

## Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder

Florianópolis, de 25 a 28 de agosto de 2008

### Diversas faces do poder sobre a mulher - O caso da violência conjugal.

Maria de La Salette Esteves Calvino<sup>1</sup>; Maria Natália Ramos<sup>2</sup>.

Palavras-chave: gênero, poder, saúde.

ST 29 - Relações de poder e de gênero

#### *Da construção do gênero ao poder na família ...*

Desde as sociedades mais remotas à sociedade contemporânea, à mulher e ao homem são atribuídos papéis de gênero, com objetivos e reconhecimento social distintos. São papéis não naturais, socialmente construídos, já que a natureza permite à mulher a gravidez e a amamentação, mas, não lhe retirou capacidades como pessoa. Contudo, como tem demonstrado Héri-tier (1996), a diferença corporal entre os homens e as mulheres são os “*pilares fundadores da sociedade*”.

O dinamismo social tem permitido a evolução no sentido da igualdade entre homens e mulheres, mas não foi ainda eliminada a diferença vivida em sociedade por homens e mulheres. São aspectos culturais enraizados e facilmente transmitidos pela educação desde a fase mais precoce, pelo ambiente cultural e pela interação da vida quotidiana, em mensagens e sinais implícitos ou explícitos, dificultando a eliminação da desigualdade entre os homens e mulheres (Héri-tier, 1996).

Fiske (2002) considera a naturalização da mulher como ser mais delicado e dedicado, a precursora do mito de que ela é o ser ideal para cuidar dos filhos e do marido e naturalmente ele deverá ser o provedor das necessidades materiais.

O sexo dos elementos constituintes da família vai determinar, através da interação familiar, o seu destino familiar e social. Os valores, as competências, a divisão do trabalho são transmitidos com base nos sexos, pela família (Saraceno, 1992).

“*Para Linton e Znaniecki, o conceito de papel está ligado não somente à posição do indivíduo no grupo e na sociedade, mas também aos modelos culturais e aos sistemas de valores*” (Michel, 1983, p.136).

O papel consiste num conjunto de condutas específicas e esperadas de cada indivíduo, na família e na sociedade, determinadas pelo sexo biológico. O papel de cada indivíduo tem uma estreita ligação com a sua condição (status), já que é a partir do cumprimento dos diversos papéis que cada indivíduo desempenha que é construída a identidade social como homem ou como mulher (Segalen, 1992).

Apesar das muitas mudanças para mais igualdade entre homens e mulheres, ainda permanecem nas mentalidades, no ambiente cultural e familiar muitas dificuldades em dissociar as pessoas do seu papel reprodutivo. A difusão de novos valores, de diferentes comportamentos e as

leis que decretam a igualdade, não alteraram ainda a realidade vivida, já que esta não revela completamente essa tomada de consciência (Silva, 1995).

A igualdade entre homens e mulheres se bem que atenuada e pretendida ainda não é paritária nas diversas dimensões da vida social.

O 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 interação parecem prevalecer: as mulheres entraram no domínio masculino, mas os homens evitaram intervir demasiado no domínio outrora dito tradicionalmente feminino*” (Segalen, 1999, p. 269).

São os géneros socialmente construídos que vão mover-se ao nível social e familiar de acordo com o que deles é esperado, e entre essas expectativas está a formação da família e assegurar descendência.

A família é culturalmente entendida como um local de afecto e de segurança, mas é no seu seio que a violência familiar ocorre, afectando sobretudo as mulheres, as crianças e os idosos, em diversas culturas e estratos sociais e é considerada, muitas vezes, como natural das normas familiares (Ramos, 2004).

Este tipo de violência ocorre no espaço familiar, onde interagem diversos sub-sistemas, numa hierarquia de poder. É habitualmente dirigida ao mais dependente e vulnerável, pelo que detém mais poder. Esse poder maior 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 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).

Ao longo dos tempos 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. Neste sentido Gelles & Straus (1988, p. 26) referem-se ao “*casamento como uma licença para bater*”<sup>3</sup>.

