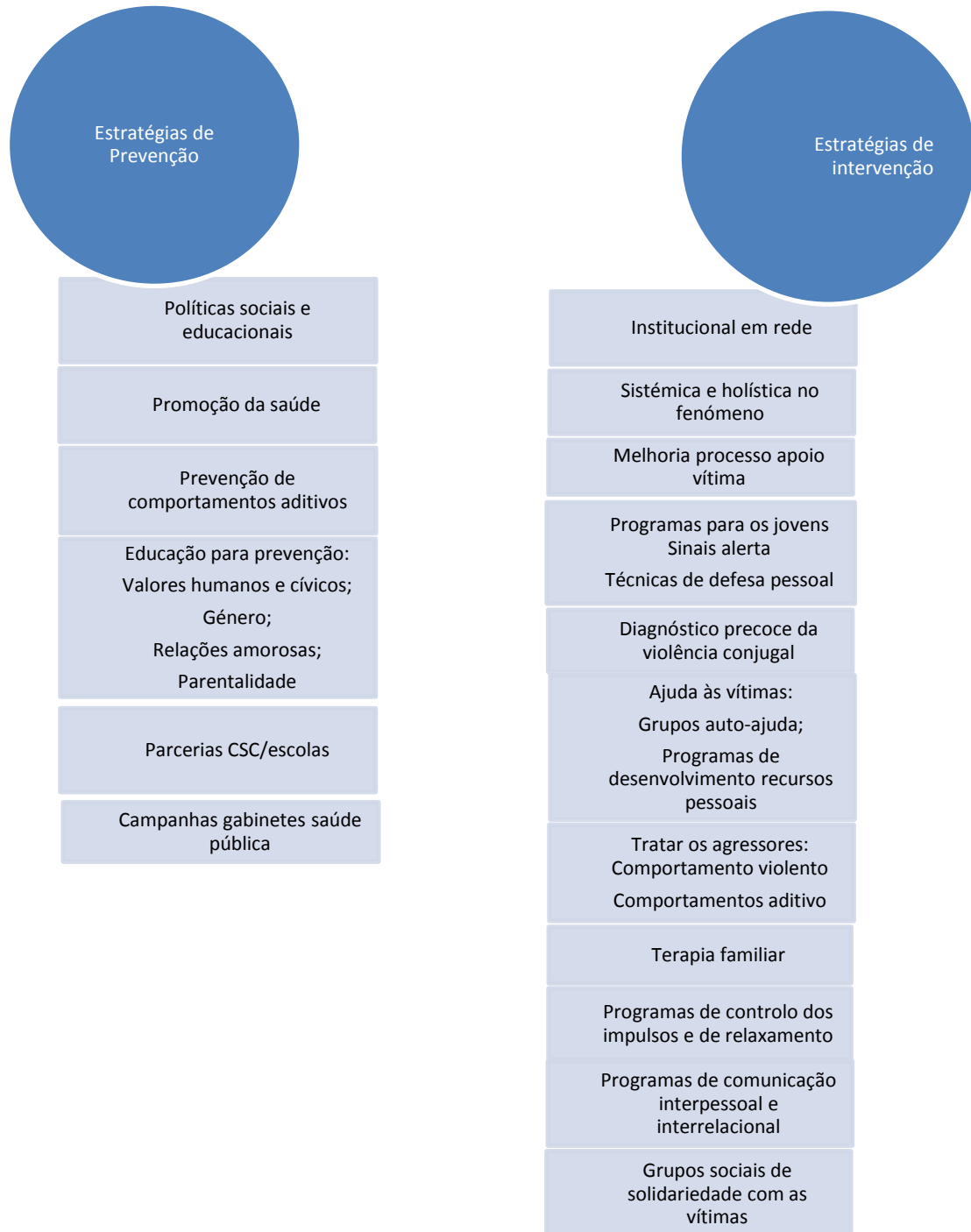


Fig. 14 - Percepção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, relativa às estratégias a adoptar para minimizar o impacto da violência conjugal na saúde da mulher

13 - Percepção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, sobre os aspectos para a melhoria da intervenção à mulher vítima de violência conjugal

Nesta área temática (Fig. 15) focamos os aspectos para a melhoria da intervenção à mulher vítima de violência conjugal que emergiram dos relatos dos participantes, os quais se organizaram em torno de 2 categorias com as respectivas subcategorias, que apresentamos com os testemunhos:

Aspectos inerentes aos profissionais

Nesta categoria os aspectos que os profissionais evidenciaram como necessário melhorar foi sobretudo a sua formação sobre a violência conjugal. A par desta, é de salientar a necessidade de maior disponibilidade de tempo por considerarem que a forma de reacção da vítima requer tempo para dedicar a essa interacção. A melhoria da intervenção carece ainda de sensibilização dos profissionais para integrarem a violência conjugal nas suas práticas clínicas. Como refere este discurso:

“(...) cuidados de saúde são para combater e melhorar a situação que existe neste momento (...)” E9,

Nesta categoria emergiram as seguintes subcategorias:

Formação específica:

“(...) fazer parte do plano de formação dos profissionais de saúde(...)” E6

“Acho que hoje já há muita coisa feita e que são fundamentais, a existência de equipas preparadas porque acho nem toda a gente está preparada para intervir nisso.” E3

“(...) para mim seria muito útil fazer formação mais geral e mais transversal desde que nos falassem dos indicadores precoces. Precisamos de ter mais formação específica.” E13

“(...) para fazer o acompanhamento de continuidade para o desmontar destas situações de sofrimento é preciso ter formação para isto. Claro que um psicólogo clínico está preparado para intervir, profissionais da saúde com competências clínicas podem intervir mas para esse acompanhamento e intervenção de continuidade faz falta formação.” E26

Disponibilidade de tempo:

“(...) precisaríamos de ter mais disponibilidade (...)” E9

Sensibilização dos profissionais:

“Claro que se não estamos numa situação limite de vida, isso permite estar mais despertos para a situação (...) Se estivermos despertos para a possibilidade de violência conjugal e estivermos atentos, podemos eventualmente despistar uma ou outra situação.” E5

“(...) toda a equipa estar sensível para estas questões.” E6

“(...) que é preciso chamar a medicina legal para avaliar, sensibilizá-los porque e muitas vezes um despacha (...)” E11

“Se todos os profissionais estivessem mais sensibilizados (...). Se sinalizassem, se todos os que detectam sinalizassem era bom mas a ideia que eu tenho é que muitos médicos de família passam à frente porque cheira a problema e pensam que não é nada comigo e não é uma questão médica, como se não fosse.” E12

Aspectos inerentes à organização

Nesta categoria, os participantes apontaram as necessidades de melhoria do seu quotidiano clínico ao longo do qual sentem carência de recursos humanos por um lado, por serem insuficientes e por outro, por não estarem disponíveis em colaboração e em horários considerados essenciais. Também abordaram a importância da implementação de protocolos de intervenção e de medidas que protejam os profissionais do agressor em caso de denúncia, assim como da importância de facilitar o apoio e o encaminhamento da mulher vítima e ainda do desejo de existência de uma equipa de intervenção específica na violência conjugal, com profissionais motivados para intervir neste fenómeno. Ainda consideraram, que seria fundamental intervir na família. Apresentamos as subcategorias que o demonstram:

Assegurar disponibilidade/articulação IML:

“(...) devia haver técnicos em horário rotativo, sáb., dom., férias, noites, tardes, de todas as especialidades - psicólogo, medicina legal, assistente social (...)” E8

Disponibilizar apoio de serviço social 24h:

“(...) ter um serviço social. Um serviço social que não fosse só cá vir quando se chama mas haver um gabinete aqui para podermos orientar as pessoas para o serviço social a qualquer momento (...)” E1

“Para além das assistentes sociais, que servem muito como intermediárias e articulando entre uma entidade e outra (...)” E26

Disponibilizar apoio de psicologia às vítimas:

“(...) vejo mais os psicólogos como ajuda efectiva e as assistentes sociais para referênciação e porque pode fazer a ligação entre os vários profissionais, psicólogos, enfermeiros, psiquiatras, professores, famílias acolhimento ou instituições acolhimento para as mulheres (...)”E10

“(...) uma das áreas onde nós precisávamos muito era da área da psicologia para nos dar apoio mais tarde.” E9

“Agora que estamos em período de poupança, se houvesse um psicólogo a quem se pudesse facilmente recorrer, em que sejam acessíveis e para onde possamos orientar ou que cá venha, era óptimo sem andarmos a pulverizar recursos.” E12

Disponibilizar apoio de psicologia / psiquiatria no SU:

“Fazem falta técnicos que em contexto de urgência não temos, nem a nível psicológico, nem psiquiátrico e que podem ser necessários para ajudar a situação.” E5

“Acho que um psicólogo é um profissional que é necessário estar presente e é importante e sinto essa lacuna e porque por norma e da minha experiência nunca se chama.” E11

Implementar protocolos de intervenção na vítima:

“Como não há um protocolo para cumprir não há obrigação de fazer e por isso umas vezes ajudo, outras não ajudo tanto.” E1

“Tratarmos tipo um plano, isto fica feito, a queixa está registada e é isto que vamos seguir e tudo o mais.” E2

“Se houvesse um protocolo, obrigava todos a actuar da mesma maneira e encaminhar as srs da maneira correcta, mesmo os que não se querem meter.” E8

Facilitar o apoio e encaminhamento da vítima, em rede:

“A mulher chega aqui, leva o papel com as lesões descritas e agora fica sozinha. O que é que ela faz, vai outra vez para a polícia, como é? Aqui há uma falha. O hospital poderia resolver alguma coisa nesta falha (...)” E1

“(...) agilizar tudo aquilo que já falamos. Se a pessoa recorre aqui ao serviço, nós devíamos ter forma de a pessoa sem muitas mais intervenções a pessoa poder oficializar logo as coisas aqui. Em termos de queixas e de apoio social. Logo aqui no serviço, solucionar no sentido da situação começar a ser resolvida aqui. Tudo correria melhor se estivesse tudo aqui, mais disponível porque até podemos abrir o horizonte a essa pessoa mas depois ela achar que tem que ir à polícia e que depois não tem para onde ir e pensar que não tem recursos e que vai ter que ir novamente para casa (...)” E2

“O trabalho em rede é de facto muito importante não só porque se aprende mas o serviço também se torna muitíssimo mais rico porque há uma resposta mais adequada e completa porque há vários serviços que podem dar resposta ao que a mulher precisa. Trabalhar sozinho é um risco maior, causa mais insegurança e uma resposta muito pobre. É mais securizante para os profissionais mas acho que também os utentes ficam a ganhar com isso.” E12

Organizar espaços com privacidade para atendimento à vítima:

“(…) se tivéssemos pelo menos algumas condições físicas que permitissem as mulheres terem algum ambiente facilitador para sentirem um à vontade suficiente e confiarem no técnico que têm à frente.” E9

“(…)haver um gabinete específico no SU, porque as pessoas não fazem por mal ao quererem ver o que se está a passar e a falta de um gabinete faz com que factores externos acabem por influenciar a entrevista.” E11

Adequar ratio de RH (recursos humanos)

“Mais pessoal, mais disponibilidade (…)” E2

“(…) mais disponibilidade para os profissionais fazerem avaliação inicial(…)” E5

“(…) pode-se melhorar o ratio para podermos estar mais tempo nas enfermarias com as utentes(…)” E8

Criar equipa de terapia familiar:

“(…) acho que é na família que estas situações se resolvem não é a afastar as pessoas. Com uma intervenção directa na família, com psicólogo, com assistente social para trabalharem naquele agregado, porque levar o filho ao gabinete do psicólogo ou encaminhar a mãe não é o mesmo e se até fosse trabalhado dentro do domicílio, naquele contexto familiar, acho que o efeito podia ser mais positivo. Podiam ser também ser necessários enfermeiros e talvez psiquiatra nessa equipa.” E10

Criar equipa intervenção na violência conjugal:

“Haver uma equipa multidisciplinar para encaminharmos as mulheres que aceitassem para uma intervenção diferenciada a todos os níveis. Que pudéssemos encaminhar a pessoa, até tipo consulta de follow-up, nem precisava ser na hora mas protegê-la, resguardá-la do agressor e depois no dia seguinte encaminhá-la. Acho que uma equipa multidisciplinar poderia ser útil para que cada um desse o seu contributo ao nível da intervenção mas não sei se íamos ter população preparada para este tipo de abordagem mas poderia ser uma equipa de trabalho que eventualmente até tivesse um agente da autoridade e para onde se poderia encaminhar a vítima.” E5

“(…) na violência conjugal que interfere com múltiplas dimensões requer múltiplas abordagens e é um problema sistémico que requer uma resposta sistémica. Uma equipa com diversos profissionais, de áreas diversas do conhecimento, enfermeiro, psicólogo, médico, sociólogo, assistente social, nutricionista,

jurista e depois com os atributos necessários ao funcionamento da equipa – funcionar motivada, não ser nomeada mas sim auto-proposta, porque é muito diferente eu dizer que quero trabalhar numa área de me dizerem vais trabalhar naquela área, e depois com as condições que uma equipa destas precisa mas não estamos numa altura propriamente facilitadora pelos objectivos, interesse pelo lucro, fazer cada vez mais em menos tempo e com menos recursos materiais e humanos.” E17

Criar comissão institucional para denúncia:

“(…) e não haver possibilidade de termos alguém à espera lá fora para nos dar cabo do pêlo.” E5

Nos relatos dos participantes de CSH emergiram as mesmas categorias mas com subcategorias próprias. Apresentamos as categorias com as subcategorias e sub-subcategorias que emergiram em CSC:

Aspectos inerentes aos profissionais

Também neste contexto de prestação de cuidados, foi salientada a necessidade de formação específica para intervir melhor, bem como um melhor conhecimento dos recursos na comunidade. Apresentamos as subcategorias com os relatos:

Formação específica – Aspecto que nos discursos da quase totalidade destes profissionais foi considerado necessário para melhorar a intervenção junto à mulher vítima de violência conjugal, sobretudo nos temas que apresentamos nas seguintes sub-subcategorias:

Violência conjugal:

“Nós não temos formação específica, o que fazer e acaba por ser o bom senso a ditar o comportamento profissional e não é fácil.” E14;

“(…) acho que seria necessária mais formação de como intervir na família na situação de violência, saber como se procura identificar esse tipo de relação e saber como actuar nessa situação.” E18;

“Formação para detectar mais precocemente (…)” E20;

“(…) a nível académico fala-se um pouco na medicina legal mas é pouco mais que aqueles sinais de violência que nos devem alertar. Saber mais das pessoas, do que ela passam acho que podia ajudar muito.” E22

Intervenção familiar:

“Não tenho formação, é uma falha na formação de médicos de família. As questões do casal, os temas mais íntimos, as questões da família são uma dificuldade para mim.” E14;

“Acho que podíamos ajudar nisso se tivésemos forma de entrar mais na família. Se tivéssemos mais formação para intervir mais na família. A violência tem a ver com as dinâmicas familiares e para intervir era necessário ter formação (...)” E15

Conhecer os recursos na comunidade - Reconhecimento de uma necessidade na intervenção profissional à mulher vítima que emergiu em alguns testemunhos:

“(...) conhecer melhor os recursos na comunidade.” E16

Aspectos inerentes à organização

Nesta categoria os participantes salientaram diversos aspectos que apresentamos nas subcategorias, com os respectivos discursos. Destas, são de salientar a equipa de intervenção nas vítimas de violência, o apoio de psicologia clínica e mais tempo de contacto com estas mulheres. Pela sua pertinência, embora menos referidas, há que mencionar as estratégias relativas aos homens, à abordagem da violência pelos profissionais de saúde e também aos CSC como parte integrante da rede de apoio à mulher vítima de violência:

Aumentar tempo de consulta/atendimento:

“Devíamos ter mais tempo para estar com as utentes, tempo para marcar com elas um momento em que pudéssemos estar com elas e esclarecer o que se passa, depois das horas das consultas, um tempo para podermos estar com elas com calma porque nas consultas há pouco tempo, é só para as coisas físicas.” E16

“(...) é importante tempo para abordar todas essas áreas (...)” E24

Apoio de psicologia nos CSC:

Foi um dos aspectos que todos estes profissionais consideraram necessário para melhorar a intervenção à mulher vítima, como expresso no testemunho:

“(...) consulta de psicologia dentro de cada unidade de centro de saúde.” E14

Facilitar o encaminhamento para a consulta de psiquiatria:

“(...) conseguirmos drenar mais facilmente para a psiquiatria.” E16

Criar equipa de intervenção na violência:

“(...) se nós soubéssemos que aqui havia um grupo constituído, sinalizávamos logo e com a tal entrevista motivacional ou estratégias motivacionais, ajudava-nos a pessoa, a família a dirigirem-se ou podíamos

fazer um encaminhamento, era muito bom. Médicos, todos, se fosse centro de saúde incluiria médico de família, se fosse aqui incluiria médico de medicina interna, da psiquiatria também seria importante, psicólogo, enfermeiro, assistente social, aqueles mais habituais que normalmente constituem as equipas multidisciplinares. Se pudéssemos incluir alguém para tratar das crianças também seria importante, um pediatria, um educador.” E13

“Sabermos que na retaguarda temos uma rede que vai intervir adequadamente nessas pessoas, antes de outras associações ou da polícia que assusta muito a maioria das pessoas e depois ter que ir ao tribunal.” E20

“(…) devia existir uma comissão com o tipo de enquadramento que existe para as crianças e jovens em que há uma equipa que faz a avaliação da situação e da família e depois faz-se intervenção conforme o que é necessário.” E 24

“O serviço de psicologia está integrado no de psiquiatria mas devia lá existir um gabinete que tratasse destas situações com uma equipa multidisciplinar para a utente ser acompanhada no mesmo local e não ter de andar de um lado para o outro. Isto seria muito facilitador, sem dúvida. Um profissional muito importante nessa equipa era um advogado para o apoio jurídico porque é uma dificuldade e tenho muitas vezes que ligar para advogados que eu conheço para perguntar e esclarecer as utentes que querem muitas vezes esclarecimentos na hora e também para apoio aos próprios profissionais.” E 25

Criar equipa de terapia de casal/ familiar:

“(…) era importante haver também nesta situação, mas não há terapia familiar. Também o casal só se vai trabalhar se quiser manter-se junto, as famílias trabalham-se se quiserem manter-se.” E24

Envolver os CSC na intervenção social do fenómeno:

“Acho que a maior parte dos casos não se conhecem e os que se conhecem não têm a intervenção que se devia dar. Fica tudo muito noutras sectores, nos subsídios, no apoio social, nas casas-abrigo e falha o sector dos cuidados de saúde primários, do médico e do enfermeiro de família que supostamente é quem melhor conhece a família.” E18

“Devia haver articulação entre este tipo de organização e os serviços de saúde, tanto pela saúde das crianças como da saúde da mulher porque acontece termos uma pessoa inscrita temporariamente e não sabemos nada dessa mulher e dos filhos.” E19

Motivar os homens para a vigilância da saúde em CSC:

“(…) o próximo passo devia fazer com que os homens venham para a vigilância em saúde também para se trabalhar a parte deles.” E 20

Implementar protocolo de encaminhamento:

“Sabermos a quem devemos recorrer quando nos surge uma situação para podermos encaminhar e sabermos que pessoas especializadas vão acompanhar a situação.” E20

Aumentar as visitas domiciliárias (VD):

“Outra coisa que poderia ajudar era aumentar as VD para poder no meio da utente poder ser mais fácil detetar.” E23

Equipa multidisciplinar integrada

“(…) ter a equipa mais integrada, de médico, enfermeira e assistente social a funcionar em conjunto com reunião para saber melhor como intervir.” E23

Abordar a violência conjugal, com utentes:

“(…) para a entrevista ao utente e na anamnese mas também aqui mais por receio do próprio profissional do que pelo utente. Não ter receio de perguntar se alguma vez sentiu medo do seu parceiro ou se houve alguma atitude do parceiro que a incomodou. Pequenas coisas que as pessoas até responderiam mas que nós não fazemos habitualmente.” E23

