



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

José Manuel Carvalho Pinto

**Impacto psicológico e psicopatológico da violência conjugal
em mulheres vítimas acolhidas em casas de abrigo.
Estudo exploratório em duas casas de abrigo do Grande Porto.**

Mestrado em Medicina Legal

Abril 2009

Universidade do Porto
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

José Manuel Carvalho Pinto

Impacto psicológico e psicopatológico da violência conjugal em mulheres
vítimas acolhidas em casas de abrigo.

Estudo exploratório em duas casas de abrigo do Grande Porto

Tese apresentada por José Manuel Carvalho Pinto
ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
da Universidade do Porto para obtenção do grau
de Mestre em Medicina Legal, sob orientação da
Prof. Doutora Celina Manita, da Faculdade de
Psicologia e Ciências da Educação da Universidade
do Porto.

Abril
2009

Resumo

Este estudo, de carácter exploratório, procurou analisar o impacto psicológico e psicopatológico da violência conjugal/maus tratos conjugais em mulheres vítimas, acolhidas em Casa de Abrigo, recorrendo a uma metodologia compósita, de natureza qualitativa e quantitativa, que pudesse permitir a identificação de características objectivas mas também da percepção subjectiva de mudança destas mulheres, na relação com os companheiros agressores.

Para esse efeito foi constituída uma amostra intencional, composta por todas as mulheres que, na altura, se encontravam acolhidas em duas Casas de Abrigo do distrito do Porto (n= 20). Para a avaliação do impacto psicológico/psicopatológico da violência foram utilizados dois Inventários de Avaliação Psicológica (Inventário de Avaliação Clínica da Depressão - IACLIDE e Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI) e foi construído um Questionário para recolha de informação complementar. Os dados obtidos através destes instrumentos foram submetidos a tratamento estatístico (no caso dos dados obtidos através dos Inventários de Avaliação Psicológica) e a análise de conteúdo de tipo categorial (no caso das respostas ao questionário).

Os resultados obtidos nesta amostra, embora não generalizáveis ao universo das mulheres vítimas de violência ou de maus tratos conjugais, sugerem um forte impacto psicológico dos maus tratos nas mulheres com estas características, nomeadamente no campo dos afectos e da cognição. Evidenciam-se sobretudo distúrbios psicoemocionais, como a depressão e a ansiedade, com reflexos também ao nível do comportamento e do relacionamento interpessoal. Conjuntamente com estas, algumas perturbações ao nível cognitivo e do pensamento, como a ideação paranóide e o psicoticismo, poderão ser responsáveis por dificuldades sentidas por muitas das vítimas na gestão do seu quotidiano e na gestão das relações interpessoais, sendo também observável uma afectação da sua capacidade familiar, social e laboral, comprometendo globalmente a gestão da vida diária. Estas mulheres evidenciam alterações significativas ao nível do estado de humor, revelando-se desconfiadas, incapazes de confiar nos outros, reservadas, tristes e com uma auto-imagem negativa. Estas são alterações atribuíveis aos maus tratos e à manutenção em relações abusivas.

Palavras-chave: Violência Conjugal; Maus tratos Conjugais; Mulheres Vítimas; Impacto Psicológico e Psicopatológico; Casa de Abrigo.

Abstract

This study, of exploratory character, tried to analyse the psychological and psychopathological impact of conjugal violence/ conjugal abuse on female victims, received in Places of Refuge, recurring to a composite methodology, of qualitative and quantitative nature, that could allow the identification of objective characteristics but also the subjective perception of change on those women, in their relationship with their aggressors.

To that effect an intentional sample was constituted, composed by all the women that, at the time, were sheltered in two places of refuge from the district of Oporto. (n=20). To evaluate the psychological/ psychopathological impact of violence two inventories of psychological evaluation were used (Clinical Evaluation of Depression Inventory – IACLIDE and Psychopathological Symptoms Inventory – BSI) and a questionnaire was made to collect further information. The data obtained by using these instruments were submitted to statistical procedure (in the case of data obtained through Psychological evaluation inventories) and submitted to the analysis of content (in the case of the questionnaire's answers).