Os papéis de género tradicionais são favorecedores de uma hierarquização familiar rígida, baseada na superioridade masculina e pouco favorecedores da capacidade de desenvolver relações igualitárias, constituindo um maior risco de que a violência seja um instrumento de afirmação da masculinidade (Cook & Fontaine, 1990).

Pais (1994) e Silva (1995) afirmam 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.

Alarcão (2000) frisa que a utilização da violência é intencional, 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 do agredido ou o reforço da posição dominante do agressor.

Ramos (2004) considera que existem factores individuais e familiares de risco para a utilização da violência no seio da família, como história pessoal e familiar, inadequado suporte familiar e comunitário, carência económica e desemprego, os quais podem favorecer por reprodução um ciclo vicioso dificilmente quebrável. 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 produtivas e reconfortantes. 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.

#### *Do exercício violento do poder sobre a mulher na família às consequências...*

Ramos (2004) referindo Bateson (1981,1985) salienta que a comunicação sistémica entende a comunicação como um processo, no qual se distinguem dois níveis de significação. Um deles situa-se ao nível da informação e do conteúdo da mensagem, sob a forma verbal e não-verbal e, o outro nível de significação é o que faz emergir o contexto relacional entre as pessoas envolvidas no acto relacional, o padrão de interacção.

Assim, facilmente se torna evidente a importância da comunicação no casal e o seu potencial na resolução de problemas, na negociação de normas, no esclarecimento de situações, que vão permitir ao casal redefinir constantemente a sua relação no sentido de uma maior satisfação relacional, já que conforme salienta Ramos (2004) citando Ramos (2001, 2003): *“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. 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).

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 ser 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. A relação mantém-se e aumentam os actos de violência em gravidade e em frequência.

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, e ainda assim este número não traduz a amplitude do fenómeno. Muitas mais pessoas estão sujeitas a sofrimento e a problemas de saúde em consequência da violência que representam custos avultados para a economia dos países essencialmente pelos gastos em saúde e pela baixa produtividade ao nível do trabalho (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)

As vítimas de violência familiar ou sexual apresentam maior número de problemas de saúde com maior número de consultas médicas e de cirurgias, recorrem aos serviços de urgência hospitalar com mais frequência e apresentam mais vezes baixa por doença, ao longo de toda a sua vida. Sofrem conseqüentemente uma degradação da qualidade de vida (WHO, 2002).

A violência contra a mulher, infligida pelo companheiro, ostenta diferentes formas de agressão que podem ser física, psicológica e sexual, isolada ou combinadas, as quais têm conseqüências na saúde, imediatas e a longo prazo. As repercussões na saúde podem manifestar-se através de traumas ao nível físico, síndromes de dor crónica, problema gastrointestinais, depressão e suicídio (WHO, 2002).

O impacto da violência conjugal na saúde da mulher e da família influencia negativamente o seu papel e desempenho social, aumenta os custos em cuidados de saúde e diminui a produtividade da mulher e de todos os elementos da família.

*Do poder das políticas à responsabilidade e poder dos profissionais de saúde no âmbito da violência contra a mulher na família ...*

A violência doméstica contra a mulher é considerada pela Organização Mundial de Saúde como um problema e uma prioridade de saúde pública (OMS, 1996; 2001).

A violência é uma das áreas em que a saúde pública, através dos seus responsáveis quer a nível político, quer da prática (responsáveis pelas instituições, profissionais de saúde), pode e deve considerar como um problema de saúde que não é irresolúvel e que pode ser prevenido, embora se revista de enorme complexidade e exija uma abordagem multidisciplinar (WHO, 2002).

Ramos (2004) chama a atenção para a interacção existente entre corpo, mente e cultura que fazem exprimir de forma diversa as dimensões biofísica, psicológica e social.

A gestão da saúde como um recurso para a vida, objectivo proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), deve ser perseguido em inter-colaboração de diversas áreas sociais.