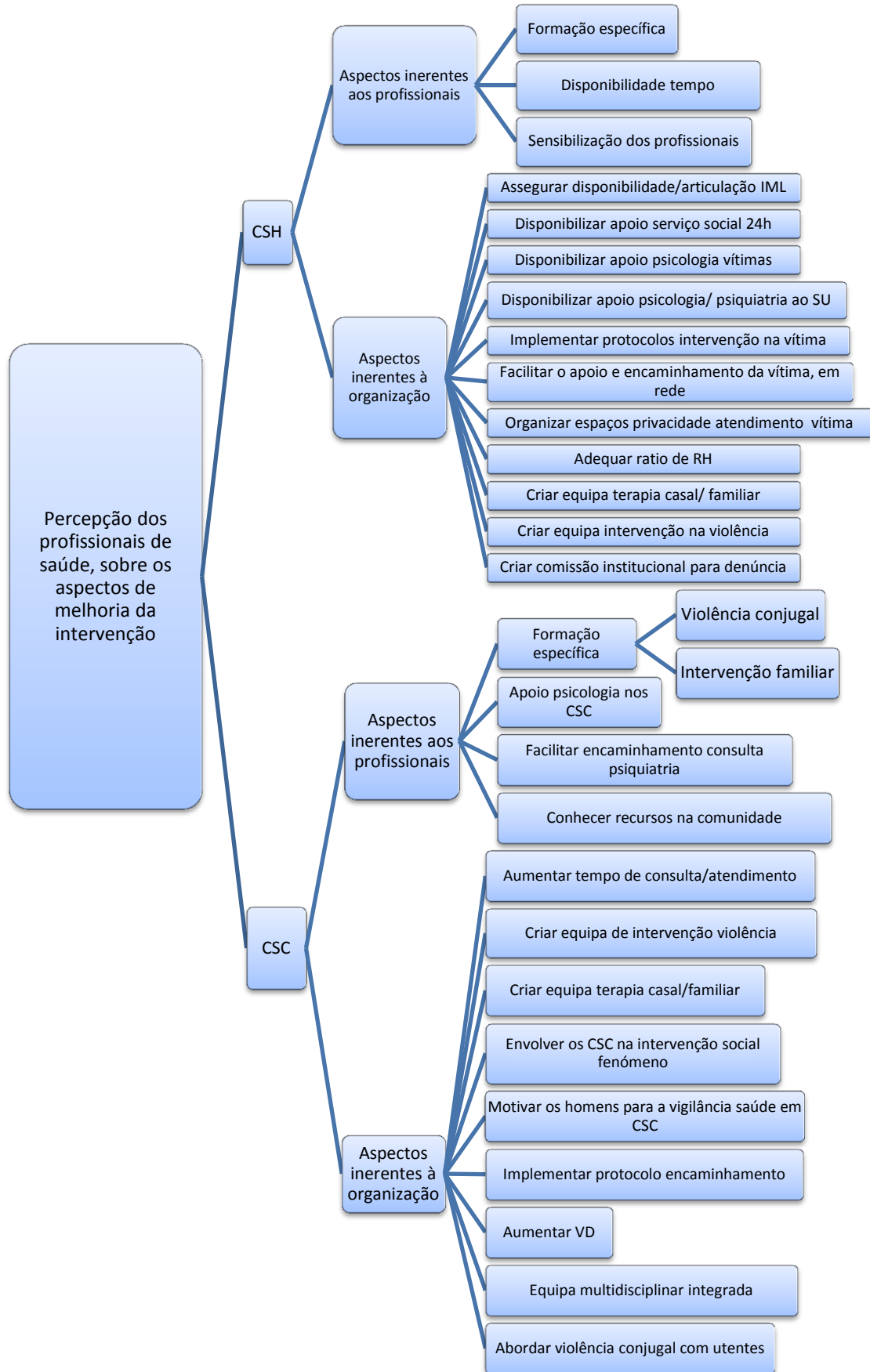


Fig. 15 - Percepção dos profissionais de saúde, em CSH e CSC, sobre os aspectos de melhoria do atendimento e da intervenção à mulher vítima de violência conjugal

2.2.1. Discussão dos resultados obtidos através de entrevista

Da análise dos dados pudemos perceber que os profissionais se posicionaram relativamente ao conjunto das áreas que compõem as suas práticas profissionais junto à mulher vítima de violência conjugal. Estas áreas temáticas organizam-se em cinco eixos estruturantes do processo de cuidados de saúde à mulher vítima de violência conjugal e que se situam entre as práticas clínicas actuais e o que consideram que seria desejável. Para efeitos da discussão dos resultados, organizámos da seguinte forma:

- 1- As práticas profissionais face à mulher vítima de violência conjugal: o que fazem e como fazem?
- 2- O papel e a responsabilidade dos profissionais de saúde face à mulher vítima de violência conjugal: o que deve ser feito?
- 3- As percepções dos profissionais perante a mulher vítima de violência conjugal: o que pensam e sentem?
- 4- As percepções dos profissionais sobre as repercussões da violência conjugal contra a mulher: a mulher, a família, a sociedade.
- 5- As sugestões de melhoria ao atendimento da mulher vítima de violência conjugal: o desejável.

1- As práticas profissionais face à mulher vítima de violência conjugal: o que fazem e como fazem?

As práticas profissionais face à mulher vítima de violência conjugal iniciam-se com o **diagnóstico** da situação, ao qual se segue a **intervenção junto à mulher**. Ao longo destas fases do processo de cuidados de saúde à mulher vítima são utilizadas **estratégias de intervenção** que se revestem de **factores dificultadores** e de **factores facilitadores**.

O diagnóstico de que a mulher é vítima de violência conjugal foi sobretudo feito através da revelação da própria mulher, na interacção entre o profissional de saúde e a utente dos serviços de saúde, quer ao nível hospitalar, quer ao nível dos cuidados de saúde na comunidade e portanto na interacção proporcionada pela entrevista clínica. A acção profissional para o diagnóstico foi despertada por pessoas significativas da rede

familiar e/ou comunitária da mulher – pais, irmãos, vizinhos, ou então, pelo encaminhamento de outros profissionais de saúde. Este encaminhamento teve por objectivo proporcionar à mulher um recurso necessário ao seu estado de saúde, em diversas situações expresso em diagnósticos clínicos como por exemplo: depressão resistente a fármacos, sintomas depressivos ou então com informação de disfunção familiar ou de situação socioeconómica desfavorável, relacionadas com alterações da saúde, especialmente na dimensão da saúde mental. Por isso, médicos e enfermeiros de família foram os profissionais que mais frequentemente encaminharam a mulher para os recursos da unidade local de saúde, como a consulta de psiquiatria ou a consulta de psicologia clínica. Nas situações de atendimento em serviço de urgência o diagnóstico realizado na triagem determinou o encaminhamento intra-serviço de acordo com as necessidades de saúde da mulher que motivaram o recurso ao serviço de urgência (SU). Neste serviço como em todos os outros ao nível dos cuidados de saúde hospitalar (CSH) foram sobretudo os enfermeiros que referenciaram a mulher à assistente social. Ao nível dos cuidados de saúde na comunidade (CSC) o encaminhamento para a assistente social foi efectuado por enfermeiros e por médicos de família.

Um aspecto que se revelou neste processo foi o facto de a informação sobre a situação de violência nos procedimentos de encaminhamento entre os profissionais, assim como a que é transmitida por pessoas significativas, ser em muitas situações omitida. Parece haver neste comportamento o mesmo silêncio que existe no próprio casal e na família sobre a prática da violência. A revelação por um elemento significativo não facilitou ao profissional a abordagem directa do tema com a mulher. Quando a violência conjugal é omissa numa informação de encaminhamento, ou outra, contribuí necessariamente para um atraso no diagnóstico da situação e na intervenção. Estes aspectos, podem dever-se a comportamentos de evitamento pela partilha cultural de reserva quanto ao tema, como refere Ramos (2004) com alguma ambivalência que ainda existe nas relações sociais e que se manifesta também nas práticas profissionais.

Na situação de entrevista clínica, houve estratégias consideradas facilitadoras para a mulher verbalizar a situação, das quais se destaca o desenho do genograma familiar, por ser um dos instrumentos específicos para o estudo da família na sua composição e estrutura, ciclo de vida familiar, assim como para obter informação sobre os comportamentos e as relações, eventos de vida e situações de saúde, ao longo de pelo

menos três gerações, permitindo identificar repetição de padrões, de riscos e o potencial familiar para o seu re-equilíbrio (Macgoldrick; Gerson, 2000). As outras estratégias utilizadas para abordar a relação do casal e as relações familiares, não foram evidenciadas como avaliações suportadas por instrumentos de avaliação familiar específicos.

A informação sobre a situação circulou inter-serviços protagonizada pelas assistentes sociais a exercer em CSC e em CSH mas foi rara por motivo de violência conjugal.

Entre os profissionais de saúde de um mesmo serviço, a suspeita de violência conjugal em utentes foi transmitida verbalmente a outros profissionais (por exemplo médico ou enfermeiro) ou na passagem de turno de enfermagem, no sentido de ser assegurada a continuidade da observação da mulher que permitisse obter dados adicionais para a tomada de decisão.

Embora em muitas das situações os profissionais tivessem referido que as mulheres revelaram a situação de violência conjugal, esta não foi a maior parte das vezes exposta espontaneamente nem nos primeiros momentos da interacção, mesmo em situação de serviço de atendimento urgente. Por outro lado, o motivo da procura de cuidados de saúde não foi na maioria das vezes a violência, mas sim cuidados de saúde relacionados com a mesma ou não, como por exemplo a gravidez ou o parto. Desta forma, os profissionais de saúde mencionaram que a avaliação clínica lhes permitiu obter dados que conduziram ao diagnóstico mas era mais frequente manterem a suspeita de que a mulher era vítima de violência conjugal, o que os fez desenvolver acções na tentativa da confirmação.

A avaliação clínica permitiu aos profissionais a recolha de dados objectivos e subjectivos relacionados com a eventual situação de violência.

Os dados subjectivos que foram salientados pelos profissionais de saúde foram: as queixas da mulher (sintomas depressivos, ansiedade, tristeza, desmotivação); a descrição da situação que originou a lesão, no caso das agressões físicas; a abordagem das relações conjugais e familiares; a avaliação dos estilos de vida da mulher e a avaliação dos factores de risco social.

A observação física foi uma das componentes da avaliação que na situação da mulher vítima de violência conjugal permitiu pesquisar lesões físicas e caracterizá-las quanto à

tipologia, localização e etiologia. Esta observação, foi mais referida pelos profissionais do serviço de urgência como procedimento intencional o que está enquadrado na prestação de cuidados próprios desse serviço. Nos CSC e em serviços em que há um atendimento continuado, como por exemplo no âmbito das consultas de especialidade, essa fase da avaliação clínica não foi realizada intencionalmente e por isso só nas situações em que as lesões estavam localizadas em partes do corpo expostas, é que as mesmas foram avaliadas pelos profissionais.

A avaliação dos aspectos referidos é uma das formas dos profissionais identificarem repercussões na saúde da mulher, que diversos estudos têm salientado como relacionados com a violência conjugal e que neste caso foram sobretudo as pesquisas de sinais físicos – lesões diversas - que são os de mais fácil diagnóstico e de sinais relacionados com o estado da saúde mental - ansiedade, tristeza ou depressão (WHO, 2002; DGS, 2005; Ramos, 2004; Calvino, 2007; Calvino & Ramos, 2008).

Para estabelecer o diagnóstico de violência foi evidenciada a importância do indicador – recurso frequente ao SU por trauma – mas em CSH, os profissionais referiram que não fazem essa consulta por limitações de tempo e do próprio sistema informático. Em CSC a mesma dificuldade relacionou-se com o acesso ao processo informático da mulher só ser possível quando a mulher vai à consulta, o que pode significar um tempo mais ou menos longo entre o episódio de urgência e a consulta em CSC. Só nos casos em que a agressão provocou lesões que requerem continuidade de cuidados e a mulher aceda para o efeito aos CSC, é que os profissionais deste contexto de cuidados têm conhecimento mais rápido da situação, através da mulher e/ou da informação escrita dos CSH, sobre a situação, caso tenha sido reportada e registada.

Durante a avaliação clínica, estes profissionais salientaram a atenção ao comportamento não-verbal da mulher, nomeadamente às manifestações de medo, de vergonha e de evitamento. Em CSC, foi apontada a expressão facial, emocional e a forma de vestir como indício de um desvio ao estado habitual da mulher. A identificação das mensagens da linguagem corporal e emocional são um aspecto fundamental nas interações humanas, e particularmente nas profissões da saúde. O corpo, independentemente da palavra, transmite os sentimentos e as emoções, o estado interior, em manifestações mais espontâneas e genuínas e, como refere Gaiarsa citado por Silva *et al.* (2000, p. 53), por isso um “*observador atento consegue ver no outro quase tudo*

aquilo que o outro está escondendo – conscientemente ou não. Assim, tudo aquilo que não é dito pela palavra pode ser encontrado no tom de voz, na expressão do rosto, na forma ou na atitude do indivíduo”, pois“(...)o conhecimento encontra-se alojado nas palavras, enquanto que os sentimentos passam pelos gestos, pelos olhos, pelos gritos.” (Birdwhistell, 1970 cit. Fischer, 1996, p.189).

Em ambos os contextos, os profissionais desenvolveram acções que lhes permitissem estabelecer a veracidade da situação de violência, descartando a possibilidade de um discurso delirante em pessoas com determinadas psicopatologias ou por orquestração da situação por deformação do carácter e para fins reprováveis.

Nos discursos dos profissionais que têm interacção regular com a mulher, foi considerado que o conhecimento dos factores de risco social são importantes e que podem servir para despertar o profissional para os sinais de violência. Os factores de risco mais evidenciados foram, os comportamentos aditivos do cônjuge, os baixos recursos económicos da família, o desemprego do cônjuge, más condições habitacionais e ambiente comunitário problemático, alguns destes factores enquadrando-se nos descritos por Ramos (2004).

A **intervenção** destes profissionais caracterizou-se por múltiplas acções que vão sendo implementadas por fases e geridas conforme a reacção da mulher e as suas necessidades, num processo contínuo entre recolha de dados e tomada de decisão. A intervenção foi sobretudo dirigida à mulher mas evidenciou-se a intenção de envolver elementos da família para os alertar para a situação e em algumas situações para convocar o agressor.

Assim, os profissionais no âmbito da intervenção inerente ao seu grupo profissional tiveram sobretudo intervenções que lhes permitissem:

- Instituir o estudo da semiologia apresentada pela mulher e decidir os tratamentos adequados às necessidades da saúde biofísica e mental, fossem estes prescritos e executados pelos próprios ou por outros especialistas. Desta forma, foi tomada a decisão de encaminhar a mulher para outros níveis de intervenção disponíveis na unidade local de saúde, nomeadamente: consulta de psicologia clínica, consulta de psiquiatra ou serviço de urgência para o qual as mulheres foram encaminhadas para tratamentos inerentes à saúde, como para registo de lesões físicas com vista ao processo legal;

- O encaminhamento no âmbito de recursos sociais foi sobretudo realizado por enfermeiros de ambos os contextos e por médicos de família para a assistente social do respectivo serviço/departamento, as quais activaram a intervenção de uma associação de apoio à vítima ou encaminharam a mulher e também executaram os procedimentos para a avaliação pelo Instituto Médico-Legal, nos casos necessários, e para as forças de segurança. O encaminhamento para as forças de segurança e para as associações de apoio à vítima foi um procedimento que alguns profissionais referiram, não sendo prática usual, nem uniforme pois foi sobretudo realizado fora dos períodos em que o serviço social está disponível.

Da análise dos discursos dos participantes verificámos que o encaminhamento foi, nas situações formais, acompanhado de informação que privilegia a situação de saúde da mulher ou sobre condições sociofamiliares, sem haver referência à situação da violência conjugal, nem como diagnóstico estabelecido nem como suspeita.

Neste processo de intervenção junto à mulher os profissionais utilizaram também intervenções que se destinaram ao apoio, ao encorajamento, à capacitação, ao desenvolvimento dos recursos internos da mulher e à informação sobre os recursos na comunidade e os seus direitos. Havendo algumas diferenças entre os participantes de CSH e os de CSC, estas não foram, na globalidade, muito significativas, sendo que, a diferença que constatámos se revelou sobretudo decorrente da interacção continuada ou pontual com a mulher e por inerência de áreas de especialidade.

Na intervenção por profissionais da área da saúde mental (psicólogos e enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, tanto em CSC como em CSH) surgiu a intervenção junto da mulher para favorecer os mecanismos de *coping*; a intervenção psicoeducativa para consciencialização da violência e tomada de decisão da mulher; a promoção da decisão informada baseada nas soluções disponíveis na comunidade e as suas consequências; o apoio emocional e a avaliação da situação dos filhos.

Ao nível da intervenção em CSC (enfermeiros e médicos de família) salientaram-se as intervenções mais regulares no tempo como o aconselhamento; a capacitação, referida por um reduzido número de profissionais; a intervenção psicoeducativa para a consciencialização da violência e sobre a dinâmica da violência conjugal; a vigilância

de sinais, em caso de suspeita de violência ou de novas ocorrências; a avaliação da situação dos filhos e o envolvimento de elementos da família.

Os profissionais que pontualmente atenderam a mulher, desenvolveram intervenções centradas no apoio, encorajamento e na informação sobre os recursos na comunidade.

Pelas assistentes sociais de CSH foi realizada a avaliação de riscos pós-alta e, foi referida por uma participante a informação à mulher sobre as medidas de segurança pessoal a adoptar. Neste grupo profissional revelou-se mais articulação entre os CSC e os CSH e com as associações de apoio à vítima.

Da análise destas intervenções pudemos inferir que parece não existir um planeamento de intervenção na saúde da mulher que inclua a problemática da violência conjugal nem uma intervenção ao nível da família com problema de violência no casal. As intervenções foram pouco articuladas entre si, dirigidas exclusivamente à mulher e sem o envolvimento multidisciplinar e inter-profissional para estabelecimento de um plano de cuidados em saúde mais personalizado, integrativo e adequado à mulher na situação de violência, no seio de uma família e comunidade particular. Cada grupo profissional e serviço/departamento actuaram de forma isolada na mesma mulher. No caso particular de serviços de contacto pontual, como por exemplo quando a mulher vai ter um filho, a limitação da intervenção relacionou-se com a missão e objectivos particulares nessa situação.

Parece-nos, que no contacto com uma mulher vítima de violência as intervenções de encaminhamento específico e de transmissão da informação para os CSC e destes para os CSH, ficam aquém das que seriam desejáveis. Estes aspectos têm sido reportados por diversos autores que consideram haver deficiente consciencialização para a violência e para as suas consequências, levando a uma certa passividade ou actuação pouco adequada (Silva, 1995; Ramos, 2004; Calvinho, 2007).

Para a intervenção junto da mulher vítima de violência conjugal, os participantes dos dois contextos de prestação de cuidados utilizaram **estratégias** muito semelhantes, decorrendo a diferença mais da continuidade do atendimento e de estratégias de intervenção disponíveis nos CSC.

As estratégias relacionadas com a relação profissional-utente preconizadas nas profissões da saúde e para intervenção na pessoa foram as que mais se salientaram. A

relação terapêutica, a relação de confiança, a abordagem da situação, o favorecer a expressão de necessidades, o dar a oportunidade, a validação dos sentimentos, a relação empática, a escuta activa, emergiram em ambos os contextos, denotando a preocupação destes participantes em estabelecer uma relação de ajuda com a mulher, baseada no respeito pela sua autonomia e direito à auto-determinação. Como refere Hesbeen (2001) o cuidar é comum a todos os profissionais de saúde e, apesar das especificidades próprias de cada profissão, tem como alvo comum o utente com o qual o encontro deve permitir a construção de um projecto de saúde a desenvolver com o apoio dos profissionais. Esta construção deve decorrer da relação terapêutica, que requer tanto conhecimentos técnico-científicos como capacidades comunicacionais e relacionais que requerem tempo, paciência e interesse genuíno para fazer emergir os saberes e capacidades da pessoa.

De salientar a necessidade que foi expressa por estes profissionais de comunicar à mulher princípios ético-deontológicos com o objectivo de reforçar a preservação da confidencialidade, do sigilo e da privacidade da mulher para obter da sua parte um estado de confiança e à vontade favorecedores do diálogo sobre a situação de violência. Nesta tentativa de aproximação à problemática, os profissionais desenvolveram um raciocínio crítico sobre os dados recolhidos e que os orientaram para confrontar a mulher com os mesmos de uma forma subtil, insinuando ou sugerindo sobre a existência de algo ainda não revelado para assim conseguirem obter informações adicionais que lhes permitissem a aproximação à realidade da mulher. Só dois dos participantes, de CSC, referiram que perante indicadores sugestivos de violência, utilizaram a directividade nas questões que colocaram à mulher.

Pesquisas realizadas têm permitido verificar que a abordagem frontal da violência conjugal não é considerada intimidatória pela mulher nem devassa da sua vida privada e que lhe permite verbalizar a sua situação, validar e diminuir o seu sofrimento e obter informação e apoio (Davidson *et al.*, 2001; Majdalani *et al.*, 2005; Humphrey *et al.*, 2011).

Uma estratégia utilizada em contexto de CSH, por procedimento dos serviços e operacionalizada pelas assistentes sociais, foi a de proteger a mulher do agressor internando-a ou adiando a alta até à intervenção de uma associação de apoio à vítima.

Nos CSC foram também utilizadas estratégias favoráveis ao diagnóstico e à intervenção: atender a mulher após o horário normal das consultas; marcar consultas mais frequentes para vigilância e apoio; marcar consulta para o agressor; realizar visitas domiciliares e esclarecer os motivos subjacentes à não comparecimento de consultas planejadas. Estas estratégias proporcionaram aos profissionais um acompanhamento mais próximo à mulher, dispensando-lhe mais apoio e também permitiram estabelecer o diagnóstico ou a sua confirmação nos casos de violência oculta ou dissimulada. A visita domiciliar em equipa multidisciplinar constituída por médico, enfermeiro e assistente social, foi revelada como estratégia favorecedora da avaliação das estruturas relacionais da família no seu espaço habitacional em que a presença dos profissionais de áreas de intervenção específicas proporcionou melhor e mais alargado conhecimento sobre a família e a interação entre os seus elementos, facilitando a identificação de interações de risco ou sugestivas de violência.

A visita domiciliar é uma estratégia desde há muito utilizada na prestação de cuidados de saúde na comunidade, que permite conhecer melhor a família no seu contexto e identificar riscos e necessidades, proporcionar suporte psicossocial e favorecer a promoção da saúde (Graça, 2010).