The results obtained in this sample, although not generalizable to the universe of women victims of violence or conjugal abuses, suggest a strong psychological impact of abuse on women with these characteristics, namely on affections and cognition fields. Above all, psycho emotional disturbs are evidenced, like depression and anxiety, with reflects also on both behaviour and interpersonal relationship levels. Together with these, some disturbances at cognitive and thought level, like paranoid idealization and psychoticism, might be responsible for difficulties felt by many of the victims on their daily management and on interpersonal relationships management, being also observable it affected their familiar, social and labour capacity, compromising globally their daily life management. These women evidence significative changes on mood level, revealing themselves suspicious, unable to trust others, cautious, sad, and with a negative self-image. These are changes attributable to abuse and to the maintenance of abusive relationships.

Key words: Conjugal Violence, Conjugal Abuse, Female Victims, Psychological and Psychopathological Impact, Places of refuge.

Résumé

Cette étude, à caractère exploratrice, a eu comme but analyser l'impact psychologique et psychopathologique de la violence conjugale / mauvais traitements entre conjoints, chez les victimes féminines accueillies dans des Foyers d'Accueil, ayant recours à une méthodologie variée, de nature qualitative et quantitative, qui puisse permettre l'identification de caractéristiques objectives, mais aussi la perception subjective du changement de ces femmes par rapport à leur relation avec leur conjoint agresseur.

Ainsi, un prélèvement a été élaboré, composé par toutes les femmes qui, à l'époque, avaient été accueillies dans deux Foyers d'Accueil du district de Porto (n=20). Pour évaluer l'impact psychologique / psychopathologique de la violence, deux Inventaires d'Évaluation Psychologique ont été utilisés (Inventaire de l'Évaluation Clinique de la Dépression – IACLIDE et Inventaire de Symptômes Psychopathologiques – BSI), puis un Questionnaire a été préparé pour recueillir certaines informations complémentaires. Les données obtenues à l'aide de ces instruments ont été soumises à un traitement statistique (dans le cas des données obtenues à travers des Inventaires d'Évaluation Psychologique), puis à l'analyse de contenus par catégories (dans le cas des réponses aux questionnaires).

Il ne faut pas généraliser les résultats de ce prélèvement à l'univers des femmes victimes de violence ou mauvais traitements conjugaux, mais ces derniers démontrent un grand impact psychologique des mauvais traitements, chez les femmes ayant ces caractéristiques, en particulier en ce qui concerne les affects et la cognition. On retrouve surtout des troubles psycho émotionnels, comme la dépression et l'anxiété, qui se reflètent au niveau du comportement et de la relation interpersonnelle. Par ailleurs, certaines perturbations au niveau cognitif et de la pensée, comme l'idéalisation paranoïde et la psychose, pourront être la cause de nombreuses difficultés ressenties par les victimes au moment de la gestion de leur quotidien et par rapport à la gestion de leurs relations interpersonnelles. En outre, leurs capacités concernant la famille, le travail et la vie sociale seront affectées, compromettant la gestion globale de la vie quotidienne. Ces femmes manifestent de fortes altérations au niveau de leur état d'humeur, et se révèlent méfiantes, incapables de faire confiance aux autres, réservées, tristes et ont une auto image négative. Ces dernières sont attribuées aux mauvais traitements et à la maintenance dans des relations abusives.

Mots-clés : Violence Conjugale ; Mauvais Traitements Conjugaux ; Femmes Victimes ; Impact Psychologique et Psychopathologique ; Foyers D'Accueil.

À minha esposa **Daniela**, pelo amor, carinho, por estar sempre ao meu lado, por nunca desistir de mim, por ser a minha companheira, mãe da minha filha Francisca, que está a chegar: sem ti não era possível **Obrigado**.

À minha **Mãe**, por todo o carinho e amor, pela força, motivação que sempre me deu para alcançar todas as etapas, e por ser a melhor mãe do mundo.

À minha prima **Sandra**, por ser uma verdadeira amiga.

Ao **Paulo**, pela amizade e companheirismo ao longo destes anos e por estar sempre perto.

Ao **Sérgio Neves**, pelo apoio, força, amizade e por não me deixar desistir na fase final deste percurso.

À **Professora Doutora Celina Manita**, pela oportunidade de poder aprender, pelos ensinamentos, mestria, dedicação e pela perseverança que levaram à conclusão deste trabalho.

À **Professora Doutora Maria José Carneiro** por toda a amizade, apoio e sabedoria, que ao longo destes quatro anos, me tem transmitido e contribuído para ser melhor profissional.

Ao **Professor Doutor J. Pinto da Costa** pela oportunidade e honra de poder aprender com tão nobre profissional.

A todas as mulheres vítimas de violência doméstica, acolhidas em casa de abrigo, pela partilha das histórias de vida, ao longo destes últimos quatro anos.