Salientando o facto de que os maus-tratos são um problema de saúde, parece ser evidente a responsabilidade das instituições e dos profissionais que aí exercem o diagnóstico dessas situações e a necessidade de uma intervenção abrangente, ou seja, ao nível da educação e prevenção e não só centrada no tratamento.

São estes profissionais que se encontram na primeira linha de possível recurso, já que o Centro de Saúde e o Hospital são locais que interagem com as mulheres em algum(ns) momento(s) das suas vidas.

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 utilização de competências ao nível da comunicação entre profissional de saúde e cliente é uma ferramenta indispensável para desenvolver uma relação de confiança e empatia que permita às mulheres falarem dos seus casos, sem medo de serem culpabilizadas pela expressão de juízos de valores e desvalorização do seu sofrimento.

O cuidar, segundo Hesbeen (2001), "*é a intenção comum*" da equipa multidisciplinar, diferenciada pela especificidade de cada profissão, (eg. Enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social) exercida em complementaridade. Cuidar em saúde é ir ao encontro da outra pessoa no sentido de a ajudar a desenvolver o seu projecto de saúde. Para conseguir esse nível de relacionamento terapêutico, são requeridas competência ao nível técnico-científico mas também qualidades humanas. Transmitir o interesse genuíno pela pessoa, não a encarar como objecto de um cuidado por determinada patologia ou lesão, demonstrar interesse caloroso e considerar o que está para além do mais visível no corpo onde pode estar a fonte da sua maior preocupação. Nela, pode-

se encerrar o motivo do estado de desequilíbrio manifestado pelo corpo. Requer tempo, paciência e capacidades comunicacionais que permitam o empoderamento necessário à recriação de uma vida com sentido, com comportamentos conducentes a um maior estado de saúde para si e para os seus familiares.

Os indivíduos existem num mundo social que não pode ser esquecido ou dissociado daquilo que o enforma e que foi obtido 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 profissionais de saúde têm a montante do conhecimento especializado, crenças leigas que coexistem com o saber científico, influenciando a comunicação. O profissional e o utente formam uma “*díade*” em interacção, estabelecendo uma relação em que coexistem os dois níveis de saberes. A forma como a comunicação é utilizada vai influenciar a adesão do utente, as suas expectativas e as suas decisões (Ogden, 2000).

O estudo que realizámos (Branco, 2007) com a colaboração de dez mulheres, de diferentes gerações e meio socio-geográfico (rural e urbano), vítimas de violência conjugal permitiu-nos verificar que estas mulheres foram vítimas não só do poder violento do homem que amavam e com o qual desejavam manter uma relação conjugal, mas também de um poder social que lhes impediu e adiou a saída da situação conjugal agressora.

A família para algumas destas mulheres exerceu pressão para a manutenção do casamento apelando aos costumes e à importância da manutenção da família a qualquer preço, demonstrando tolerância com as atitudes do agressor.

Em contacto com profissionais de forças de segurança sentiram incompreensão, desculpabilização do companheiro e ineficácia na abordagem da situação de maus-tratos.

No recurso aos profissionais de saúde, estas mulheres sentiram muitas vezes vergonha e tiveram atitudes de evitamento. Percepcionaram atitudes de desvalorização dos sinais de violência e de passividade, mesmo em situação de confirmação explícita da mesma.

Nas mentes e corpos destas mulheres, o desequilíbrio provocado pelos maus-tratos, continuados e cada vez mais graves e frequentes, instalou-se com consequências ao nível das diversas dimensões da saúde. Na integridade física por lesões diversas (eg. hematomas, fracturas ósseas, queimaduras) na saúde psicossomática (eg. alterações do sono, queixas algicas e perda do desejo sexual); na saúde biofísica (risco obstétrico, risco de doenças sexualmente transmissíveis - DST e hipertensão) e na saúde mental (estados de ansiedade e depressivo, diminuição do auto-conceito e da auto-estima, ideação suicida e tentativa de suicídio e stress pós-traumático).

Constatamos ainda, que foram sobretudo os motivos relacionados com a saúde que motivaram o prejuízo da participação laboral.