A tentativa destes profissionais intervirem junto do agressor através da marcação de consulta, especialmente para o encaminhar para tratamento do consumo excessivo de álcool, não teve adesão e, nos poucos casos em que o agressor compareceu os resultados foram maus, segundo a experiência de alguns dos participantes. Está instituído um discurso social, que o próprio agressor utiliza e alimenta, de que o consumo de álcool ou de drogas é responsável pelo comportamento violento. Porém, têm sido produzidos estudos científicos que asseguram que tal situação aumenta o risco de violência mais severa, mas não está na origem do comportamento (Gelles & Straus, 1988; Silva, 1995). Assim, o tratamento de consumos aditivos é importante pelo re-equilíbrio da saúde geral e para reduzir o risco de agressões mais violentas mas deve ser acompanhado de um programa para reabilitação comportamental dos agressores, que lhes permita aprender novas formas comunicacionais e comportamentais sem recurso à violência, que os ensinem a controlar os impulsos, a gerir o stress e a desenvolver novas formas de relação entre géneros e de resolução pacífica dos conflitos (WHO, 2002; Gonçalves, 2007; Manita, 2008).

Em algumas situações, o cônjuge agressor foi convocado para o apelo ao restabelecimento de uma relação conjugal respeitosa ou então para ameaça de denúncia caso não altere o seu comportamento. Estas estratégias manifestam concepções tradicionais sobre o amor e a família que contribuem para a tolerância social da violência nas relações afectivas e para a inoperância de profissionais que por falta de formação para a problemática entendem que apelando ao amor e desejo do casal se manter podem resolver o comportamento violento (Silva, 1995; Ramos, 2004, Calvino, 2007).

Tipos de violência - Quanto aos tipos de violência que estes profissionais diagnosticaram, foram os habituais nas estatísticas do país (Portugal, 2009; APAV, 2013), ou seja, a violência psicológica foi a mais frequente, de seguida foi a violência física, tendo havido várias referências a violência sexual nas relações de conjugalidade. Este último tipo de violência tem sido mais reconhecida pelas mulheres, segundo a experiência dos participantes neste estudo, embora a mulher ainda se submeta, mesmo assim, ao ímpeto do cônjuge sem usufruir de prazer, o que traduz a concepção feminina de obrigatoriedade da entrega sexual ao cônjuge como refere Ramos (2004). Os dados da APAV relativos a 2012 dão conta de um aumento da mesma, o que se pode dever a esse maior reconhecimento e defesa pela mulher.

De referir que só dois profissionais falaram na violência física e psicológica associadas, que é um tipo de violência que atinge um número considerável de mulheres em Portugal (Portugal, 2009), sendo que a violência económica teve o mesmo número de referências.

Ao longo do processo com vista ao diagnóstico e posterior intervenção estes profissionais confrontaram-se com múltiplos obstáculos que se constituíram **factores dificultadores** mas salientaram também a existência de **factores facilitadores** no atendimento à mulher vítima de violência conjugal.

Factores dificultadores - São de salientar os **factores inerentes à organização institucional, aos profissionais, à vítima e aos decisores políticos.**

Em relação à **organização institucional** foram mencionados a falta de protocolos e a inexistência de uma rede de intervenção para as mulheres na situação de violência. Alguns recursos profissionais considerados pelos participantes como essenciais à

intervenção nestas situações também foram apontados como desajustados – o caso das assistentes sociais que estão em serviço só nos dias úteis e no horário diurno até às 17h e o Instituto Médico-Legal que está disponível em presença apenas um dia por semana. Nos restantes dias e horários os profissionais têm que contactar a equipa do Instituto Médico-Legal do Porto conforme a necessidade e a mesma desloca-se para intervenção na ULSAM. Outros recursos são inexistentes, como as consultas de psicologia clínica para mulheres atendidas no serviço de urgência ou identificadas noutros serviços/departamentos hospitalares. Também nos CSC os psicólogos clínicos são um recurso inexistente, que alguns profissionais contornaram pelo encaminhamento de mulheres para as associações de apoio à vítima que oferecem o apoio dessa especialidade. Contudo, outros profissionais não o fizeram por ser um recurso à margem da rede pública de serviços de saúde e não existir um protocolo de parceria instituído. Por isso, procederam aos procedimentos para o encaminhamento para os recursos internos da unidade local de saúde, que é feito pelos médicos de família e que, segundo estes participantes, é um procedimento moroso. Outras condições dificultadoras foram as relacionadas com as dinâmicas e a organização institucional, nomeadamente: os espaços arquitectónicos com pouca privacidade; o défice de recursos humanos; a sobrecarga de trabalho; o tempo de duração da consulta estipulado para os CSC e a missão/objectivos dos serviços/departamentos. Este último aspecto foi salientado em ambos os contextos, ora pela diferenciação de prestação de cuidados no hospital onde a interacção com as mulheres vítimas é mais pontual, ora pela grande abrangência de problemáticas de saúde na comunidade. Estes constrangimentos foram agravados pelo desajuste do *ratio* de recursos humanos às necessidades das unidades de prestação de cuidados.

Outra dificuldade referida foi pelos défices de comunicação intra-institucional, salientando-se: a falta de articulação entre os dois contextos de cuidados; as características do sistema informático que impedem a consulta de registos anteriores de agressões ou trauma aquando de um episódio de urgência e a falta da sinalização do recurso a esse mesmo serviço por motivo de violência aos médicos e enfermeiros de família antes da mulher vítima ir a uma próxima consulta.

As políticas para os CSC e as políticas economicistas na saúde foram também consideradas dificultadoras da intervenção, tendo sido sobretudo considerada a pressão

para atingir os objectivos; os indicadores exclusivamente quantitativos que não permitem o investimento desejado na relação com as utentes e a desadequada dotação de recursos profissionais. A este nível, foram também apontadas as políticas sociais que não têm sido favorecedoras da qualidade de vida das pessoas, do acesso ao emprego e à habitação condigna e que levam a desigualdades sociais e a um maior risco de violência. A intervenção pouco adequada às necessidades da mulher vítima de violência conjugal foi também associada à manutenção do fenómeno.

As condições institucionais, nomeadamente o *ratio* profissional/utentes e consequentemente a disponibilidade de tempo, deve ser decidido com base nas reais necessidades da prestação de cuidados nas unidades de saúde para a intervenção com qualidade. Os responsáveis pela gestão dos serviços de saúde têm um papel fundamental na criação de condições nos serviços favorecedoras de uma intervenção junto à mulher vítima de violência conjugal mais adequada. Isto pressupõe instalações suficientes e com privacidade, um processo de atendimento clínico e administrativo favorecedor da confidencialidade, a implementação de protocolos de atendimento e de encaminhamento de execução flexível, o estabelecimento de parcerias inter e multidisciplinares e uma comunicação intrainstitucional que promova o conhecimento dos mesmos por todos os profissionais (Fernández Alonso *et al.*, 2003).

Estes participantes salientaram a falta de formação específica dos profissionais de saúde sobre esta área, para uma intervenção mais adequada, nomeadamente ao nível da capacidade comunicacional para abordar a situação, do conhecimento do fenómeno e de como intervir na família. Também consideraram que existe falta de sensibilidade para o tema, que é ainda tabu profissional gerando evitamento à situação e limitação da intervenção desejável.

A formação sobre violência conjugal numa perspectiva de saúde e preventiva é uma recomendação da OMS (2002) para os currículos dos cursos de medicina e de enfermagem.

A dificuldade manifestada por alguns profissionais sobre o estabelecimento dos limites entre os assuntos da vida privada e aqueles que são passíveis de intervenção clínica, remetem também para a necessidade de formação sobre comunicação em saúde e intervenção familiar (Ramos, 2004, 2007, 2012) que como salienta Subtil (1999) não é a prestação de cuidados aos elementos de uma mesma família. Cuidar a família enquanto

sistema é cuidar de uma unidade complexa, com interacções, organização e capacidades próprias, que são variáveis entre as diferentes famílias e ao longo da sua evolução. Na família existem inter-relações entre os sistemas internos (conjugal, paternal, filial) e externos (comunitário, social) tornando-a uma rede complexa de interacções. Neste sistema a circularidade é constante, o que afecta um dos seus elementos influencia todos os outros e o sistema como um todo, na saúde e na doença. A presença de crianças com a mulher vítima de violência nas consultas de CSC e o desconhecimento dos profissionais de CSH sobre o contexto sociofamiliar da mulher vítima foram apontados como constrangedores da intervenção. Na perspectiva dos participantes, a ausência dos cônjuges é significativa nos CSC, constituindo-se outra das dificuldades. Esta ausência pode ter subjacentes questões de género influenciadoras da adesão a programas de saúde preventivos, que nos parece poderem ser reforçadas pelos programas em saúde existentes, que são maioritariamente dirigidos à mulher e à criança. Os indicadores contratualizados com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) evidenciam uma atenção em saúde centrada na gravidez, puerpério, planeamento familiar e saúde reprodutiva, saúde infantil, plano nacional de vacinação e programas destinados a controlo de patologias crónicas, como a hipertensão e a diabetes, as quais são mais incidentes nas faixas etárias mais altas (Portugal, 2012).

Um desafio sentido por estes profissionais foi o de conseguirem desconstruir as reacções de ocultação da situação de violência e de resignação, mesmo quando a própria mulher relacionava o mal-estar na saúde com a vitimização. A formação dos profissionais sobre a violência faculta a compreensão destas reacções pelo conhecimento da dinâmica da violência conjugal e os diversos mecanismos de adaptação da mulher a esta situação destruidora da saúde, entendendo o isolamento e a vulnerabilidade que lhe provoca e reduz a qualidade de vida (Gelles & Straus, 1988; Silva, 1995; Curnow, 1997; WHO, 2002; Ramos, 2004; Wijma *et al.*, 2007; Humphreys *et al.* 2011a).

“A aprendizagem da vulnerabilidade” é um modelo da área da vitimologia, explicativo do condicionalismo da mulher agredida se manter na relação e, que é explicado como “ (...) o bloqueio emocional e a passividade como perturbações reactivas desenvolvidas no decurso de uma experiência repetida de acontecimentos violentos incontrolláveis. (...) a reacção passiva da mulher resultará assim da aprendizagem de que é inútil

reagir e do descrédito nas possibilidades de sucesso de qualquer intervenção” (Silva, 1995, p.119).

Um aspecto gerador de insegurança na intervenção com as vítimas, relatado por experiência de diversos profissionais, foi a instrumentalização da violência por mulheres para fins moralmente reprováveis, alguns com processos de participação às autoridades da sua iniciativa que resultaram em experiências negativas. O medo do agressor retaliar a ajuda profissional proporcionada à mulher foi outra fonte de insegurança referida. Este medo foi exclusivamente salientado em CSH. A violência contra profissionais de saúde no local de trabalho, está ainda pouco estudada em Portugal, contudo existe um observatório do fenómeno e foram já desenvolvidos instrumentos para a denúncia, pela Direcção Geral da Saúde. Este organismo, no seu último relatório sobre a problemática revela que a violência contra profissionais de saúde é mais frequente em hospitais do que em centros de saúde. Atinge nomeadamente, profissionais a exercer em serviços de urgência e serviços de psiquiatria, sendo os enfermeiros, seguidos dos médicos os mais atingidos pelos múltiplos tipos de violência (verbal, calúnia, destruição de bens, física, entre outras) (Portugal, 2012b).

Factores facilitadores - Relativamente aos factores facilitadores, estes participantes apontaram as habilidades comunicacionais e relacionais na interacção com a mulher vítima, o estado de disponibilidade, a relação de confiança e de proximidade. Dentre estes aspectos, queremos salientar a capacidade para captar “tiros de aviso”, a qual consideraram favorecedora para a validação do sentir da mulher e do incentivo para que a mesma exponha a situação. Nesta interacção, consideraram que o agir profissional à luz dos aspectos ético-deontológicos da profissão e a formação académica inicial contribuem favoravelmente para a identificação da mulher em situação de violência.

Alguns profissionais de CSH, expressaram facilitador o profissional não ter qualquer tipo de interacção com o agressor.

Para estes profissionais, o factor facilitador mais importante foi a vítima desejar ser ajudada. Este aspecto traduz a concepção cultural de que a mulher é passiva e não faz nada para resolver a situação mas também a dificuldade inerente à falta de formação, a qual não permite a compreensão dos processos adaptativos da mulher nem a desconstrução de estereótipos, para a aproximação à mulher, isenta de juízos de valor e

de pré-conceitos. Diversos investigadores (Trindade & Teixeira, 2000; Ramos, 2004, 2008, 2102) têm chamado a atenção para a insatisfação dos clientes de serviços de saúde com a comunicação estabelecida com os profissionais, na qual se entrecruzam as culturas e as crenças leigas de uns e de outros com os conhecimentos profissionais e as expectativas dos actores que, como explica Fiske (2002), enformam o ser humano a partir das experiências de aculturação e de socialização, ajudando-o a compreender o meio que o envolve. Estes factores estão sempre presentes na díade profissional-utente, influenciando a forma de comunicação/relação, a adesão dos mesmos aos cuidados de saúde e as suas expectativas (Ogden, 2000; Ramos, 2008, 2012).

O estado de saúde da vítima emergiu como um factor facilitador da intervenção. Quando a mulher apresentou mais necessidades de cuidados de saúde, sobretudo em situações de urgência, os profissionais desenvolveram uma interacção mais demorada e com mais privacidade, que se tornou favorável. Também o tempo de contacto permitido pela continuidade da prestação de cuidados ao longo do ciclo vital, foi considerado propiciador no contexto de CSC. Estas referências permitem apreender as condições e as oportunidades que surgem ao longo da prestação de cuidados e evidenciam a importância que os profissionais atribuíram ao estabelecimento de uma relação de proximidade e de confiança como promotores da verbalização da situação, e favoráveis ao encorajamento e aconselhamento.

Pelos profissionais do serviço social e alguns dos enfermeiros de CSC foi considerada facilitadora a articulação com as AAV pela intervenção específica que desenvolvem mas também por poderem encaminhar a mulher para o apoio psicológico. Desta forma, podem propiciar à mulher, de forma mais acessível e menos burocrática do que no seio da unidade local de saúde, um recurso que consideraram essencial.

Os aspectos facilitadores relacionados com os serviços foram, fundamentalmente, a intervenção em equipa multidisciplinar e o ambiente humanizado, de proximidade e disponibilidade para as utentes. Estes aspectos surgiram de forma muito distinta entre serviços/departamentos.

2- O papel e a responsabilidade dos profissionais de saúde face à mulher vítima de violência conjugal: o que deve ser feito?

Pelos discursos dos profissionais de saúde que participaram no estudo, o seu papel e responsabilidade devem situar-se a três níveis: **prevenção; diagnóstico e intervenção.**

A **prevenção** da violência deve ser uma responsabilidade dos profissionais de saúde a exercerem em contexto de CSC, nomeadamente dos enfermeiros. A estratégia mais evidenciada neste nível de intervenção foi a das parcerias com instituições de ensino desde a infância à juventude, através da educação para a saúde. Esta ideia enquadra-se no preconizado pela OMS, através da carta de Ottawa e da declaração de Yakarta, com o objectivo de capacitar os indivíduos, famílias e comunidades para opções de vida que preservem e aumentem a saúde, através da promoção da saúde partilhada por todas as instâncias sociais e capazes de influenciar as condições que influenciam a saúde na comunidade (OMS; 1986, 1997, 1998).

Quanto ao **diagnóstico**, os profissionais consideraram importante identificar os factores de risco sociofamiliares para intervir nos que são da responsabilidade do sector da saúde, como o tratamento dos comportamentos aditivos. O conhecimento sobre esta classe de factores foi evidenciado como necessário para poder diagnosticar a situação de violência conjugal em fases mais precoces. A OMS tem vindo a recomendar diversas estratégias para a prevenção da violência e a importância do sector da saúde se comprometer com iniciativas preventivas e de diagnóstico precoce que contribuam para diminuir a vitimização e a perpetuação da violência. Daí que, conhecer os riscos e os sinais de violência à luz do modelo ecológico adoptado pela OMS contribui para uma maior atenção dos profissionais para os mesmos. Como já antes salientámos, os consumos aditivos não são a causa do recurso à violência mas representam um risco de violência mais severa. Contudo, outros factores de risco como os relacionais, os familiares, os culturais e os sociais podem ser pesquisados e registados na avaliação dos utentes para poder haver a monitorização da possibilidade de violência que conduza ao diagnóstico mais precoce (Fernández Alonso *et al.*, 2003; OMS, 2006, Harvey; Garcia-Moreno & Butchart, 2007).

Face ao diagnóstico de violência conjugal, estes profissionais salientaram que a **intervenção** deve ser mais dinâmica e objectiva. Assim, expressaram a responsabilidade e o papel de tratar a mulher no âmbito das funções específicas de cada profissão. Neste

âmbito, devem encaminhar a mulher para outros profissionais com vista ao tratamento diferenciado das situações de saúde – psicólogo clínico, psiquiatra. Consideraram que devem ainda, proceder ao encaminhamento para o apoio social bem como para as associações de apoio à vítima, o que exige um conhecimento adequado das mesmas para dispensar informação pertinente.

Alguns profissionais frisaram a competência e a responsabilidade de qualquer profissional de saúde, independentemente do local de exercício, em realizar o diagnóstico. Contudo, os CSC e os serviços de urgência foram apontados como os contextos onde deve existir uma atenção particular à possibilidade de surgirem situações de violência conjugal. Não foram salientados grupos profissionais mais responsáveis ou com um papel diferenciado no estabelecimento do diagnóstico. Houve algumas referências dos profissionais que prestam cuidados em continuidade, que independentemente da sua profissão o profissional que identifica a situação e tem maior proximidade à utente, que lhe é mais significativo, deve ser o que deve assumir uma maior responsabilidade no processo de ajuda, proporcionando o apoio e encaminhamento específicos. Expressaram também que devem estabelecer uma relação de confiança e de proximidade que associada a competências comunicacionais e formação específica lhes permita um diagnóstico mais precoce e uma abordagem à problemática mais clara e objectiva. Estes aspectos foram considerados promotores da intervenção apropriada em tempo útil e favorecedores para consciencializarem a mulher para a violência a que está a ser sujeita. Esta consciencialização foi entendida como necessária no sentido de a capacitar para mobilizar os recursos pessoais e utilizar os comunitários, apoiando-a e aconselhando-a.

Ao nível dos CSH o foco do papel e da responsabilidade foi mais centrado no diagnóstico, no tratamento e encaminhamento para outros profissionais clínicos, sendo de salientar o psicólogo clínico e a assistente social, a qual deve ter o papel e a responsabilidade de articular e informar sobre os recursos existentes na comunidade para apoiar na situação de violência conjugal.

Consideramos que as atribuições quanto ao papel e à responsabilidade demonstram-se um pouco desarticuladas e não evidenciaram multi e interdisciplinaridade, nem um plano de intervenção continuada para uma situação particular com impacto na saúde individual e familiar. A avaliação da situação da mulher, do cônjuge e dos filhos requer

uma avaliação quanto ao risco físico, psicológico e social, uma consciencialização da mulher para a dinâmica da violência e de como se pode proteger a ela e aos filhos. A informação sobre as associações de apoio à vítima da área de residência, o fornecimento de números telefónicos de emergência em situações de violência, o apoio jurídico e social de que podem usufruir, são alguns aspectos que devem ser abordados aquando do diagnóstico de violência. O encaminhamento para ajuda psicoterapêutica à mulher, aos filhos e ao agressor e para o apoio social são dimensões do apoio e da ajuda imprescindíveis, mas que requerem que, nomeadamente o médico e o enfermeiro de família, se mantenham atentos à situação e a continuem a acompanhar. A intervenção em rede, tal como a OMS recomenda, deve ter um compromisso do sector da saúde pois, pela proximidade às mulheres, detém uma posição privilegiada para diagnosticar a situação, tratar as vítimas, encaminhá-las e acompanhar a situação articulando e mobilizando os recursos multisectoriais que intervenham na problemática da violência (Fernández Alonso *et al.*, 2003; WHO, 2002; OMS, 2006). Em relação aos serviços de urgência, a OMS aconselha que os mesmos sejam dotados de condições humanas e organizacionais para uma adequada intervenção nas situações de violência física, sexual e psicológica. Para o efeito, a formação dos profissionais de saúde é essencial para poderem diagnosticar, tratar e encaminhar sem estigmatizar, culpar ou desvalorizar as vítimas. Outros recursos e profissionais que estão envolvidos em situações de urgência, como polícias e médicos forenses, devem ser acessíveis e as condições de trabalho e de equipamento adequados a uma intervenção em trauma eficaz devem estar garantidos. A melhoria dos serviços de saúde e a disponibilidade de apoio psicológico, social e as parcerias com outros sectores sociais como o jurídico são recomendações para uma intervenção específica nas situações de violência no sector da saúde (OMS, 2006).

Relacionado com o papel e responsabilidade, surgiu o posicionamento dos participantes sobre a denúncia da situação às autoridades competentes. Encontrámos diferentes posturas em relação a esta intervenção. A maioria dos participantes considerou haver uma dimensão ética e deontológica da profissão que representa um dilema ético e moral quando conjugado com o dever cívico de denúncia, uma vez que a situação de violência conjugal está definida em lei como crime público. Dos deveres éticos e da relação terapêutica inerente a qualquer situação de prestação de cuidados de saúde, salientou-se a necessidade destes profissionais se manterem à margem dessa denúncia para preservar a relação de confiança e o sigilo. Face a isto, consideraram que devem intervir no

sentido de ajudar a mulher vítima a tomar a decisão de denunciar. Evidenciaram-se valores pessoais inibidores da denúncia, pela ligação a uma ruptura familiar e que pode prejudicar tanto ou mais a mulher e a família, pela inoperância do sector da justiça e por considerarem que o processo de apoio sociojurídico em vez de ser libertador induz uma vitimização acrescida. Outros profissionais evidenciaram valores pessoais promotores da denúncia, mesmo que à revelia da mulher vítima, para que não corram o risco de ligação moral a uma situação de violência que pode lesar gravemente a mulher ou até causar-lhe a morte. Também foram expressos sentimentos inibidores da denúncia: o medo do agressor; a insegurança resultante de experiências anteriores mal sucedidas por instrumentalização da violência; mas sobretudo, pelos comportamentos frequentes da vítima, que nega a situação ou demonstra constantes avanços e recuos na vontade de a resolver. Também os factores culturais sobre a família e o casal foram revelados como inibidores para intervir com recurso à denúncia.

3-As percepções dos profissionais perante a mulher vítima de violência conjugal: o que pensam e sentem?

Da interacção entre a mulher vítima e os participantes emergiu a **percepção** sobre a mulher como sendo uma pessoa resignada e com vergonha da sua situação, o que a leva a ter um comportamento de auto-culpabilização e de silêncio. Expressaram também que muitas mulheres têm dificuldade em reconhecer a violência conjugal, minimizando-a ou desculpabilizando o agressor.

Nas suas apreciações, são pessoas com auto-estima baixa, dependência afectiva e/ou económica e com poucos recursos interiores que as fazem acomodar-se à situação. Sentem incompreensão por muitas mulheres verbalizarem o amor que sentem pelo companheiro, ou pelo medo dessa perda. Os modelos familiares em que a vítima cresceu e se desenvolveu também foram mencionados como uma das razões da normalização da violência nas relações afectivas.

As mulheres sujeitas a violência conjugal, com quem estes participantes tiveram contacto profissional, sofriam violência psicológica, que foi a mais frequente e a que as mulheres expressaram mais facilmente. Alguns profissionais verbalizaram a violência psicológica combinada com a violência física ou sexual, em algumas mulheres.

Revelaram que a violência física não é habitualmente exposta pela mulher sendo mais ocultada e que a violência sexual é, na actualidade, mais reconhecida pela consciência da mulher do seu direito à satisfação sexual. Mas, a maioria das mulheres não a verbalizou como violência mas sim como insatisfação por terem de se sujeitarem às investidas do cônjuge sem usufruírem de prazer e sentindo-se magoadas. A submissão sexual no âmbito de relações conjugais tem sido descrita por vários autores, como Ramos (2004) Pereira, Matos & Machado (2006) e os dados do LEF (1999) revelam que uma percentagem considerável de mulheres é violada por maridos ou noivos. Este tipo de violência deve ser considerado nas práticas profissionais, ao nível da prevenção e do diagnóstico, desenvolvendo programas ao nível da educação para os afectos e para a igualdade de género para que homens e mulheres sejam capacitados para a vivência de relações afectivas e sexuais gratificantes e mais igualitárias.

Estes profissionais salientaram que a mulher vítima revela, frequentemente, um desejo ambivalente. Por um lado, deseja libertar-se da violência, mas por outro, tem medo de optar pela ruptura da relação conjugal ou por acreditarem que é possível manter a família unida. Constataram ainda, que a decisão pela ruptura familiar é difícil para estas mulheres sobretudo pela dependência económica e por crenças religiosas e culturais que são inibidoras do apoio familiar, do divórcio, que fomentam a culpabilização da mulher pelo insucesso da relação. Esta culpabilização foi considerada ainda mais destrutiva e real quando o agressor tem um comportamento atencioso no espaço público.

A formação sobre comunicação em saúde e sobre a problemática da violência é fundamental para os profissionais compreenderem como as expectativas que a mulher tem para a relação conjugal e para a família se conjugam com preconceitos sociais e culturais, como por exemplo sobre o divórcio, e se complexificam pela reacção da mulher à dinâmica e ciclo de violência conjugal e pelos perfis do agressor e da vítima. Este conhecimento é necessário para os profissionais de saúde desenvolverem outra perspectiva sobre a violência conjugal e a vítima que sustente a competência para a intervenção e para a relação de empatia com as mulheres nesta situação.

Também consideraram que a mulher vítima de violência conjugal tem necessidade de protecção familiar, de segurança física e de afastamento do agressor contudo, os participantes entenderam haver um desaproveitamento dos recursos sociais existentes para apoio à vítima de violência. Por outro lado, classificaram o processo de apoio

sociojurídico como vitimador por comportar uma série de condições indutoras de sofrimento nas mulheres que o decidem. Nomeadamente, pelo desenraizamento da mulher do seu contexto e frequentemente dos filhos. A mulher tem de deixar a sua casa e as suas coisas, o emprego, as relações familiares e de amizade e muitas vezes leva consigo os filhos, ou tem que os deixar, confrontando-se com perdas, mudanças e inseguranças tanto suas como das crianças. Referiram também que não existe neste processo uma verdadeira penalização do agressor, com o qual continua a haver tolerância e com a maior penalização a recair sobre a mulher vítima do seu cônjuge e sobre os filhos.

A tolerância com o agressor em todos os sectores sociais continua a ser prática e o processo que pretende ajudar a mulher continua a penalizá-la por uma solução que não é a que muitas vezes pretende, pelo desenraizamento que lhe é imposto e pela falta de segurança (Silva, 1995; Calvino, 2007). Estes aspectos geraram aos profissionais deste grupo de participantes dificuldade na intervenção, pelo receio de causar ainda mais prejuízo na saúde global da mulher e nos filhos mas contribuem para a passividade e tolerância com a violência conjugal.

A intervenção em agressores é ainda incipiente e a terapia familiar e de casal não está disponível para estas situações. A penalização dos agressores e o sistema de protecção das vítimas não se traduziu em resultados encorajadores. Tem sido revelado pelas estatísticas e estudos que as mulheres continuam a ser agredidas após a denúncia ou ruptura da relação e que esse momento aumenta o risco de serem mortas pelos ex-cônjuges. Não sendo integrados em programas de reabilitação específicos para agressores, voltam a ter o mesmo comportamento numa próxima relação, mantendo-se o ciclo perpetuador da violência e a vitimização de outras mulheres (Silva, 1995; Romito 2000 cit. Ramos, 2004; Manita, 2008; APAV, 2013; OMA, 2013).

Existe nestes participantes, a percepção de que estas mulheres negligenciam a sua saúde pelas frequentes faltas a consultas planeadas para vigilância regular da saúde que se devem às agressões ou ao controlo do cônjuge, o que as faz recorrer mais a consultas extemporâneas da sua iniciativa e de cariz curativo.

Na interacção profissional-mulher vítima, os participantes revelaram **sentir** acima de tudo revolta e impotência e que a situação lhes causa sobretudo espanto por a mulher permanecer na situação, mas também sentiram tristeza, medo e angústia.

A revolta é relacionada tanto à acomodação da mulher como à falta de recursos de ajuda social não penalizadores para a mulher.

A impotência foi mais expressiva em CSH, mas nos dois contextos de prestação de cuidados foi especialmente relacionada com as intervenções do profissional não terem expressão nas decisões da mulher. Também foi atribuída à falta de formação para intervir nesta situação. De salientar que só três profissionais referiram satisfação com a sua intervenção junto destas mulheres vítimas de violência conjugal.

4- As percepções dos profissionais de saúde sobre as repercussões da violência conjugal contra a mulher: a mulher, a família, a sociedade.

Os participantes revelaram que a violência conjugal determina prejuízos a diversos níveis – **para a vítima; para o sistema familiar; para a saúde pública e para a sociedade.**

Para a vítima salientaram o prejuízo da saúde considerada nas suas dimensões bio-psico-social e cultural o que representa uma espiral de prejuízo com início na pessoa, alargando-se a todo o seu meio familiar e social.

Ao nível da própria mulher, salientaram aspectos que conduzem à degradação da sua qualidade de vida, como a infelicidade, o sofrimento e a baixa auto-estima o que lhes vai causar diversos danos adicionais na saúde, como as depressões, que podem evoluir para quadros clínicos de psicopatologia e interferir permanentemente no seu bem-estar individual e social, podendo mesmo torná-la mais vulnerável em termos de saúde geral.

Diversos estudos no âmbito da saúde das vítimas de violência conjugal têm salientado um grande empobrecimento da saúde pelos múltiplos problemas que podem tornar-se crónicos e prejudicar a saúde por longos anos, mesmo após a interrupção da relação violenta (Heise, 1994; WHO, 2002; Campbell *et al.*, 2002; Wijma *et al.*, 2007; Humphreys *et al.*, 2011a). As síndromes psicossomáticas; os problemas sexuais, reprodutivos e na gravidez; a descompensação de patologias crónicas; o risco do abuso de substâncias; as perturbações da saúde mental, como a depressão, o stress pós-traumático que podem levar à ideação suicida e ao suicídio são alterações que têm sido descritas como relacionadas às agressões nas relações afectivas (Heise, 1994; WHO,

2002; Ramos, 2004; Fanslow & Robinson, 2004; OMS, 2005; Samelius *et al.*, 2010, Humphreys; Cooper & Miaskowski, 2010; Tobo *et al.*, 2011). Os prejuízos na saúde estão directamente relacionados com o número e intensidade das agressões e quanto menos saúde mais perda de dias de vida saudáveis a mulher sofre e menos apoio interpessoal tem (Heise, 1994; Wijma *et al.*, 2007; Humphreys & Lee, 2009; Humphreys *et al.*, 2011a).

Relacionado com as repercussões na saúde foi mencionado o prejuízo do desempenho laboral pela diminuição da capacidade produtiva e pelo absentismo que em algumas situações as leva à situação de desemprego e com prejuízo da vida laboral futura (Calvino, 2007; Manuel, Barros & Cerejo, 2008). Neste cenário a capacidade financeira diminuí e a dependência económica reforça-se ao passo que as interacções sociais se empobrecem, minando ainda mais a saúde da mulher e a sua integração social.

Ao nível do **sistema familiar**, o maior foco foi sobre as consequências da violência no bem-estar, na educação e desenvolvimento das crianças expostas a violência indirecta e nos riscos futuros de reprodução do modelo conjugal e de alterações na saúde mental (Gelles & Straus, 1988; WHO, 2002; Ramos, 2004; Harvey, Garcia-Moreno & Butchart, 2007).

A situação de violência conjugal foi considerada por estes participantes um problema de **saúde pública** pela perda de saúde global e de capacidades que vão tornar a sociedade mais pobre em capital humano saudável e participativo. É também assim classificada pela OMS desde 1996 e pela produção científica que permitiu conhecer que esta é uma problemática multifactorial e transversal a diversos domínios sociais mas que, tanto pelo problema como pelas soluções é, sobretudo, do âmbito da saúde pública (WHO, 2002; OMS, 2006; Harvey, Garcia-Moreno & Butchart 2007).

Os participantes atribuíram à violência conjugal diversos custos económicos acrescidos para o SNS, com consultas, meios complementares de diagnóstico, recurso ao serviço de urgência e tratamentos. Também relacionaram o peso económico com os gastos com o sistema jurídico-penal e de segurança social por toda a mobilização necessária no apoio à vítima e condenação do agressor.

Os custos da violência contra a mulher fazem subir as despesas sociais, nomeadamente para o sector da saúde que é o mais atingido pela problemática pelas razões que já antes apontamos, contudo os custos indirectos e os não quantificáveis, no presente e no futuro são incalculáveis (WHO, 2002; LEF. 2010; 2011). Em Portugal, os custos com despesas de saúde de mulheres vítimas de violência conjugal são 22% acima dos custos com a saúde de mulheres não vítimas, com gastos permanentes devidos sobretudo a consultas e fármacos (Barros *et al.*, 2008).

Em todo o **sistema social** há prejuízo pela perda de potencialidades das mulheres e das crianças no presente e adultos do futuro que pode e deve ser minimizada pela preservação e melhoria da saúde individual e familiar. A prevenção e o diagnóstico em fases mais iniciais foram apontadas como estratégias favorecedoras para minimizar o impacto negativo da violência sobre a saúde, mas têm que ser acompanhadas de intervenções adequadas e eficazes à resolução da situação envolvendo os vários sectores sociais.

No parecer destes profissionais de saúde a **prevenção** deve ser feita através de políticas educacionais e sociais favorecedoras de um desenvolvimento da pessoa em todo o seu potencial.

A educação deve ser promotora de valores humanos e cívicos, da igualdade de género e relações amorosas igualitárias, adequada a cada fase etária. Os programas de preparação dos jovens casais para a parentalidade e políticas públicas que proporcionem acesso a condições básicas de vida, como o emprego, a habitação, a educação, a saúde e uma sociedade mais igualitária no acesso a recursos básicos para a qualidade de vida, foram também consideradas importantes para a prevenção. Os participantes, enquanto profissionais de saúde, incluíram-se na responsabilidade e papel de, ao nível dos CSC, contribuir através da promoção da saúde das populações e das parcerias com o sector da educação para a igualdade de género, para os afectos e para a parentalidade. Salientaram ainda, a importância da prevenção dos comportamentos aditivos, por serem factores de risco de violência. Referiram também, que as unidades de saúde pública deveriam incluir-se nas campanhas de sensibilização sobre o problema da violência contra a mulher, pelo impacto que a mesma tem na saúde das mulheres, na família e na comunidade.

Salientaram como positivas as campanhas de sensibilização que têm sido realizadas e que a mobilização social pela prevenção e luta contra a violência conjugal deveria aumentar e criar eventos para a sensibilização e prevenção com mais regularidade.

Quanto à **intervenção** necessária neste fenómeno, entenderam que deve ser holística e sistémica, operacionalizada de forma articulada entre os vários sectores sociais por forma a melhorar o processo de ajuda à vítima.

Desde a juventude devem ser preparados e educados homens e mulheres para relações afectivas mais igualitárias e para identificarem precocemente sinais de violência e até dotar as mulheres de capacidades de defesa pessoal.

O diagnóstico mais precoce foi também referido como necessário para minimizar as repercussões da violência conjugal. Neste sentido, seriam favoráveis programas de ajuda às vítimas e aos agressores que lhes permitam desenvolver os recursos pessoais, as capacidades de comunicação inter-pessoal e relacional, aprenderem a controlar os impulsos e a usar técnicas de relaxamento. Os grupos de auto-ajuda para pessoas envolvidas nesta problemática também foram mencionados assim como o encaminhamento do agressor para programas de ajuda psicológica, terapêutica e comportamental e para tratamento de comportamentos aditivos.

5- As sugestões de melhoria ao atendimento da mulher vítima de violência conjugal: o desejável.

As sugestões dos participantes surgiram centradas em dois aspectos: **inerentes aos profissionais e inerentes à organização.**

No que se refere aos aspectos **inerentes aos profissionais** foi especialmente sublinhada a necessidade de formação específica sobre a violência e sobre a intervenção na família. Nos discursos dos profissionais emergiram dificuldades de intervenção relacionadas com a comunicação em saúde.

Também foram salientadas a necessidade de mais disponibilidade de tempo e de sensibilização dos profissionais de saúde para o diagnóstico mais precocemente e a intervenção junto das mulheres e da família.

Consideraram que para intervir eficazmente deveriam assegurar à mulher vítima de violência o acesso a outros recursos profissionais, nomeadamente à consulta de psicologia clínica e à consulta de psiquiatria. Alguns profissionais reconheceram que deveriam conhecer os recursos da comunidade para poderem informar e encaminhar.

Quanto aos aspectos **inerentes à organização**, foram salientadas as melhorias necessárias às condições actuais do seu quotidiano clínico. A articulação, a disponibilidade de tempo e o ajustamento dos recursos às necessidades de apoio à vítima. Destes, nomearam o Instituto Médico-Legal, o serviço social, a consulta de psicologia clínica e a consulta de psiquiatria ao nível dos CSH. Nos CSC, salientaram-se a necessidade de melhor articulação com as consultas de psiquiatria e a existência de consultas de psicologia clínica em cada unidade.

Outro aspecto importante que foi referido por estes profissionais, foi a implementação de protocolos de actuação que permitam a uniformização da intervenção em rede e uma equipa vocacionada para a intervenção com vítimas de violência. Salientaram também a importância de poderem encaminhar para equipas de terapia de casal e familiar preparadas para intervir nas famílias com violência conjugal e outras violências intra-familiares. Referiram outras medidas de âmbito mais generalista como, a sensibilização dos homens para a vigilância regular de saúde e o aumento das visitas domiciliárias como forma de uma maior confiança e aproximação às pessoas no seu contexto familiar.

A abordagem da violência conjugal pelos profissionais de saúde como problemática de saúde deveria ser também uma cultura da instituição, bem como fomentar o trabalho multidisciplinar e melhorar a comunicação intra-institucional, inter-serviços e com os recursos da comunidade.

No âmbito das políticas públicas, reforçaram que as relativas à saúde, devem privilegiar a qualidade do atendimento profissional-utente e a adequação da dotação em recursos humanos e dos meios, como por exemplo, a flexibilidade e aumento do tempo de duração das consultas, quando necessário.

CONCLUSÕES

A violência contra a mulher nas relações conjugais é uma problemática complexa pelas múltiplas variáveis que para ela concorrem, situadas num tempo histórico, sociocultural e individual transversal a todas as sociedades, etnias ou religiões. É um desrespeito pelos direitos humanos e um factor de risco para a saúde. A investigação sobre o fenómeno tem revelado como incontornável o impacto negativo e duradouro sobre a saúde da mulher, pela morbilidade e mortalidade que dele decorre e pelos riscos que representa para os filhos, no presente e no futuro.

O sector da saúde tem por isso responsabilidade na prevenção e intervenção neste fenómeno declarado problema de saúde pública pela OMS desde 1996.

Face à evidência das alterações de saúde secundárias à violência conjugal, importa que os profissionais a integrem nas suas práticas profissionais e possam dispor de meios humanos, materiais e de formação específica favorecedores da prevenção e da intervenção e de políticas públicas adequadas.

Este estudo centrado num paradigma qualitativo permitiu conhecer as representações sociais da violência conjugal de um grupo de profissionais de saúde constituído por médicos (as), enfermeiros (as), psicólogos (as) e assistentes sociais e conhecer as suas práticas profissionais no atendimento à mulher vítima de violência conjugal ao nível dos cuidados de saúde na comunidade e ao nível hospitalar.

Dos dados obtidos podemos inferir diversos aspectos relevantes para o estudo que nos conduzem a conclusões e sugestões, que passamos a apresentar.

Sobre as representações sociais de violência conjugal contra a mulher destes profissionais de saúde podemos destacar alguns elementos. Neste grupo de profissionais não se revelaram representações sociais hegemónicas, sobre a violência conjugal. Os resultados apontam para representações emancipadas e no grupo dos médicos não foi possível nomeá-las.

Entre o grupo dos enfermeiros e o grupo dos assistentes sociais as representações sociais revelaram-se similares por remeterem para o risco da violência conjugal poder gerar patologia na mulher. Face a isto, podemos colocar a possibilidade de existirem implicações desta representação social nas práticas clínicas dos enfermeiros, orientadas

por um paradigma biomédico, na intervenção à mulher vítima de violência conjugal, levando-os a proceder ao encaminhamento para outros profissionais de saúde, com uma intervenção em que não se evidenciaram ações de prevenção nem de promoção da saúde.

Os psicólogos foram os profissionais que evidenciaram nas suas representações sociais a responsabilidade profissional de apoiar a mulher na situação de violência. Desta forma, evidenciam a implicação da representação social nas suas práticas clínicas, nas quais referiram ter um papel de apoio à mulher e de favorecer os mecanismos de *coping* e de tomada de consciência para a situação de violência.

Parece-nos plausível que a não integração da violência nas práticas clínicas sofra a influência das representações sociais centradas na alteração da saúde, fazendo com que os profissionais de saúde só intervenham quando se manifestam alterações da saúde na mulher.

As práticas clínicas reveladas pelos discursos destes profissionais de saúde, revelaram diversas intervenções em saúde, através de múltiplas estratégias para intervirem junto à mulher vítima de violência conjugal.

Os dados obtidos sobre a intervenção destes profissionais revelou que a violência contra a mulher não está integrada nas suas práticas clínicas habituais, embora a considerem um problema de saúde com repercussões que necessitam intervenções ao nível do diagnóstico e do tratamento.

Ao nível da prevenção da violência contra a mulher não foram evidenciadas actividades e temas que contribuíssem para a prevenção e minimização da mesma, reconhecendo a carência de intervenções a este nível. Assumiram que deve ser uma responsabilidade nos CSC e das unidades de saúde pública e que devem ser implementados programas preventivos em parceria com outras organizações sociais. Assim, as actividades promotoras da saúde e para prevenção de problemas de saúde das pessoas, grupos e comunidades devem incluir a violência contra a mulher focando a sua prevenção, com os parceiros dos outros sectores sociais e das instâncias nacionais e locais, nomeadamente da educação, do ensino e das autarquias. A educação para os direitos humanos, para a cidadania, para a igualdade de género, para os afectos, para a preparação para a parentalidade, para a sensibilização acerca da violência de género e

para conhecimento dos sinais de alerta, deve ser desenvolvida através de programas adequados, desde fases precoces da vida e adaptados às diferentes fases etárias e do desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens.

Para prevenir e diminuir a ocorrência de violência, as políticas públicas, sociais e educativas, devem ser inclusivas e favorecer a igualdade de género e de oportunidades nas diversas dimensões sociais, como a escolaridade; a habitação; o emprego proporcionando condições de vida básicas e condignas que permitam eliminar e diminuir condições sociais que são ansiogénicas e causadoras da perda da capacidade de resiliência e aumentar o risco para tolerar e utilizar a violência.

Nos profissionais que participaram no estudo, reconhecemos um grande esforço para intervir junto da mulher vítima de violência com a qual desenvolveram múltiplas intervenções. Contudo, a frequência e experiência com mulheres vítimas que relataram fazem-nos pensar que poderá haver nas unidades de saúde uma sub-identificação das mulheres em situação de violência conjugal atendendo à prevalência dessa violência em Portugal. Também o primeiro contacto com profissionais para participação no estudo nos chamou a atenção o facto de profissionais de um mesmo serviço e equipa terem experiências diversas e outros não terem tido qualquer tipo de experiência.