Verificamos que ao nível do contexto familiar houve prejuízo no desempenho dos papéis parentais e nas relações familiares, o que teve consequências, em nosso entender, ao nível do desenvolvimento dos filhos, o que, como refere Ramos (2004), pode impedir o desenvolvimento integral harmonioso das crianças e hipotecar-lhes um futuro satisfatório.

## *BIBLIOGRAFIA*

- ALARCÃO, Madalena (2000) – **(des) Equilíbrios familiares: uma visão sistémica**, Coimbra, Quarteto editora.
- BRANCO, Maria de La Salette Calvinho (2007) – **Violência conjugal contra a mulher. Histórias vividas e narradas no feminino**. Lisboa. [s.n]. Dissertação de Mestrado.
- COOK, J. Sue; FONTAINE, Karen Lee (1990) – **Enfermería Psiquiátrica**. Madrid, Ed. Mc Graw Hill.
- FISCHER, Gustave-Nicolas (1992) – **A Dinâmica social: violência, poder, mudança**. Lisboa, Planeta Editora.
- 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.
- HÉRITIER, Françoise (1996) – **Masculino feminino: o pensamento da diferença**. Lisboa, Ed. Instituto Piaget.
- HESBEEN, Walter (2001) – **Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures, Lusociência Ed.
- MICHEL, Andrée (1983) – **Sociologia da família e do casamento**. Porto, Rés Editora.
- OGDEN, Jane (2000) – **Psicologia da saúde**. 2.º ed. Lisboa, Climepsi Editores.
- ORGANISATION MONDIALE DE SANTÉ (1996) – **WHA 49.25 La prévention de la violence: une priorité pour la santé publique**, la quarante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 20-25 Mai.
- ORGANISATION MONDIALE DE SANTÉ (2001) – **EB 109/115 Violence et Santé : rapport du secrétariat**. Conseil Exécutif, cent neuvième session, 24 Nov.
- PAIS, Marta Santos (1994) – **Violência contra as mulheres**. Seminário organizado, em 18 de Março de, pela Universidade Católica, em colaboração com a Secretaria de Estado da Justiça, a Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres e o Clube Seroptimista Internacional de Lisboa. Disponível em: <http://www.gddc.pt/actividade-editorial/pdfs-publicacoes/7374-b.pdf>
- PAIS, Elza (2006) – **Violência doméstica no roteiro para a inclusão**. [on line] Disponível em: <http://cidm.madbug.com/?new=1&tolevelID=50001>. Publicado em 14 de Agosto.
- RAMOS, Natália (2004) – **Psicologia clínica e da saúde**. Lisboa, Universidade Aberta.
- TRINDADE, Isabel; TEIXEIRA, José A. Carvalho (2000) – **Psicologia em cuidados de saúde primários**. Lisboa, Climepsi Ed.
- SARACENO, Chiara (1992) – **Sociologia da família**. Lisboa, ed. Estampa.
- SEGALEN, Martine (1992) – **Antropología histórica de la familia**. 4.º ed. Madrid, Ed. Grupo Santillana de Ediciones, S.A.
- SEGALEN, Martine (1999) – **Sociologia da família**, Lisboa, Ed. Terramar, Ed. Portuguesa 1999.
- SILVA, Luísa Ferreira da (1995) – **Entre marido e mulher alguém meta a colher**. Celorico de Basto, à Bolina Editores livresiros Lda.
- SILVA, Luísa Ferreira da; ALVES, Fátima (2002) – **Saúde das mulheres em Portugal**. Porto, Ed. Afrontamento.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002) – **First ever Global Report on Violence and Health released. New WHO report more complete picture of global violence**, Geneva; 3 October.

---

<sup>1</sup> Mestrado em Comunicação em Saúde, Licenciatura em Enfermagem. Docente da Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Portugal.

<sup>2</sup> Doutora em Psicologia Clínica. Professora Associada da Universidade Aberta, Lisboa – Portugal.

<sup>3</sup> Tradução livre da autora