Nos profissionais que acederam a colaborar no estudo constatámos uma considerável variabilidade tanto ao nível do conhecimento sobre a problemática da violência conjugal, como ao nível da intervenção, o que resulta num diferencial individual de intervenção, não articulada, nem orientada por procedimentos e protocolos, pois não existem na instituição.

A intervenção destes profissionais de saúde junto à mulher vítima de violência conjugal ancora-se no paradigma biomédico e embora considerem o paradigma biopsicossocial e cultural importante e desejável, este é ainda timidamente integrado nas práticas clínicas.

A intervenção é essencialmente de âmbito curativo e de tratamento das alterações de saúde sem se evidenciarem intervenções associadas preventivas de problemas de saúde adicionais ou promotoras do equilíbrio da saúde global. Ficaram expressas diversas dificuldades em estabelecer o diagnóstico e prestar os cuidados subsequentes.

O diagnóstico da violência foi feito quando a vítima apresentou alterações da saúde que não cediam aos fármacos ou sintomas somáticos recorrentes não explicados por problemas orgânicos ou ainda, após notificação de pessoas significativas.

Para o diagnóstico, a maioria dos profissionais não colocou questões relacionadas com a violência nas relações, nem utilizou instrumentos de avaliação que a integrassem. Os dados, são por isso obtidos de forma indirecta, podendo contribuir para a identificação da situação. Alguns profissionais apontaram a anamnese inicial em profundidade, e um referiu o genograma familiar como instrumentos facilitadores da obtenção de dados sobre a situação e da promoção da verbalização da violência conjugal pela mulher. Diversos profissionais referiram que a avaliação das relações familiares, da organização e distribuição de papéis familiares e dos estilos de vida contribuíram com dados para o diagnóstico. Estes aspectos foram abordados “informalmente” quando houve suspeita. A maioria dos profissionais não abordou o tema da violência com perguntas objectivas e simples, mesmo face a sinais suspeitos.

Estes profissionais evidenciaram o conhecimento de alguns factores de risco e de sinais de violência. Entre os profissionais de CSC verificou-se uma maior atenção aos mesmos, especialmente às condições sociais de risco, como as condições económicas precárias, o desemprego, o meio habitacional e comunitário de risco. Sobre factores individuais do cônjuge agressor o consumo de álcool foi o mais salientado. Apesar deste conhecimento, não revelaram intervenções preventivas, nem facilitadoras do diagnóstico precoce. Nos profissionais a exercer em SU a atenção aos factores de risco foi mais centrada nos sinais relacionados com as alterações de saúde.

O diagnóstico dos tipos de violência que a mulher sofre parece ter sido influenciado pelo contexto de cuidados de saúde, pelo que as respostas dos serviços e dos profissionais de saúde podem contribuir para as expectativas das mulheres em cada um dos contextos onde procura ajuda para a saúde sem identificar a possibilidade de respostas mais globais e articuladas para a resolução da sua situação.

Em contexto de urgência, o diagnóstico da violência física foi facilitado pelos motivos que determinaram o recurso a esse serviço. Mas, o mesmo tipo de violência foi de difícil diagnóstico para os profissionais de CSC, onde as mulheres verbalizaram com os profissionais mais facilmente a violência psicológica e onde a visualização das marcas de violência no corpo da mulher foi mais difícil.

Assim, os relatos destes profissionais sugerem que a mulher procura o tipo de recurso de saúde – CSH ou CSC – conforme as necessidades imediatas em saúde de acordo com a organização da prestação de cuidados no SNS. A exposição da situação pela mulher vítima é dificultada por reacções adaptativas complexas que podem ser condicionadas pela expectativa de cuidados de saúde para o corpo, que aprendeu a ter para cada contexto de saúde e no qual poderá revelar o que considera importante para os cuidados que necessita. Face à organização dos cuidados de saúde, a inexistência de uma intervenção articulada entre os profissionais dos dois contextos e com intervenção biomédica, podem contribuir para a não identificação pelas mulheres da possibilidade de uma intervenção sistémica na sua situação, a partir das instituições prestadoras de cuidados de saúde, conforme já foi constatado num estudo de Calvino (2007).

Face ao diagnóstico, a continuidade da intervenção dos profissionais revelou-se condicionada por dificuldades inerentes à falta de formação sobre o fenómeno psicossocial da violência conjugal contra a mulher e por condições institucionais e de políticas para a saúde não favoráveis a uma intervenção adequada.

A avaliação da condição da mulher vítima foi centrada no diagnóstico dos problemas de saúde física e psicológica, no seu tratamento e encaminhamento social.

O controlo farmacológico dos sintomas e outros tratamentos físicos foram instituídos sem outras medidas associadas para diminuir a possibilidade de riscos acrescidos para a saúde.

Os profissionais reconhecem que a violência contra a mulher nas relações conjugais prejudica a sua saúde individual, nas diversas dimensões biopsicossocial e cultural e é por isso um problema de saúde. Mas, nem todos têm a noção do grau do impacto e do prejuízo duradouro que a mesma pode ter. Consideraram que tem repercussões no bem-estar da família e sobretudo no desenvolvimento dos filhos e também no desempenho e participação social da mulher. Contudo, não evidenciaram intervenções preventivas de maior morbidade, como a promoção da saúde mental e dos estilos de vida saudáveis, medidas não farmacológicas para controlo de sintomas e do bem-estar geral, medidas de segurança e protecção, identificação e prevenção dos consumos aditivos e promoção das interacções familiares e sociais. A não valorização de medidas numa situação que gera alterações emocionais, psicológicas e *stress* elevado que podem conduzir a diversos problemas de saúde, mesmo quando a violência é exclusivamente do tipo psicológico,

pode dever-se ao paradigma de intervenção em saúde. Entendemos que o conhecimento limitado manifestado pelos profissionais sobre as repercussões da violência na saúde da mulher, da influência da duração dos maus-tratos sobre a morbidade e da importância da promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção dos comportamentos de risco (Humphreys *et al.* 2011a), contribuíram também para a intervenção à luz do paradigma biomédico, propiciador de mais segurança e mais conhecido para a abordagem das situações de doença.

Os profissionais a exercer no âmbito da saúde mental (psicólogos, enfermeiro especialista de enfermagem de saúde mental e psiquiatria) evidenciaram intervenções no sentido de favorecer as estratégias de *coping* e a mobilização dos recursos internos da mulher.

Da violência vivida pelas suas utentes, os profissionais de saúde identificaram que o tipo de violência psicológica é o mais frequente, mas também a violência física, sexual e a combinada. A maioria dos profissionais não demonstrou conhecimento sobre o risco dos vários tipos de violência coexistirem em muitas mulheres, nem da relação entre estes tipos e riscos específicos para a saúde em fases de transição do ciclo vital familiar nomeadamente gravidez e nascimento de filhos.

A intervenção junto à mulher vítima de violência conjugal é complexa por se tratar de uma problemática também em si complexa que provoca na vítima processos psicológicos também complexos. É um fenómeno desafiante para os profissionais de saúde por ser diferente do que é habitualmente o seu campo de intervenção no âmbito dos problemas corporais/somáticos evidenciados. Nesta problemática o agente causal é simultaneamente uma negação dos direitos humanos e um factor de risco para a saúde, mas que não depende da portadora mas sim de um elemento externo e com significado afectivo para a mesma. Daqui decorre que, a razão da sua intervenção clínica está muito além de quem têm em presença e requer a mobilização de recursos sociais diversos e articulados entre si. No quadro clínico secundário à violência existem diversas variáveis culturais individuais e relacionais, muitas vezes invisíveis para os profissionais de saúde mas que o determinam fortemente. Se a mulher está deprimida por uma situação de violência, a abordagem clássica ao problema de saúde não vai surtir efeito porque não resolve o problema de base. É uma problemática de saúde recente que veio introduzir outros desafios. Requer novas abordagens das equipas multidisciplinares de saúde, com

desenvolvimento de uma intervenção interdisciplinar, integrativa e articulada com outros recursos da comunidade, que se mantém difícil de conseguir.

As reacções adaptativas da mulher vítima de violência influenciam a díade profissional-utente e provocam sentimento de impotência, de insatisfação e de revolta nos profissionais.

A relação de ajuda à mulher foi salientada por este grupo de profissionais como fundamental e favorecedora do apoio e do encaminhamento. Evidenciaram a importância de respeitar a autonomia e a auto-determinação da mulher, assegurando o sigilo e a confidencialidade. Alguns profissionais apontaram ainda a atitude empática, a escuta activa, a validação de sentimentos e o dar oportunidade, mas expressaram que, em geral a mulher não é receptiva às suas intervenções.

Nestas dificuldades e percepções podem radicar dificuldades de comunicação em saúde numa perspectiva sistémica, favorecedora da relação de alteridade e influenciadora de comportamentos positivos em saúde.

A interacção profissional-utente requer conhecimentos científicos, qualidades humanas e auto-conhecimento para que o profissional assuma uma postura de abertura e descentração de si, para acolher as necessidades e perceber a intersubjectividade da pessoa. As capacidades comunicacionais jogam-se entre os interlocutores, nos conteúdos comunicacionais verbais e não-verbais que de forma involuntária e inconsciente podem transmitir mensagens contraditórias e provocar um desencontro de expectativas, de explicações e de soluções, num contexto em que a interacção ocorre com uma mulher vítima que sente vergonha, medo, desesperança, incapacidade e muitas vezes está deprimida.

A vulnerabilidade e as consequências da violência conjugal na saúde da mulher não são compreendidas pela maioria dos profissionais que a consideram resignada à situação, com sentimentos ambivalentes sobre a relação conjugal e da qual não sai por condições socioeconómicas desfavoráveis para que, sozinha consiga fazer frente às suas necessidades e dos filhos, por amar o companheiro ou por querer protegê-lo.

Foi evidenciado o desconhecimento sobre as reacções adaptativas da vítima, à dinâmica da violência conjugal e às diversas circunstâncias que concorrem para que a mulher se mantenha na relação. Parece-nos que este desconhecimento contribui para que estes

profissionais de saúde ancorarem a compreensão da situação em concepções culturais sobre a privacidade familiar e do casal e no discurso social que tem atribuído à mulher vítima de violência conjugal passividade e acomodação à situação de maus-tratos.

A intervenção junto da mulher vítima foi desarticulada e com uma frágil intervenção multidisciplinar e pobre interação inter-profissional e inter-sectorial.

Na informação clínica inter-profissionais, a situação de violência foi omissa, mesmo quando já identificada como associada ao problema de saúde que justifica o encaminhamento. Desta forma, consideramos que fica comprometida a intervenção adequada à resolução da situação pelo atraso, pela fragmentação da intervenção e pela não continuidade e complementaridade necessária à situação.

Estas atitudes dos profissionais poderão sugerir à mulher a desvalorização da situação e causar-lhe ainda mais desalento e dificuldade para falar da sua situação a diversos profissionais, em contextos distintos e em diferentes momentos. Salientou-se que a intervenção junto à vítima foi mais influenciada pelo conhecimento sobre o fenómeno e pela sensibilização individual para as questões da violência conjugal, do que pela experiência profissional.

O conhecimento da maioria dos profissionais de saúde sobre os recursos formais existentes na comunidade é vago, o que contrasta com a importância de prestar informação e apoio às mulheres vítimas, valorizados pelos profissionais nos seus discursos. Diversos profissionais não conhecem os recursos comunitários locais, como as associações de apoio à vítima, ou detêm informação vaga sobre as mesmas. As linhas telefónicas nacionais de apoio, equipas específicas das forças de segurança para o atendimento à vítima, recursos disponíveis na rede virtual entre outros, são desconhecidos. O encaminhamento das mulheres para estes recursos foi sobretudo assegurado pela assistente social dos serviços, o que nos faz pensar que, pela limitação de horários das assistentes sociais, muitas mulheres não beneficiaram do mesmo. Também ficou patente a relutância de muitos profissionais os utilizarem por falta de orientações para o efeito e de parcerias institucionais, o que contribui para que os profissionais de saúde recorram a serviços disponíveis no seio da instituição e ao encaminhamento para as assistentes sociais. Poucos foram os profissionais que encaminharam as mulheres vítimas para as AAV.

Os profissionais reconheceram insuficiente a sua intervenção face à mulher em situação de violência conjugal, por se tratar de um fenómeno psicossocial e multidimensional que prejudica a saúde global da mulher. Justificaram que, a sua capacidade para intervir está estrangulada por limitações profissionais e de recursos de saúde mas também comunitários e sociais, os quais não validam como eficazes.

A quase totalidade destes profissionais expressou sentir falta de formação sobre a violência conjugal, dificuldades em abordar a problemática com as utentes e intervir na saúde da família, o que pode dificultar o estabelecimento do diagnóstico da situação em fases mais precoces, a abordagem da problemática através de uma comunicação clara e objectiva e proporcionar à mulher informação pertinente e objectiva. Torna-se assim evidente, a urgência em promover a formação dos profissionais de saúde nesta área e em desenvolver políticas e estratégias adequadas.

A prestação de cuidados a mulheres vítimas de violência conjugal encontrou barreiras diversas ao nível institucional que se relacionaram com as políticas para a saúde e com a organização institucional.

Orientações e protocolos de intervenção e de encaminhamento poderiam ajudar a melhorar a intervenção dos profissionais, que é realizada de uma forma solitária, desarticulada e sem planeamento de cuidados entre os elementos que atendem uma mesma mulher. Estas constatações emergiram ao nível dos dois contextos de prestação de cuidados, evidenciando uma frágil intervenção em equipa e em rede na maior parte das unidades. A articulação em equipa foi utilizada para o encaminhamento das mulheres pelas assistentes sociais, para obter alguma informação sobre a situação da mulher e os recursos e para procura de apoio noutros elementos, numa perspectiva mais pessoal do que profissional.

Salientaram-se as limitações de recursos humanos e das condições de trabalho que parecem reforçar a abordagem biomédica da situação e a desarticulação da intervenção. A desadequação e limitação da dotação do número de profissionais nas unidades de prestação de cuidados limita a disponibilidade de tempo para a intervenção junto à mulher vítima de violência conjugal, pois a complexidade da situação e as necessidades que dela decorrem requerem tempo e disponibilidade para estabelecer com a mulher uma relação de ajuda favorável à tomada de decisão para resolver a situação.

A falta de condições de privacidade no atendimento em CSH não foi promotora da intervenção individualizada, segura, de disponibilidade e de confiança que são necessárias ao atendimento da mulher vítima de violência conjugal.

A limitação de recursos, como o Instituto Médico Legal, o serviço social, o acesso a consultas de psiquiatria e de psicologia clínica, não são favorecedores da intervenção holística necessária na violência conjugal, nem facilitadora para a mulher resolver a situação com apoio e de forma articulada. A limitação do acesso das mulheres vítimas de violência conjugal a consultas de psicologia clínica foi sobejamente focada por estes profissionais, tanto ao nível hospitalar como dos cuidados de saúde na comunidade. Alguns profissionais tentaram superar esta carência procedendo ao encaminhamento para os psicólogos das AAV. A intervenção por psicólogos clínicos é imprescindível na intervenção à vítima de violência conjugal, pela complexidade dos processos psicológicos de adaptação à situação, pela diminuição das competências pessoais, pelos altos níveis de ansiedade, de depressão e de *stress* que a mulher atinge e pela necessidade de ajudar a mulher a ressignificar a situação, a reconstruir-se e a capacitar-se. Neste sentido, não nos podemos dissociar do facto da violência conjugal ocorrer na família onde as crianças são vítimas indirectas, necessitando por isso de suporte emocional e psicológico. A intervenção psicológica e social em fases mais precoces da violência pode facilitar a ruptura da situação de violência e proteger a saúde da mulher e dos seus filhos.

A falta de comunicação intra-institucional e inter-serviços, como por exemplo entre os CSH e os CSC e entre estes e as AAV, e as dificuldades inerentes ao acesso a instrumentos de trabalho, como a consulta do processo informático das utentes, contribuíram para dificultar o diagnóstico e para uma intervenção fragmentada.

As experiências destes profissionais de saúde revelaram necessidades em recursos inexistentes e que contribuem para a abordagem biomédica à situação da mulher vítima de violência conjugal, impossibilitando aos profissionais ir de encontro às expectativas que muitas mulheres têm de melhorar a relação e a manterem, de promoverem a saúde mental e o bem-estar da mulher, dos filhos e do agressor. Entendem que para isso seria necessário dispor de recursos de retaguarda na instituição, próprios ou em parceria, para onde pudessem encaminhar as mulheres, o agressor, os filhos, a família, através de um processo ágil e que proporcione acesso rápido e respostas às suas necessidades. Desses

recursos que consideraram estar em falta, salientamos as consultas de psicologia clínica nas unidades de CSC e CSH e a terapia familiar e de casal disponível na instituição. Referiram que pela especificidade da problemática da violência conjugal contra a mulher deveria existir na instituição uma equipa de intervenção em vítimas de violência, com recursos humanos próprios ou em parceria. As assistentes sociais são muitas vezes confrontadas pelas mulheres com questões de âmbito jurídico a que não sabem responder, pelo que o apoio jurídico disponível na instituição deveria proporcionar esse apoio formal.

Consideraram também a necessidade de programas de desenvolvimento de capacidades de comunicação e de relações inter-pessoais, de gestão e controlo da impulsividade e do *stress* e de grupos de auto-ajuda para os agressores e para as vítimas. Salientaram que a melhoria do processo de apoio sociojurídico às vítimas de violência é uma necessidade e que o mesmo poderia ter uma adesão maior se não fosse tão penalizador para a mulher e os seus filhos.

O medo de retaliações do agressor foi expresso por alguns profissionais e pode ser comprometedor da ajuda a proporcionar à mulher vítima e causar ansiedade e insegurança ao profissional. Desta forma, revela-se necessário o conhecimento deste factor inibidor pelos responsáveis institucionais e o seu empenho em criar mecanismos que os protejam deste risco.

As políticas economicistas na saúde, na actualidade, que limitam os recursos humanos, o tempo de consulta e de triagem e centram os objectivos em indicadores quantitativos, contribuem para as barreiras relacionadas com as condições da instituição e dos profissionais por não favorecerem o desenvolvimento da relação profissional-utente orientada para a intervenção holística em saúde ancorada no modelo biopsicossocial.

Os programas de saúde do adulto centrados sobretudo ao nível da saúde da mulher e dos problemas de saúde crónicos mais prevalentes nas faixas etárias mais altas revelam concepções de género tradicionais e redutoras, são contributivos para a manutenção do paradigma biomédico e justificam a baixa adesão dos homens adultos aos CSC, conforme foi referido pelos profissionais deste contexto de cuidados de saúde.

Os profissionais de saúde evitam o envolvimento com os processos legais para protecção da mulher/família e deles próprios e para preservarem a relação terapêutica e o suporte à mulher.

Os princípios e obrigações ético-deontológicas das profissões de saúde não permitiram a muitos destes profissionais tomar a decisão da denúncia às autoridades competentes à revelia da mulher. Pois, consideraram que o custo-benefício para a vítima terá que ser decidido pela própria, pelo que o seu papel deve ser o de a ajudar a tomar a decisão.

Identificámos um conflito de “interesses” entre os objectivos da intervenção em saúde e os objectivos do processo de ajuda sociojurídica. A primeira, vocacionada para o bem-estar global e para o restabelecimento do equilíbrio. A segunda, que visa o desmembramento familiar, a deslocação das vítimas e dos filhos e que não assegura a efectiva punição do agressor nem a protecção da vítima. Neste grupo de profissionais, estes aspectos foram considerados dificultadores para a mulher e para os filhos, que se constituem também vítimas. A agudização dos desequilíbrios e o aumento dos riscos e vulnerabilidades inerentes ao desenraizamento sociocultural, à falta de suporte social significativo e a perdas materiais e humanas significativas, faz com que os profissionais sintam reservas quanto aos efectivos benefícios para a saúde e sobre a segurança da mulher e dos filhos. Salientaram também que não vai de encontro ao que muitas mulheres desejam e que muitas não têm capacidade económica e psicológica para o decidirem. Consideraram o processo vitimador, que existe tolerância e inoperância da justiça com o agressor e que o apoio social não assegura as necessidades e protecção de muitas mulheres e dos seus filhos.

Neste grupo de participantes foi manifestada a responsabilidade e o papel dos profissionais de saúde ao nível da prevenção, do diagnóstico/intervenção e encaminhamento das mulheres vítimas de violência.

A maioria dos aspectos facilitadores referidos pelos participantes centrou-se na comunicação e na relação com as mulheres; no conhecimento do seu contexto sociofamiliar; na avaliação da família favorecida pelas visitas domiciliárias e na prestação continuada de cuidados ao longo do ciclo de vida. Estes aspectos permitem-nos reforçar a ideia de que são os contextos de prestação de cuidados de saúde com contacto regular com as mulheres – CSC e consultas como a de psicologia clínica, de psiquiatria, de obstetrícia e de ginecologia – os privilegiados para o diagnóstico em

fases mais precoces da violência, para o apoio, informação e encaminhamento da mulher vítima.

Em CSC esta função deve ser também centrada na prevenção e no diagnóstico mais precoce da violência, pois estudos sobre o impacto da violência salientam a relação entre a duração da violência e a morbilidade relacionada com a mesma (Heise, 1994; Campbell, 2002a; WHO, 2002; Wijma *et al.*, 2007; Humphreys & Lee, 2009; Humphreys *et al.* 2011a). Deste modo, a identificação dos riscos de violência, o conhecimento da dinâmica e ciclo da violência conjugal, a atenção aos sinais de alerta e à *fase de janela aberta* (Curnow, 1997), a consciencialização da mulher para a violência e as suas consequências na própria e nos filhos parecem-nos fundamentais para uma abordagem promotora da capacitação da mulher, através do aconselhamento em saúde e da informação sobre os recursos formais da comunidade e do encaminhamento adequado às necessidades de saúde, de apoio social e de apoio jurídico.

A prevenção da morbilidade adicional pode ser conseguida pela promoção dos estilos de vida saudáveis, promovendo a adesão a uma dieta equilibrada e ao exercício físico frequente, ao desenvolvimento de um padrão de sono regular, ao controlo da ansiedade com estratégias alternativas como actividades de lazer, técnicas de relaxamento e de meditação, que podem oferecer um efeito bloqueador ao *stress* crónico, que parece estar relacionado com a morbilidade que as mulheres vítimas de violência manifestam (Humphreys *et al.* 2011a).

Ao nível dos CSH os profissionais devem estar sensibilizados para a possibilidade de violência em qualquer situação de interacção com mulheres e com crianças, uma vez que a situação de violência conjugal vitimiza indirectamente os filhos e pode coexistir com a violência directa sobre as crianças. Parece-nos particularmente importante, nos cuidados de saúde que proporcionam a interacção profissional-mulher com mais regularidade pela relação de confiança poder ser mais favorecedora da intervenção.

O recurso ao serviço de urgência, por violência física e/ou psicológica, é geralmente da iniciativa da mulher, o que representa uma oportunidade de a atender e escutar na *fase da janela aberta* que é um momento em que a mulher está mais ciente da sua situação e receptiva à ajuda externa e portanto a uma intervenção que a proteja, informe e ajude (Curnow, 1997).

É inegável a importância do diagnóstico em crise pelo que os profissionais dos serviços de atendimento urgente devem ser particularmente sensíveis às alterações de saúde em fase aguda, secundárias à violência e disporem de instrumentos e recursos disponíveis e facilitadores da intervenção, da informação, da protecção e do encaminhamento da mulher e dos filhos. Os filhos devem ser incluídos na intervenção, articulando serviços. Estes profissionais devem ter condições para intervir sem sentirem medo ou insegurança no atendimento às vítimas.

As repercussões da violência conjugal sobre a saúde da mulher, evidenciadas pela investigação que tem sido produzida, tornam incontornável a responsabilidade dos profissionais de saúde na abordagem do fenómeno.

Esta investigação permitiu revelar que os profissionais de saúde se consideram importantes recursos para a intervenção nesta problemática de saúde mas, simultaneamente, expõem fragilidades e limitações relacionadas com a sua preparação para intervir e os recursos e meios de que dispõem.

- Tornaram-se evidentes as dificuldades relacionadas com a falta de formação sobre o fenómeno e de capacidades de comunicação em saúde favorecedoras da intervenção em saúde orientada por um paradigma ecológico-cultural.

Consideramos que as necessidades de formação dos profissionais de saúde devem ser colmatadas por currículos dos programas de formação inicial e dispositivos de formação contínua e pós-graduada, tanto ao nível da comunicação em saúde como sobre as especificidades da violência conjugal e da prestação de cuidados à família. Os desafios representados por novas problemáticas de saúde, como a violência ao longo do ciclo vital, requerem uma formação que permita aos profissionais intervir de uma forma holística e integrada, considerando a pessoa em todas as suas dimensões e inserida no seu nicho ecológico-cultural.

Acreditamos que os dispositivos de formação promotores do desenvolvimento de competências para a comunicação em saúde podem potenciar as capacidades dos profissionais para uma maior abertura aos saberes de uns e de outros, enriquecendo-se mutuamente e estabelecendo uma comunicação mais eficaz e relações profissionais mais gratificantes. As dificuldades na comunicação inter-profissionais e nas equipas multidisciplinares requerem também atenção ao nível da formação e estratégias que

possam promover estas competências desde a formação inicial. As diversas profissões da saúde estão isoladas umas das outras durante a formação inicial mas quando se encontram no terreno têm que trabalhar em conjunto, conhecer o seu campo de intervenção e o de outros e saberem trabalhar em equipa, o que pode contribuir para as dificuldades do trabalho em equipa;

- Salientaram-se as insuficiências de recursos e meios da instituição que permitam aos profissionais uma intervenção integrada e adequada às necessidades de saúde da mulher vítima de violência conjugal e em articulação com outros sectores da comunidade. A melhoria da comunicação intra e interinstitucional, a colaboração entre os serviços, as dinâmicas e os instrumentos de trabalho, as parcerias e a colaboração de outros recursos formais da comunidade, carecem de melhoria para que permitam uma resposta mais eficiente às necessidades das mulheres vítimas de violência conjugal que recorrem à instituição;

- As políticas de saúde devem favorecer as condições para o desenvolvimento de programas preventivos para resultados a longo prazo e terem em consideração os aspectos relacionais profissional-utentes considerando que os resultados em saúde, a qualidade em saúde e a satisfação dos utentes assentam também nos processos comunicacionais, os quais requerem competências e tempo. Assim, devem ser asseguradas às instituições meios e recursos adequados a satisfazerem as necessidades da população e contribuir para o aumento do capital de saúde, para a sua manutenção e para gerações mais saudáveis.

Os gestores institucionais e os decisores políticos têm a responsabilidade de atender às condições de trabalho dos profissionais, às dinâmicas e organização institucionais para que contribuam com condições favoráveis à prevenção e à minimização do impacto da violência. Os gastos financeiros com cuidados de saúde são maiores nas mulheres vítimas de violência e a situação tem associados custos inquantificáveis pelo sofrimento, perda de potencial e de capital humano nas gerações actuais e futuras. O sector da saúde deve considerar este fenómeno nas suas intervenções de promoção da saúde, prevenção da doença e tratamento e reabilitação de pessoas e famílias por ele atingidas, dispondo dos recursos humanos e materiais e dos meios necessários para intervir em articulação com outros sectores sociais como a educação, a segurança social, a segurança, a justiça e instituições não-governamentais.

Os resultados que obtivemos nesta investigação são semelhantes aos encontrados nas revisões de literatura realizadas por Waalen *et al.* (2000) e por O'Campo *et al.* (2011) e em diversas investigações desenvolvidas (Davidson *et al.*, 2001; Fernández Alonso *et al.*, 2003; Majdalani, 2005; Humphrey *et al.*, 2011), os quais apontam a necessidade de formação específica dos profissionais de saúde e a falta de recursos institucionais de suporte à intervenção dos profissionais de saúde junto às mulheres vítimas de violência conjugal constatados por Lettiere, Nakano & Rodrigues (2008) no Brasil e que citam os mesmos resultados de Rodríguez-Bolaños (2005) na Nicarágua.

Em Portugal têm-se desenvolvido esforços consideráveis para o combate à violência doméstica e nas relações afectivas que não se traduzem ainda em evoluções significativas na diminuição do fenómeno. Existem recursos diversos para a intervenção na violência ao nível da conceptualização mas que ao nível da operacionalização podem ser melhorados, articulando as suas intervenções numa actuação interdisciplinar e intersectorial favorecedora do atendimento mais integrado e propiciador do bem-estar da mulher e dos filhos e que intervenha na reabilitação do agressor.

Parece-nos que a intervenção na violência está muito centrada nas questões jurídicas e penais tanto para a vítima como para o agressor. Maior implantação dos programas para agressores parece ser uma necessidade a considerar, mesmo prévia à denúncia do crime. O facto de muitos agressores não serem submetidos a programas de intervenção psicoterapêutica contribui para mais tempo de vitimização e de outras mulheres com quem venham a ter relações futuras. Muitas mulheres pretendem acabar com a violência e melhorar a relação conjugal o que pode contribuir para não denunciarem durante muitos anos, divorciarem-se sem denúncia, manterem-se na relação ou reatarem a mesma relação e terem uma nova relação com outro agressor. A educação e a construção dos géneros e a forma como são responsabilizadas mulheres e homens na relação conjugal e para os papéis familiares e sociais, numa sociedade como a portuguesa onde culturalmente a família tradicional e os papéis tradicionais são marcados, pode ser ainda mais dificultadora da resolução da situação de violência determinada pelo recurso a uma ruptura conjugal muitas vezes não desejada. Quanto à ruptura da relação violenta, não nos podemos alhear dos dados relativos às mortes de mulheres por violência, por suicídio e por femicídio, nem do número de vítimas directas

e indirectas associado aos mesmos, que têm revelado as fragilidades do processo de protecção da vítima e de controlo e punição do agressor.

A educação e a intervenção precoce para a prevenção e desenvolvimento de relações de género mais igualitárias impõe-se para resultados a longo prazo. Os dados da violência no namoro fazem prever que esta situação se venha a tornar ainda mais preocupante no futuro, exigindo intervenção urgente.

Esta investigação foi das primeiras realizadas em Portugal, com o objectivo de conhecer as práticas dos profissionais de saúde face à mulher vítima de violência conjugal e as suas representações sociais sobre a violência conjugal. Teve por isso associadas as dificuldades e limitações de um trabalho exploratório, com uma trajectória orientada para a descoberta através de uma abordagem qualitativa. Neste tipo de estudos a riqueza dos dados provém da variabilidade e intensidade dos dados e, neste os dados foram obtidos directamente com as pessoas que estão no terreno da prestação de cuidados em saúde e de várias profissões, com conteúdos funcionais diferentes mas complementares e que nos permitiram conhecer o objecto de estudo em profundidade neste grupo de profissionais.

Assim, as limitações do estudo relacionam-se com a investigação centrada num paradigma qualitativo, com a participação de um grupo de 26 profissionais de áreas disciplinares diversas e a exercer em serviços de cuidados de saúde com objectivos, missões e contextos diferentes, o que não permite generalizar os resultados a outros profissionais de saúde e contextos.

O encurtamento do tempo inicialmente previsto para o desenvolvimento deste estudo, por força do despacho nº 2/VR/2012 da Universidade Aberta, implicou dificuldades com a disponibilidade de tempo, acrescida de medidas de austeridade no país que determinou a perda de apoio prevista pelo Protec (programa de apoio à formação avançada de docentes do ensino superior politécnico) e das condições profissionais para o desenvolvimento da investigação inicialmente projectada.

Destas condições resultou uma reformulação do desenho da investigação, com a redução do número de participantes e desistência da inclusão de profissionais de outros serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência da área médico-legal e jurídica.

Os instrumentos de recolha de dados embora adequados ao estudo foram dificultadores pelo dispêndio de tempo para a recolha de dados com o profissional (45-60 min.) o que influenciou negativamente a participação de médicos em exercício em cuidados de saúde hospitalares. Daí que, aconselhamos a consideração destes aspectos em futuras investigações com desenho idêntico.

As características dos contextos de prestação de cuidados representaram também dificuldades para a investigadora pelos gastos de tempo associados a esperas e a remarcações de entrevistas por condições inerentes aos serviços que não permitiam ao profissional estar disponível como previamente marcado.

Apesar das limitações mencionadas, consideramos que atingimos os objectivos delineados para o estudo, contribuindo com dados que podem ser utilizados para a formação de profissionais da saúde, para a melhoria do atendimento de mulheres vítimas de violência conjugal em instituições de saúde e para futuras investigações.

A realização de uma investigação ancorada na teoria das representações sociais e com a utilização da TALP foram desafios que superámos ao longo desta trajectória e nos permitiram desenvolver competências com outros métodos e instrumentos.

A realização deste estudo permitiu-nos continuar a contribuir para o desenvolvimento do conhecimento sobre a problemática da violência conjugal contra a mulher, desta vez centrada nas práticas dos profissionais de saúde e nas suas representações sociais sobre a violência conjugal.

Pretendemos utilizar os dados desta investigação na nossa instituição de ensino superior para podermos contribuir para a formação de futuros e actuais profissionais de saúde com mais competências comunicacionais em saúde e mais despertos, sensibilizados e preparados para integrarem nas práticas clínicas a abordagem do fenómeno da violência conjugal e das suas consequências sobre a saúde, nos três níveis de intervenção.

Os resultados deste trabalho fazem-nos sugerir os seguintes pontos de partida para outros estudos:

A replicação deste estudo ou partes dele, envolvendo participantes em maior número e noutros contextos de prestação de cuidados para permitir aprofundar o conhecimento sobre as práticas e as limitações dos profissionais de saúde na intervenção junto à

mulher vítima de violência e conhecer as representações sociais e a sua influência sobre o atendimento à mesma.

Parece-nos importante desenvolver estudos que permitam testar e validar instrumentos de diagnóstico da situação de violência e de guias de intervenção adequados às especificidades de cada unidade de atendimento como as de CSC, os serviços de urgência, serviços de saúde da mulher e serviços de saúde mental e de psiquiatria.

Sugerimos como particularmente pertinente estudar mais aprofundadamente as expectativas e as necessidades da mulher vítima de violência face à intervenção dos profissionais de saúde e conhecer as suas experiências com os mesmos. Também nos parece ser necessário conhecer as experiências das mulheres na trajectória do processo sociojurídico.

Parece-nos imperativo conhecer a prevalência da violência por áreas geográficas de abrangência das instituições de saúde que permitam decidir os recursos próprios e os horários em que são necessários e o estabelecimento de protocolos e parcerias que assegurem a intervenção no âmbito da violência conjugal com sustentabilidade.

Consideramos que os estudos sobre a cultura e organização das instituições de saúde e de outras que atendem vítimas de violência conjugal podem contribuir para sensibilizar os decisores e provocar mudanças, de modo a atender às necessidades institucionais para a acção profissional sobre o fenómeno.

É necessário desenvolver estudos com os homens, que contribuam para compreender como a construção da masculinidade influencia a vigilância e a procura de serviços de saúde e que permitam aprofundar o conhecimento sobre o agressor nas relações de intimidade, as suas necessidades e as dificuldades, assim como as suas vivências identitárias.

Como sugestões para a instituição de saúde onde realizámos este estudo, parece-nos pertinente que conheça a prevalência da violência contra a mulher, e outras no âmbito doméstico, na sua área de abrangência geográfica no sentido de estabelecer prioridades na melhoria e desenvolvimento dos recursos necessários e de estabelecer parcerias com serviços na comunidade que proporcionem respostas articuladas às necessidades das vítimas. Os períodos do dia e os serviços em que há mais recurso das vítimas de violência podem também contribuir para assegurar e disponibilizar recursos com a

sustentabilidade necessária. Mas é um estudo que requer colaboração, formação e sensibilização dos decisores e dos profissionais para identificarem as situações de violência e as registarem, devendo ser proporcionados instrumentos institucionais e de trabalho facilitadores, informação e condições propícias. Sugerimos também que os recursos existentes na comunidade no âmbito da violência conjugal sejam divulgados entre os profissionais.

No término deste estudo consideramos que os resultados evidenciados podem constituir base de reflexão para uma maior sensibilização para a violência conjugal contra a mulher nos processos formativos em saúde e alicerçar a importância de os integrar nas práticas clínicas desses profissionais. Remetem ainda, para a importância da comunicação em saúde como ferramenta favorecedora de relações organizacionais, inter-profissionais e profissional-utente mais favorecedoras da intervenção em saúde e no processo de doença, do trabalho interdisciplinar e de relações profissionais mais gratificantes. Temos como expectativa que este estudo possa contribuir para a inovação em processos formativos e que despertem o desejo de provocar mudanças no sentido de mais saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas e das comunidades e de mais satisfação para os profissionais de saúde.

BIBLIOGRAFIA

- Abric, Jean-Claude (2001). **Pratiques Sociales et Représentations**. 3.º Ed. Paris: Presses Universitaires de France.
- Alarcão, Madalena (2000). **(des) Equilíbrios familiares: uma visão sistémica**. Coimbra: Quarteto Ed.
- Amnistia Internacional (2006). **Mulheres (In) visíveis: relatório da campanha acabar com a violência sobre as mulheres**. Lisboa: Amnistia internacional.
- Antunes, Manuel (2002). Violência e vítimas em contexto doméstico In Rui A Gonçalves & Carla Machado. **Violência e Vítimas de Crimes: Adultos**. Coimbra, Quarteto Ed. Vol 1.
- Arruda, Angela (2002). Teoria das Representações Sociais e Teorias de Género. **Cadernos de Pesquisa**. 117,p127-147.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2013). **Estatísticas APAV: Relatório anual 2012**. [Em linha]. [s.l.]: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Disponível na WWW: http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Totais_Nacionais_2012.pdf
- Banchs, Maria A. (2004). Representações sociais, cultura e influência social na América Latina In Angela Arruda & Antonia S.P. Moreira, (org.), **Olhares sobre o contemporâneo: Representações sociais de exclusão, género e meio ambiente**. Paraíba: Editora Universitária/UFPB.
- BARDIN, Laurence (1977). **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70.

- Barros, Pedro Pita [et al.] (2008). **Health care costs of domestic violence against women: evidence from Portugal.** [Em linha]. [s.l.: s.n.]. Disponível na WWW: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1160306
- Bogdan, Robert; Biklen, Sari (1994). **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos.** Porto: Porto Editora.
- Bonomi, Amy E. [et al.] (2006). Intimate violence and women's physical, mental, and social functioning. **American Journal of Preventive Medicine.** 30 (6), p.458-466.
- Calvinho, Maria de La Salette Esteves (2007). **Violência conjugal contra a mulher: Histórias vividas e narradas no feminino.** Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta, Lisboa.
- Calvinho, Maria de La Salette Esteves; Ramos, Maria Natália (2008) – Diversas faces do poder sobre a mulher: O caso da violência conjugal. **In. Actas do Seminário Internacional Fazendo Género 8 – Género, Violência e Poder, Simpósio Temático Relações de poder e género.** Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis, Brasil, 25 a 28 de Agosto.
- Campbell, Jacquelyn C. (2002a). Health consequences of intimate partner violence. **The Lancet.** 359 (9314), p. 1331–1336.
- Campbell, Jacquelyne [et. al.] (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. **Arch. Intern. Med.** 16, p. 1557-1163.
- Carmo, Hermano; Ferreira, Manuela Malheiro (1998). **Metodologia da Investigação: Guia para a auto-aprendizagem.** Lisboa: Universidade Aberta.
- Castro, Paula (2002). Notas para uma leitura da teoria das representações sociais em S. Moscovici. **Análise Social.** Vol. XXXVII (164), p. 949-979.

- Chang, Judy C. [et al] (2005). Health care interventions for intimate partner violence: what women want. **Women's Health Issues**. 15, p. 21-30.
- Coelho, Patrícia (2005). Violência conjugal: violência física conjugal nas mulheres que recorrem aos cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 21, p. 343-351.
- Conselho Da Europa. Comité de Ministros dos Estados Membros (1985). **Violence in the family, Recommendation No. R (85) 4 on 26 March**. Estrasburgo: Comité de Ministros dos Estados Membros.
- Conselho Da Europa. Comité de Ministros dos Estados Membros (1990). **Social measures concerning violence within the family, Recommendation No. R (90) 2 on 15 January**. Estrasburgo: Comité de Ministros dos Estados Membros.
- Cook, J. Sue; Fontaine, Karen Lee (1990). **Enfermería Psiquiátrica**. Madrid: Ed. Mc Graw Hill.
- Curnow, Sally A. Matar (1997). The Open Window Phase: Helpseeking and reality behaviors by battered women. **Applied Nursing Research**. 10(3),p.128-135.
- Dantas-Berger, Sônia Maria; Giffin, Karen (2005). A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cad. Saúde Pública**. 21 (2), p. 417-425.
- Davidson, Leslie L. [et al.] (2001). Training programs for healthcare professionals in domestic violence. **Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine**. 10 (10) p. 953-969.
- Decreto-Lei n.º 28/2008. **Diário da República**, 1.ª série. N.º 38 (2008/02/22).
- Decreto- Lei n.º. 298/2007. **Diário da República**, 1.ª série. N.º 161 (2007/08/22).

- Espanha. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). **Victimas mortales por violencia de género: Ficha resumen – datos provisionales**. [Em linha]. [s.l.]: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponível na WWW: http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/docs/VMortales_31diciembre_2012.pdf
- European Women’s Lobby (2011). **National Actions Plans on Violence Against Women in the EU**. [Em Linha]. Brussels: European Women’s Lobby. Centre on Violence against Women. Disponível na WWW: <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=national%20actions%20plans%20on%20violence%20against%20in%20eu&source=web&cd=6&cad=rja&ved=0CE4QFjAF&url=http%3A%2F%2Fwww.womenlobby.org%2Fspip.php%3Farticle2481&ei=kYv7UcqqNPDB7AaysIHAAQ&usg=AFQjCNGlzfPzxJM-ZkwnF9ImAfB1REqleg&bvm=bv.50165853,d.ZWU>
- Fanslow, Janet; Robinson, Elizabeth (2004). Violence against women in New Zealand: prevalence and health consequences. **The New Zealand Medical Journal**. 117(1206), p. 1-12.
- Fernández Alonso, M.C. [et al.] (2003). Violencia en la pareja: papel del médico de familia. **Atención Primaria**.32 (7), p. 425-433.
- Fischer, Gustave-Nicolas (1992). **A Dinâmica social: violência, poder, mudança**. Lisboa: Planeta Editora.
- Fischer, Gustave-Nicolas (1996). **Os conceitos fundamentais da psicologia social**. Lisboa: Instituto Piaget.
- Fiske, John (2002). **Introdução ao estudo da comunicação**. Porto: Ed ASA.
- Gelles, Richard J. & Straus, Murray A. (1988). **Intimate violence: the causes and consequences of abuse in the American family**. New York: Touchstone.

- Gonçalves, Rui Abrunhosa (2007). Promover a mudança em personalidades anti-sociais: Punir, tratar e controlar. **Análise Psicológica**. XXV (4), p. 571-583.
- Graça, Luís Carlos Carvalho (2010). **Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno: um estudo quase experimental**. Tese de doutoramento em Enfermagem. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Griffin, Michael P. & Koss, Mary P. (2002). Clinical screening and intervention in cases of partner violence. **Online Journal of Issues in Nursing**. 7 (1) [Em linha] Disponível na WWW: www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume72002/No1Jan2002/ClinicalScreeningandPartnerViolence.aspx
- Harvey, A.; Garcia-Moreno, C. & Butchart; A. (2007). **Primary prevention of intimate-partner violence and sexual violence: Background paper for WHO expert meeting**. [Geneva]:WHO.
- Heise, Lori (1994). Violência e género: uma epidemia global. **Cad. Saúde Pública**. [em linha]. 10 (supl.1). Disponível na WWW: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a09.pdf>
- Hesbeen, Walter (2001). **Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures : Lusociência Ed.
- Huberman, A. Michael & Miles, Mathew B. (1991). **Analyses des données qualitatives, recueil de nouvelles méthodes**. Bruxelles : De Boeck
- Humphreys, Janice & Lee Kathryn (2009). Interpersonal violence is associated with depression and chronic physical health problems in midlife women. **Issues in Mental Health Nursing**, 30 (4), p. 206-213.

- Humphreys, Janice [et al.] (2011). Increasing Discussions of Intimate Partner Violence in Prenatal Care Using Video Doctor Plus Provider Cueing : A Randomized, Controlled Trial. **Women's Health Issues**. 21-2(2011), p.136-144
- Humphreys, Janice [et al.] (2011a). Telomere Shortening in Formerly Abused and Never Abused Women. **Biological Research For Nursing**. [Em linha]. San Francisco. 14(2), p. 115-123. Disponível na WWW: <http://brn.sagepub.com/content/early/2011/03/07/1099800411398479>
- Humphreys, Janice; Cooper, Bruce A. & Miaskowski, Christine (2010). Differences in depression, posttraumatic stress disorder, and lifetime trauma exposure in formerly abused women with mild versus moderate to severe chronic pain. **Journal of Interpersonal Violence**. XX(X). p. 1-23.
- Jodelet, Denise (1997). **Les représentations sociales**. Paris: Presses Universitaires de France.
- Kiely, Michele [et al.] (2010). An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: a randomized trial. **Obstet. Gynecol.** 115 (2Pt 1), p. 273-283.
- Kostova, Z. & Radoynovska, B. (2008). Word Association Test for studying conceptual structures of teacher and students. **Bulgarian Journal of Science and Education Policy (BJSEP)**. 2 (2), p. 209-231.
- Lettiere, Angelina; Nakano, Ana Márcia Spanó & Rodrigues, Daniela Taysa (2008). Violência conjugal contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 42(3), p. 467-473.
- Lobby Européenne des Femmes (1999). **Dévoiler les données cachées sur la violence domestique dans l'Union Européenne : rapport final**. Bruxelles : Lobby Européenne des Femmes.

- Lobby Européenne des Femmes (2009). **Violence envers les femmes : en chiffres.** [Em linha]. Bruxelles : Lobby Européenne des Femmes. disponível na WWW : <http://www.womenlobby.org/spip.php?article469&lang=fr>
- Lobby Européenne des Femmes (2010). **D / la violence a l'égard des femmes.** [Em linha]. Bruxelles : Lobby Européenne des Femmes. disponível na WWW : http://www.womenlobby.org/spip.php?action=accéder_document&arg=444&cle=e641308119b2cc01aba1695e42ba613a9f1b5a87&file=pdf%2Fviolence_fr.pdf&lang=fr
- Lobby Européenne des Femmes (2011). **Les femmes en Europe. Chiffres, faits et citations.** [Em linha]. Bruxelles : Lobby Européenne des Femmes. disponível na WWW : <http://www.womenlobby.org/spip.php?rubrique51&lang=fr>
- Majdalani, María Pía, [et al.] (2005). Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas. **Revista Panamericana de Salud Publica.** 17 (2), p. 79-83.
- Manita, Celina (2008). Programas de intervenção em agressores de violência conjugal. Intervenção psicológica e prevenção da violência doméstica. **Ousar Integrar – revista de reinserção social e prova**, 1, p.21-32.
- Manuel, Manuel; Barros, Pedro Pita & Cerejo, Sara Dalila (2008). Custos Sociais e Económicos da Violência Exercida Contra as Mulheres em Portugal: dinâmicas e processos socioculturais. In **VI Congresso Português de Sociologia. Mundos sociais: saberes e práticas.** [em linha]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 2008. Disponível na WWW: <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/60.pdf>
- Matos, Marlene (2002). Violência Conjugal In. Rui Abrunhosa Gonçalves & Carla Machado- **Violência e Vítimas de Crimes: Adultos.** Coimbra: Quarteto Ed. Vol.1.

- Mc Farlane, Judith; Soeken, Karen & Wiist, William (2000). An evaluation of interventions to decrease intimate partner violence to pregnant women. **Public Health Nursing**. 17(6), p. 443-451.
- Mcgolgrick, M. & Gerson, R. (2000). **Genogramas em la evaluation familiar**. Barcelona: Ed. Gedisa
- Nóbrega, S.M. & Coutinho, M.P.L. (2003). O teste de associação livre de palavras in M.P.L Coutinho (Ed.). **Representações sociais: abordagem interdisciplinar**. Paraíba: Editora Universitária/UFPB, p.67-77.
- O'Campo, Patricia, [et. Al.] (2011). Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: Evidence generated from a realist-informed systematic review. **Social Science & Medicine**. 72, p. 855-866.
- Observatório de Mulheres Assassinadas (2013). **Observatório de Mulheres Assassinadas da UMAR: Dados do 1.º Semestre de 2013**. [Em linha]. Lisboa: Observatório de Mulheres Assassinadas. Disponível na WWW: <http://www.umarfeminismos.org/images/stories/oma/2013/Relat%C3%B3rio%20intercelar%20OMA%202013.pdf>
- Observatório de Mulheres Assassinadas (2013a). **Observatório de Mulheres Assassinadas da UMAR: Dados de 2012**. [Em linha]. Lisboa: Observatório de Mulheres Assassinadas. Disponível na WWW: <http://www.umarfeminismos.org/images/stories/oma/2012/OMA%202012%20Final.pdf>
- Ogden, Jane (2000). **Psicologia da saúde**. 2.^a ed. Lisboa : Climepsi Editores.
- Oliveira, Abílio & Amâncio, Lúgia (2005). A análise fatorial de correspondências no estudo das representações sociais: as representações sociais do suicídio na adolescência In. Antónia Silva Paredes Moreira, [et al.]

(Coord.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais.** Paraíba: Editora Universitária/UFPB, p.603.

- Organisation Mondiale De Santé (1946). **Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé.** New York, 19-22 Juin 1946 ; signé le 22 Juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946 ; (actes officiels de l'Organisation Mondiale de Santé, n°2, p.100) et entré en vigueur le 7 Avril 1948. New York : OMS.
- Organisation Mondiale De Santé (1996). **WHA 49.25 La prévention de la violence: une priorité pour la santé publique.** Genève: OMS. La quarante-neuvième Assemblée mondial de la Santé, Genève, 20-25 Mai.
- Organisation Mondiale De Santé (2001). **EB 109/115 Violence et Santé : rapport du secrétariat.** Genève: OMS. Conseil Exécutif, cent neuvième session, 24 Nov.
- Organização Das Nações Unidas (1994). **Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.** [em linha]: Organização Das Nações Unidas. Asamblea General A/RES/48/104 23 de Febrero. Disponível na WWW: <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N94/095/08/PDF/N9409508.pdf?OpenElement>
- Organização Das Nações Unidas (2003). **Estratégias de combate à violência doméstica. Manual de recursos.** Lisboa: Ed. Direcção geral da saúde.
- Organização Mundial De Saúde (1986). **Declaração de Ottawa para a Promoção da Saúde.** Geneva: OMS.
- Organização Mundial De Saúde (1997). **Declaração de Yakarta para a promoção da saúde para o séc. XXI,** Geneva: OMS.

- Organización Mundial De La Salud (1998). **Promoción de la Salud: Glosario**. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial De La Salud (2002). **Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen**. [em linha]. Washington, D.C.: OMS. Disponível na WWW: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf
- Organización Mundial De La Salud (2005). **Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica: Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: Resumen del informe**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Departamento Género, Mujer y Salud.
- Organización Mundial De La Salud (2006). **Prevenición de la violencia: Guía para aplicar las recomendaciones del informe mundial sobre la violencia y la salud**. Ginebra: OMS.
- Pais, Elza (2006). **Violência doméstica no roteiro para a inclusão**. [Em linha]. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <http://cidm.madbug.com/?new=1&toplevelID=50001>
- Pereira, Ândrea; Matos, Marlene & Machado, Carla (2006). Violência sexual na conjugalidade: um estudo exploratório sobre as narrativas da vítima. *Psychologica*, 41, p. 119-150.
- Poirier, Jean; Clapier-Valladon, Simone & Raybaut, Paul (1999). **Histórias de vida : teoria e prática**. 2.º ed. Oeiras, Celta editora.
- Portugal. Estrutura De Missão Contra a Violência Doméstica (2006). **Guia de recursos na área da violência doméstica**. [Lisboa]: Estrutura de missão contra a violência doméstica.

- Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde (2012). **Cuidados de saúde primários: Metodologia de contratualização.** Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde. Disponível em http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/14_Mar_2012_MetodologiaContratualizoCSP_2012.pdf
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2005). **Saúde e violência contra as mulheres: um estudo sobre as relações existentes entre a saúde das mulheres e as várias dimensões de violência de que tenham sido vítimas.** Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2012b). **Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde. Relatório 2011.** Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=625563676374AAAAAAAAAAAAAA>
- Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (Coord.) (2009). **Violência e Género: Inquérito nacional sobre a violência exercida contra mulheres e homens.** Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (2009). **Violência doméstica: compreender para intervir: Guia de boas práticas para profissionais de saúde.** Lisboa: CIG. (Coleção Violência de Género 4)
- Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (2012a). **Relatório intercalar de execução do IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2011-2013): Ano de 2011.** Lisboa: CIG.

- Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (2013). **IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2011-2013): Relatório intercalar de execução: Ano de 2012.** Lisboa: CIG.
- Portugal. Presidência Do Conselho De Ministros. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (2010). **IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica 2011-2013.** Lisboa: CIG.
- Portugal. Presidência Do Conselho De Ministros. Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (2001). **Violência contra as mulheres na família.** 5.º ed. Lisboa: CIDM (Colecção Informar as Mulheres, 9)
- Ramos, Natália (2001). Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural. **Revista Portuguesa de Pedagogia.** 35(2), p 155-178
- Ramos, Natália (2002). Educação, saúde e culturas: novas perspectivas de investigação e intervenção na infância. **Revista Portuguesa de Pedagogia.** 36 (1, 2 e 3), p. 463-486.
- Ramos, Natália (2004). **Psicologia clínica e da saúde.** Lisboa: Universidade Aberta.
- Ramos, Natália (2005). Relações e solidariedades intergeracionais na família: dos avós aos netos. **Revista Portuguesa de Pedagogia.** 39 (1), p. 195-216.
- Ramos, Natália (2005). Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. **Psychologica.** Coimbra: Universidade de Coimbra. 45, p. 147-169.
- Ramos, Natália (2008). Comunicação e saúde em contexto multicultural. In **IV ENECULT - Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura, 28 a 30 de maio de 2008.** Salvador- Bahia: Faculdade de Comunicação/UFBa.

- Ramos, Natália (2008). Multiculturalidade e Comunicação em Saúde. /Multiculturality and Communication in Health. In José Lopes [et al.] **Multiculturalidade. Perspectivas da Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar/ Multiculturality. Nursing perspectives: Contributions to Better Care.** Lisboa: LusoCiência. p. 67-81.
- Ramos, Natália (2012a). Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade(s), práticas e políticas em saúde. **Revista Inter-Legere.** Natal. 11, p. 30-51
- Ramos, Natália (2012b). Comunicação em saúde e interculturalidade. Perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. **RECIIS, revista electrónica de comunicação, informação e inovação em saúde.** Rio de Janeiro. 6(4), Dez.
- Relvas, Ana Paula (1996) – **O Ciclo vital da família: perspectiva sistémica.** Porto, Ed. Afrontamento.
- Ruquoy, Danielle (1997). Situação de entrevista e estratégia do entrevistador In Luc Albarello [et al.]. **Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais.** Lisboa: Gradiva.
- Sá, C. P. (1998). **A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais.** Rio de Janeiro: Ed. UERJ.
- Samelius, Lotta [et al] (2010). Lifetime history of abuse, suffering and psychological health. **Nord J. Psychiatry.** 64 (4), p. 227-232.
- Segalen, Martine (1992). **Antropología histórica de la familia.** 4.^a ed. Madrid: Ed. Grupo Santillana de Ediciones, S.A.
- Silva, L.M.G. da [et al.] (2000). Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Revista latino-americana de enfermagem.** 8 (4), p. 52-58.

- Silva, Luísa Ferreira da (1995). **Entre marido e mulher alguém meta a colher**. Celorico de Basto: à Bolina Editores livreiros Lda.
- Silva, Luísa Ferreira da; ALVES, Fátima (2002). **Saúde das mulheres em Portugal**. Porto: Ed. Afrontamento.
- Subtil, Carlos Lousada (1999). O enfermeiro de família. **Sinais Vitais**. 25, p. 21-24.
- Tobo, N. [et. al.] (2011). Contribution of intimate partner violence exposure, other traumatic events and posttraumatic stress disorder to chronic pain and depressive symptoms. **Invest Educ Enferm**. 29 (2), p. 174 — 186.
- Trindade, Isabel & Teixeira, José A. Carvalho (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença – Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. **Análise Psicológica**, 1 (XVIII), p. 3-14.
- Trindade, Isabel & Teixeira, José A. Carvalho (2000). **Psicologia em cuidados de saúde primários**. Lisboa: Climepsi Ed.
- Tura, Luiz F. R. (2004) – Representações Coletivas e Representações Sociais: notas introdutórias. In Luis Fernando Rangel Tura & Antônia Silva Paredes Moreira, orgs. **Saúde e Representações Sociais**. Paraiba: Editora Universitária/UFPB, p. 15-27.
- United Nations (2010). **The World's Women: trends and statistics**. Department of Economic and Social Affairs. Ed United Nations. [em linha]. New York. Disponível na WWW:
http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/Worldswomen/WW_full%20report_color.pdf

- Vala, Jorge (2000). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In Jorge Vala & Maria Benedicta Monteiro, coord. **Psicologia Social. 4.º Ed.** Lisboa: Ed. Fundação Calouste Gulbenkian, p. 457-502.
- Waalen, Jill [et al.] (2000). Screening for intimate partner violence by health care providers. Barriers and intervention. **American Journal of Preventive Medicine.** 19 (4), p. 230-237
- Wachelke, João & Wolter, Rafael (2011). Critérios de Construção e Relato da Análise Prototípica para Representações Sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** 27(4), p. 521-526.
- Wijma, K. [et al.] (2007). *The association between ill-health and abuse: a cross-sectional population based study.* **Scandinavian Journal of Psychology.** Nordic Psychological Associations. 48, p. 567-575.
- Winkin, Yves (dir.), (1981). **La Nouvelle communication.** Paris: Ed. du Seuil.
- World Health Organization (2002). **First ever Global Report on Violence and Health released: New WHO report more complete picture of global violence.** Geneva:WHO.

ANEXOS

Anexo 1 – Guião de entrevistas

E -	Data -				Tp -
CC	CH	UI-	SU	CEXT-	
AS	ENF.		M		P

GUIÃO DE ENTREVISTA _ PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CUIDADOS COMUNIDADE E EM CUIDADOS HOSPITALARES

1 - Na sua prática profissional, quando contacta com mulheres vítimas de violência conjugal, como actua?

- Existem aspectos facilitadores para actuar com estas mulheres?

- E aspectos dificultadores

2 - Considera a violência conjugal um problema de saúde?

- Quais são as consequências? (tipos de violência – psicológica, física, sexual; na mulher, família, sociedade e sistemas de saúde)

3 - Qual é na sua perspectiva, o papel/responsabilidade e actuação que os profissionais de saúde têm com estas mulheres? (apoio, encaminhamento, articulação com outros profissionais, prevenção, diagnóstico, conhecimento de recursos/apoio)

- O que considera necessário para que este problema seja minimizado ao nível do impacto na saúde? (níveis individual, profissional, institucional)

- Conhece algumas instituições ou recursos que no âmbito da violência conjugal podem ser utilizados? Já tem encaminhado mulheres?

4 - O que sente quando contacta com estas mulheres?.

5 - O que a (o) ajudaria a melhorar a sua actuação junto destas mulheres?

Anexo 2 – Instrumento da associação livre de palavras

Universidade Aberta
Lisboa

Violência conjugal contra a mulher. Representações sociais e práticas dos profissionais face às mulheres vítimas de violência.

Instrumentos de recolha de dados

Cara(o) Participante

Gratas por aceder a colaborar para a realização deste estudo de investigação para tese de Doutoramento, pretendemos que inicie essa mesma colaboração, respondendo ao que de seguida solicitamos.

Alertamos para que não escreva o seu nome nem qualquer outro dado pessoal nestas folhas, pois as suas respostas são anónimas e confidenciais.

Nos cabeçalhos das folhas, encontra um quadro com códigos que se destinam a manutenção do anonimato e confidencialidade, p.f. não preencha nada.

Pedimos-lhe que leia atentamente as instruções de preenchimento.

Salette Calvino

Natália Ramos (orientadora científica)

AL -	Data -			
CC	CH	UI	SU	CEXT
ENF.	M		P	AS

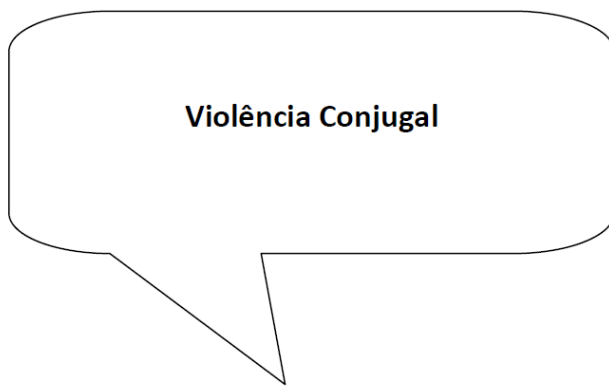
Instruções:

Em cada uma das seguintes folhas está um termo, no total de 4.

Centre-se p.f. em cada um dos termos inscritos no círculo e tão rápido quanto possível escreva as **3 palavras** que espontaneamente lhe ocorreram e por essa mesma ordem.

AL –	Data -			
CC	CH	UI	SU	CEXT
ENF.	M		P	AS

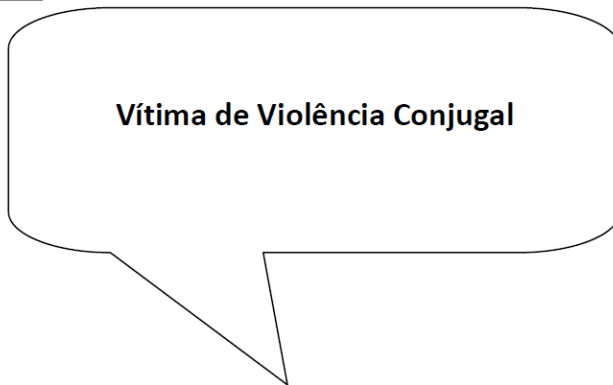
A



1. _____
2. _____
3. _____

AL -	Data -			
CC	CH	UI	SU	CEXT
ENF.	M		P	AS

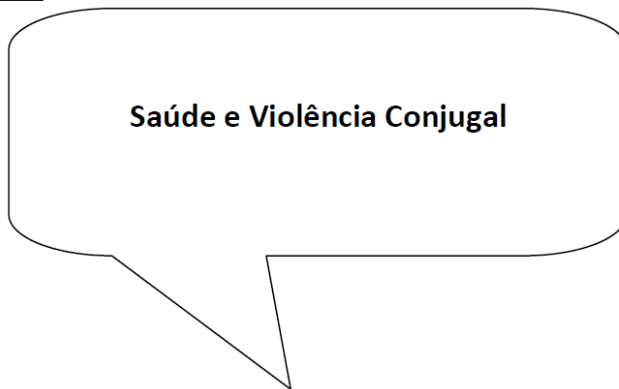
B



1. _____
2. _____
3. _____

AL -	Data -			
CC	CH	UI	SU	CEXT
ENF.	M		P	AS

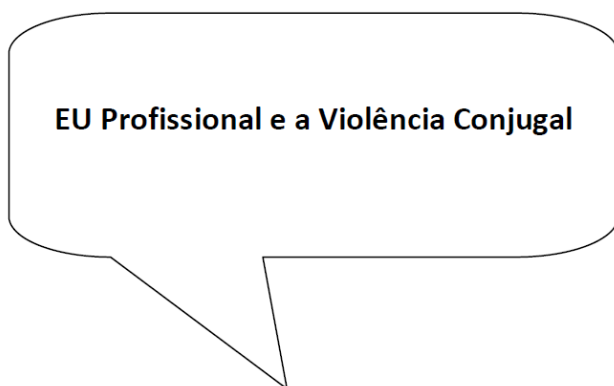
C



1. _____
2. _____
3. _____

AL -	Data -			
CC	CH	UI	SU	CEXT
ENF.	M		P	AS

D



1. _____

2. _____

3. _____

Anexo 3 – Questionário de caracterização socioprofissional

Q -	Data -
CC CH UI SU CEXT GML MP	
ENF. M P AS ML PJ	

Questionário de caracterização socioprofissional

NB: Assinale com X a sua resposta. Por favor escreva com letra de imprensa, legível.

1. Exercício profissional

Profissão: _____

Médico (1) ___

Enfermeiro (2) ___

Assistente social (3) ___

Psicólogo (4) ___

Tempo de serviço:

Menos de 1 (1)

1-3 (2)

4-7 (3)

8-11 (4)

12-15 (5)

16-19 (6)

20-23 (7)

24-27 (8)

28 ou mais (9) quantos? _____

Local de exercício profissional:

Cuidados de saúde comunidade (1) tipo unidade _____

Cuidados hospitalares (2) serviço _____

Q -	Data -
CC CH UI	SU CEXT GML MP
ENF. M P AS ML PJ	

2. Formação académica e contínua

Licenciatura (1) Em _____

Mestrado (2) Em _____

Bacharelato (3) Em _____

Doutoramento (4) Em _____

Formações na área da violência conjugal: Sim (1) Não (2)

Tipo de formação _____

Nº de Horas de formação _____

Tipo de formação _____

Nº de Horas de formação _____

Tipo de formação _____

Nº de Horas de formação _____

3. Dados pessoais

Idade:

25-29 (1)

30-34 (2)

35-39 (3)

40-44 (4)

45-49 (5)

50-54 (6)

55 ou mais (7)

Sexo: F (1)

M (2)

Naturalidade _____

Nacionalidade _____

Salette Calvino

Anexo 4 – Pedido de autorização de estudo e despacho do conselho de administração da ULSAM, EPE

U



COMISSÃO de ÉTICA

Autorizado
Maria de La Saete
Vogal do C.A.
10/2011

PARECER da COMISSÃO de ÉTICA

A Comissão de Ética recebeu do C.A. o pedido de parecer, de um projecto de investigação, sendo a investigadora, **Maria de La Saete, Licenciada em Enfermagem e Mestrado em Comunicação em Saúde** e cujo tema é: “**Violência conjugal contra a mulher. Representações sociais de profissionais de saúde na interface da prestação de cuidados e das expectativas das mulheres vítimas de violência.**”. Por se encontrar nas condições exigidas, é aprovado à data do pedido.

A Comissão de Ética reunida em 28 de Setembro de 2011

O Presidente da C. E.

(Dr. Pedro Meireles)

Recebido fotocópia,
12 out. 2011
JL

ULSAM, EPE

Sede Social: Estrada de Santa Luzia – VIANA DO CASTELO - N.I.P.C. 508 786 193 Capital Estatutário: 35 422 000,00 €-
Endereço postal: Rua José Espregueira, 126 – 4901-871 VIANA DO CASTELO
Telf: 258 802 100 Fax: 258 802 511 – Linha Azul: 258 828 888

Salette Calvinho

Maria de La Salette Esteves Calvinho
Rua Filipe Terzi, nº 102, 1º dto
Areosa
4900-743 Viana do Castelo
tlm 966593111

Exmo. Sr.

Presidente do Conselho de Administração da
ULSAM, EPE

Maria de La Salette Esteves Calvinho, filha de Justino Afonso Calvinho e de Maria do Céu Fernandes Martins Esteves, nascida a 3 de Junho de 1964, na freguesia de Santa Maria Maior, concelho de Viana do Castelo, distrito de Viana do Castelo, divorciada, portadora do Cartão de Cidadão n.º 06581838, com o n.º de contribuinte 174236727, residente na Rua Filipe Terzi, nº 102, 1º dtº, 4900-743, Areosa - Viana do Castelo, com o telemóvel n.º 966593111, e e-mail saletecalvinho@ess.ipvc.pt, Licenciada em Enfermagem e Mestre em Comunicação em Saúde pela Universidade Aberta – Lisboa, docente na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, vem por este meio explicitar e acrescentar alguns dados, ao seu pedido prévio datado de 16/03/2011 e aprovado em Comissão de Ética em 19/04/2011.

O estudo que se pretende realizar é no âmbito do Doutoramento em Psicologia – Especialidade em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Aberta – Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Natália Ramos, conforme declaração que se anexa.

Os objectivos gerais do referido estudo são conhecer as representações sociais de violência conjugal contra a mulher que os profissionais de saúde têm e analisar a articulação entre os diversos profissionais que atendem mulheres vítimas de violência conjugal.

Neste sentido, pretende-se recolher dados por entrevista a médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais a exercer na ULSAM - EPE, ao nível dos cuidados de saúde na comunidade e ao nível dos cuidados hospitalares.

Com base na bibliografia e estudos realizados, consideramos como critério de inclusão dos profissionais na população participante no estudo, os que exercem a sua actividade profissional nos seguintes departamentos/ unidades na comunidade:

Maria de La Salette Esteves Calvino
Rua Filipe Terzi, nº 102, 1º dto
Areosa
4900-743 Viana do Castelo
t/m 966593111

- Obstétrica – consulta externa e internamento;
- Ginecologia – consulta externa e internamento;
- Urgência de adultos;
- Consultas de Psiquiatria e de Psicologia Clínica;
- Centro de Saúde de Viana do Castelo e Unidade de Saúde Familiar Gil Eanes;
- Centro de Saúde de Barroselas;
- Unidade de Cuidados Personalizados de Santa Marta.

No procedimento de recolha de dados, por entrevista que será complementada com um questionário de caracterização sócio-demográfica, serão salvaguardados os princípios éticos e deontológicos deste tipo de estudos, ou seja, o anonimato, a confidencialidade, o consentimento informado e esclarecido, o sigilo das informações recolhidas e a liberdade dos profissionais em participar na investigação sem qualquer prejuízo futuro.

Com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento.

Viana do Castelo, 26 de Maio de 2011


(Maria de La Salette Esteves Calvino)

Junto anexa: Declaração da orientadora científica do estudo.

Anexo 5 – Informação sobre o estudo disponibilizada aos participantes

Informação aos participantes

“Violência conjugal contra a mulher. Representações sociais de profissionais de saúde na interface da prestação de cuidados e das expectativas das mulheres vítimas de violência”

É o título provisório do projeto de tese de Doutoramento, no âmbito do Doutoramento em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Aberta – Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Natália Ramos.

Resumo do estudo

Tipo estudo - paradigma qualitativo, do tipo estudo de caso.

Objectivos gerais:

- Conhecer as representações sociais de violência conjugal contra a mulher dos profissionais que contactam com mulheres vítimas de violência conjugal;
- Analisar a articulação entre os diversos profissionais que atendem mulheres vítimas de violência conjugal.

População alvo:

- Enfermeiros, médicos, assistentes sociais e psicólogos, com experiência de contacto com mulheres vítimas de violência conjugal e a exercer em unidades de cuidados de saúde na comunidade e ao nível hospitalar da ULSAM, EPE.

As unidades selecionadas são:

- Departamento de saúde da mulher
- Departamento de saúde mental e de psiquiatria
- Urgência de adultos
- Agrupamento dos centros de saúde da ULSAM, EPE.

Instrumentos de recolha de dados

- Entrevista semi-estruturada
- Técnica da evocação livre de palavras
- Questionário de caracterização sócio-profissional

Estimamos aproximadamente 45-60 min para a aplicação destes instrumentos. A recolha de dados será negociada pessoalmente com cada um dos participantes, de acordo com a sua disponibilidade.

No procedimento de recolha de dados, serão salvaguardados os princípios éticos e deontológicos deste tipo de estudos, ou seja, o anonimato, a confidencialidade, o consentimento informado e esclarecido, o sigilo das informações recolhidas e a liberdade dos profissionais em participarem na investigação ou dela desistirem sem qualquer prejuízo futuro.

Sobre a investigadora

Salette Calvino

Docente na Escola Superior de Saúde do IPVC

Licenciada em Enfermagem e Mestre em Comunicação em Saúde.

Exerci enfermagem no Hospital de Santa Luzia entre 1986-2002, nos serviços de Obstetrícia e Ginecologia e posteriormente em Cirurgia 1. De 2002 até ao presente, exerço funções docentes, como Assistente na ESS- IPVC.

Contactos:

saletecalvino@ess.ipvc.pt

Telm- 966593111

Anexo 6 – Consentimento informado da participação no estudo disponibilizado aos participantes

CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

Estou devidamente informado(a) e esclarecido(a) de que estou a participar num estudo científico, no âmbito do Projecto de Doutoramento de Salette Calvinho, e que todos os dados e informações por mim concedidos serão totalmente sigilosos, não sendo de forma alguma revelada a minha identificação.

Estou também devidamente informado(a) que não sou obrigado(a) a participar neste estudo, podendo desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para a minha pessoa, quer a nível pessoal, quer profissional.

Viana do Castelo, ____ de _____ de 201__

Anexo 7 – Relatórios do tratamento informático com *Tri Deux Mots*

```

TRI-DEUX Version 2.2
Analyse des ,cartes ... l'ind,pendance -      mars 1995
Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V
12 rue Cujas - 75005 PARIS
Programme ANECAR

Le nombre total de lignes du tableau est de 6
Le nombre total de colonnes du tableau est de 24
Le nombre de lignes suppl,ementaires est de 0
Le nombre de colonnes suppl,ementaires est de 0
Le nombre de lignes actives est de 6
Le nombre de colonnes actives est de 24

M,moire disponible avant dimensionnement 471228
M,moire restante après dim. fichiers secondaires 470078
M,moire restante après dim. fichier principal 469502

AFC : Analyse des correspondances
*****

Le phi-deux est de :      0.422112

Pr,cision minimum (5 chiffres significatifs)

Le nombre de facteurs ... extraire est de 3

Facteur 1

Valeur propre = 0.170035
Pourcentage du total = 40.3

Facteur 2

Valeur propre = 0.113184
Pourcentage du total = 26.8

Facteur 3

Valeur propre = 0.068491
Pourcentage du total = 16.2

Coordonn,es factorielles (F= ) et contributions pour le facteur (CPF)
Lignes du tableau
*-----*-----*-----*-----*-----*
ACT.   F=1  CPF   F=2  CPF   F=3  CPF
*-----*-----*-----*-----*-----*
agre   403  196   -245  109   -215  139   agress11
apoi   -271  55    16    0     -13   0     apoiar41
dep2   545  224   -346  136   344   221   depres31
doen   206  45    561  498   -233  142   doenca31
dor1   -196  35    305  127   448   451   dor11
mull   -607  445   -269  131   -124  46    mulher21
*-----*-----*-----*-----*-----*
* *           *1000*           *1000*           *1000*
*-----*-----*-----*-----*-----*

```

Modalit,s en colonne

```

*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
ACT.      F=1  CPF      F=2  CPF      F=3  CPF
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
0151      -0   0        -0   0        -0   0
0152       0   0         0   0         0   0
0161       0   0         0   0         0   0
0162       50   1       291  33      -319  67
0163    -1020 157     -160   6       179  12
0164     -513  60       449  68     -177  18
0165     -115   3     -446  79         55   2
0166      305  21     -118   5          3   0
0167      643 140       -28   0       242  49
0171     -99   5       332  87       200  53
0172       37   1     -598 202       254  60
0173      375  37     -328  43     -367  88
0174     -271  17       176  11     -600 202
0175        0   0          0   0          0   0
0176       12   0     1286 187       412  32
0181      977  36     -728  30     -823  63
0182        0   0          0   0          0   0
0183      -31   0       371  39     -625 183
0184    -1473  82     -798  36     -474  21
0185    -1473  82     -798  36     -474  21
0186     -869 171         53   1       397  88
0187      125   4       370  54       238  37
0188     -115   3     -446  79         55   2
0189      660 181         62   2         43   2
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
*   *           *1000*           *1000*           *1000*
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*

```

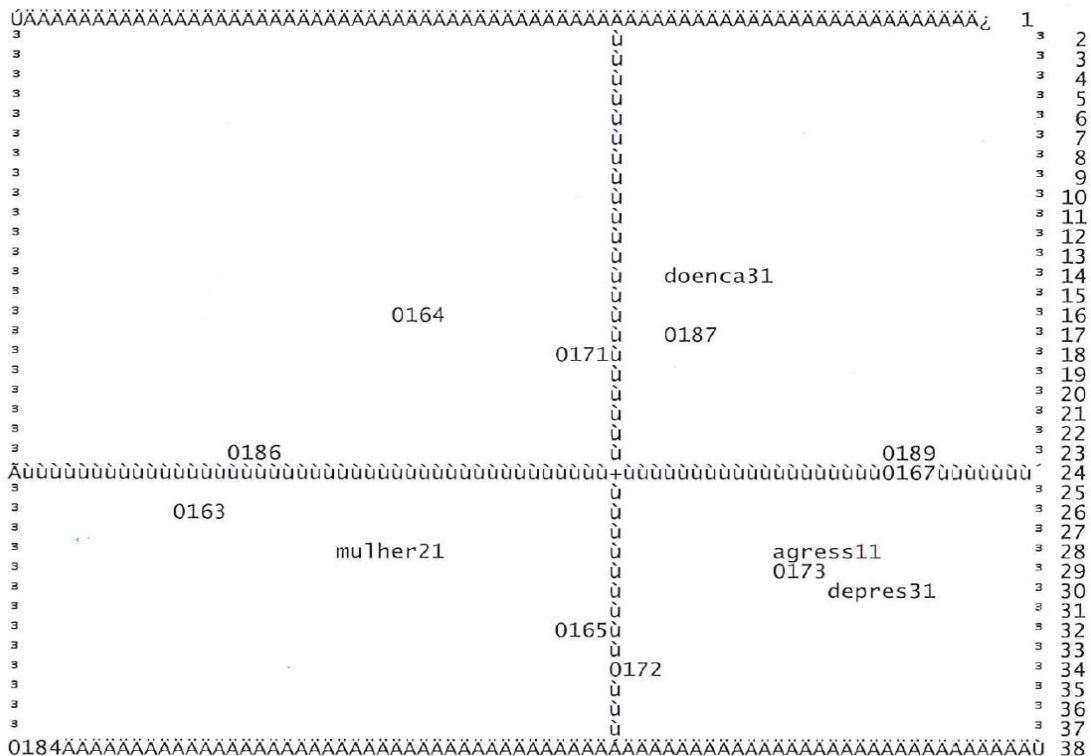
Fin normale du programme

PLANFA
 TRI-DEUX version 2.2
 Repr, sentation de plans factoriels - janvier 1995
 Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V
 12 rue Cujas - 75005 PARIS
 Programme PLANFA

Le nombre total de lignes du tableau est de 6
 Le nombre total de colonnes du tableau est de 24
 Le nombre de lignes supl, mentaires est de 0
 Le nombre de colonnes supl, mentaires est de 0
 Le nombre de lignes actives est de 6
 Le nombre de colonnes actives est de 24
 Le nombre de facteurs calcul, s est de 3

Facteur horizontal : 1
 Facteur vertical : 2
 Repr, sentation des lignes : 3
 Repr, sentation des colonnes : 3
 Nombre des blocs d' ,dition : 1
 Inversion axe horizontal : 0
 Inversion axe vertical : 0
 Seuil de contribution des lignes : 167
 Seuil de contribution des colonnes : 42

PLANFA



Ligne 38 Point double 0185 sous 0184
 Ligne 32 Point double 0188 sous 0165

Fin normale du programme

Anexo 8 – Palavras associadas pelos participantes às palavras-estímulo

Palavras associadas pelos participantes à palavra estímulo *violência conjugal*

Palavra-estímulo: VIOLÊNCIA CONJUGAL	
Palavras associadas	
Coluna 1	Coluna 2
ABUSO SEXUAL	HUMILHAÇÃO
AGRESSÃO	IMPACTO FILHOS
AGRESSÃO FÍSICA	INCOMPATIBILIDADE
AGRESSÃO PSICOLÓGICA	INCULTURA
AJUDA	INFELICIDADE
ALCOOLISMO	INFERIOR
ALTERNATIVA	INJUSTIÇA
AUTORIDADE	ISOLAMENTO
BAIXA AUTO-ESTIMA	MALTRATO
CASA ABRIGO	MEDO
CASAL	MULHER
COBARDIA AGRESSOR	OCULTAÇÃO
CRIANÇA	PÉSSIMO
CRIME	POSSESSÃO
DEPRESSÃO	PSICOLÓGICA
DESAMOR	REPROVAÇÃO
DESEMPREGO	SAÚDE PÚBLICA
DESONESTIDADE	SILÊNCIO
DESRESPEITO	SOFRIMENTO
DESTABILIZAÇÃO	STRESS
DESTRUIÇÃO INTERIOR	TRAIÇÃO
DISCUSSÃO	TRISTEZA
DISTANCIAMENTO	VERGONHA
DOR	VÍTIMA
FAMÍLIA	
FILHO	
FÍSICA	

Palavras associadas pelos profissionais à palavra-estímulo *vítima de violência conjugal*

Palavra-estímulo: VÍTIMA DE VIOLÊNCIA CONJUGAL	
Palavras associadas	
Coluna 1	Coluna 2
ABANDONO	PASSIVIDADE
AGRESSÃO	PERDA
BAIXA AUTO-ESTIMA	POBREZA
CRIANÇA	PODER
CRIANÇA	PSICOLÓGICA
CRIANÇA	RAIVA
CULPA	RECEIO
CULPA	RESERVA
DEPRESSAO	SILÊNCIO
DESCUIDO PESSOAL	SOCIAL
DESESPERO	SOFRIMENTO
DESESPERO	SUBMISSÃO
DESRESPEITO	SUBORDINAÇÃO
DISSIMULAÇÃO	TRISTEZA
DÓ	VERGONHA
DÓ DO PARCEIRO	VIOLAÇÃO
DOMICÍLIO	VITIMIZAÇÃO
DOR	
DOR	
ECONÓMICA	
FAMÍLIA	
FILHO	
FRAGILIDADE	
FRAQUEZA	
GÉNERO	
IDOSO	
INCAPACIDADE	
INFELICIDADE	
INFERIOR	
INSEGURANÇA	
LESÃO	
MEDO	
MULHER	

Palavras associadas pelos profissionais à palavra-estímulo *saúde e violência conjugal*

Palavra-estímulo: SAÚDE E VIOLÊNCIA CONJUGAL	
Palavras associadas	
Coluna 1	Coluna 2
AFECTOS	LESÃO
AJUDA	LIBERDADE
ALCOOL	MAU ESTAR
ALCOOLISMO	MAUTRATO
AUTO-ESTIMA	NEGLIGÊNCIA
BAIXA AUTO-ESTIMA	OCULTAÇÃO
BAIXA MÉDICA	OPOSTOS
BAIXA PROCURA CUIDADOS SAÚDE	PROFISSIONAIS QUALIFICADOS
CARICATO	PROFISSIONAL SAÚDE
CONFIANÇA	PSICÓLOGO
DENÚNCIA	PSICOSE
DEPRESSÃO	RETARDAR CUIDADOS SAÚDE
DESCUIDO PESSOAL	RISCO
DESEQUÍLIBRIO	RISCO VIDA
DESRESPEITO	SAÚDE FÍSICA
DIFÍCIL	SAÚDE MENTAL
DISFUNÇÃO	SAÚDE REPRODUTIVA
DOENÇA	SEXUALIDADE
DOENTIO	SINDROME DEPRESSIVO
DOR	SOMATIZAÇÃO
ENCAMINHAR	TERMINAÇÃO
ENFERMEIRO	TOLERÂNCIA
EQUIMOSE	VERGONHA
EXISTÊNCIA	
FALTA VALORES	
FELICIDADE	
FRAGILIDADE FÍSICA	
HEMATOMA	
HOSPITALIZAÇÃO	
INSEGURANÇA	
IST	

Palavras associadas pelos profissionais à palavra-estímulo *eu profissional e a violência conjugal*

Palavra-estímulo: EU PROFISSIONAL E A VIOLÊNCIA CONJUGAL	
Palavras associadas	
Coluna 1	Coluna 2
ACONSELHAMENTO	INCÓMODO
ACONSELHAR	INDIGNAÇÃO
ACTUAR	INEXPERIÊNCIA
AJUDAR	INFORMANTE
ANSIEDADE	INQUIETAÇÃO
APOIAR	INSEGURANÇA
APOIAR	INTERESSE
ATENÇÃO	LIMITAÇÃO CAPACIDADE INTERVENÇÃO
CAPACITAR	MEDO DE NÃO DETECTAR
COMPAIXÃO	MEDO NÃO SABER AJUDAR
COMPROMISSO	NECESSIDADE FORMAÇÃO ESPECÍFICA
CONFRONTAR	ORIENTAÇÃO
CONHECIMENTO	ORIENTAR
CONSCIÊNCIA	PERSUAÇÃO
DENUNCIAR	PREOCUPAÇÃO
DESCONHECIMENTO	PRINCÍPIOS
DETECTAR	PROBLEMA
DIFICULDADE	PROTEGER
DIVULGAÇÃO	REDE SOCIAL
EMPREGO	REPROVAÇÃO
ENCORAJAR	RESPONSABILIDADE
ESCUTAR	REVOLTA
FALTA FORMAÇÃO	SENSIBILIDADE
FALTA RECURSOS	TEMPO
FAMÍLIA	TRATAR
FORMAÇÃO	VALORES
FUTURO	
IMPOTÊNCIA	