Índice

Introdução	9
PARTE A: Enquadramento Teórico	
1. Violência doméstica – enquadramento histórico e conceptual	11
1.1. O papel histórico dos movimentos de mulheres	13
1.1.1. A superação de alguns obstáculos socioculturais à investigação científica do fenómeno da violência doméstica e conjugal	15
1.2. Violência doméstica – enquadramento conceptual	17
1.3. Prevalência do fenómeno	21
1.4. Violência doméstica em Portugal – breve enquadramento histórico	24
2. Teorias explicativas da violência doméstica	25
2.1. O ciclo da violência	30
3. Impacto da violência nas vítimas	31
3.1. Características do impacto psicológico da violência nas mulheres agredidas	34
3.2. Síndrome da mulher batida (S.M.B.)	36
3.3. Mecanismos de defesa utilizados pelas vítimas de violência	37
4. As casas de abrigo como resposta específica para mulheres vítimas de violência doméstica	38

4.1. A realidade internacional das casas de abrigo	39
4.2. A realidade das casas de abrigo em Portugal	43
4.3. O funcionamento interno das casas de abrigo	45
PARTE B: Estudo Empírico	
5. Objectivos	48
6. Metodologia	49
6.1. Instrumentos de recolha de dados	49
6.2. Caracterização da amostra	52
7. Apresentação e discussão dos resultados	54
8. Conclusões e implicações do estudo	61
Considerações finais	64
Bibliografias	65
ANEXOS	
Anexo I – Guião de entrevista semi-estruturada	

Introdução

Desde os primórdios da humanidade que encontramos relatos e registos na história de episódios de violência e maus tratos exercidos sobre indivíduos naturalmente mais vulneráveis: mulheres e crianças. Esta é uma realidade que vem acompanhado a evolução do Homem, ao longo dos séculos, atravessando fronteiras geográficas, ideológicas, raciais e culturais.

E, ainda que tenha estado sempre presente, só na segunda metade do século XX este problema emergiu como um flagelo social, condenado à escala global. Deste modo, assistimos nas últimas décadas ao interesse crescente de vários autores e investigadores por esta temática, resultando daí um vasto conjunto de estudos e teorias que visam um conhecimento mais profundo e alargado do fenómeno, abarcando os seus diferentes actos, intervenientes e contextos.

Não obstante todas estas investigações, continuam a persistir questões merecedoras de um conhecimento mais detalhado, dada a sua relevância.

Nesse sentido, a presente investigação pretende contribuir para o aprofundamento do conhecimento numa área ainda lacunar no nosso país: o impacto psicológico e psicopatológico da violência conjugal em mulheres vítimas, mais particularmente num subgrupo de mulheres vítimas – as que estão acolhidas em Casas de Abrigo.

Segundo Munroe & Hamberger (2004), a violência conjugal afecta muitos aspectos da vida das vítimas. As mulheres agredidas apresentam problemas psicológicos e de saúde. Mesmo durante os períodos em que não ocorre violência física, as mulheres vivem em permanente tensão, devido ao uso de táticas de terror psicológico por parte do agressor, o que provoca danos psicoemocionais posteriores.

Neste contexto, a análise das repercussões psicológicas e psicopatológicas manifestadas pelas vítimas de maus-tratos reveste-se de particular complexidade e importância, dado o seu impacto e condicionantes em diferentes áreas da vida e da rotina diária destas mulheres.

Para a prossecução do nosso estudo, foi seleccionada uma amostra de mulheres vítimas acolhidas em Casas de Abrigo, tendo integrado a amostra todas as mulheres que se encontravam, na altura, em duas Casas Abrigo do Grande Porto ($n = 20$). A este conjunto de mulheres foram administrados dois Inventários de Avaliação Psicológica (Inventário de avaliação Clínica de Depressão, de Vaz Serra, e Inventário de Sintomas Psicopatológicos, versão nacional de C. Canavarro), que têm como objectivo avaliar de um conjunto geral de

sintomas psicológicos e psicopatológicos. Foi também realizado um questionário, cujas respostas foram posteriormente analisadas através de análise de conteúdo, visando a pesquisa de dimensões subjectivas das consequências psicológicas e psicopatológicas que a vivência de uma realidade de violência conjugal e a experimentação de maus tratos provocaram nestas vítimas.

Dos procedimentos e resultados desta investigação daremos conta nas páginas seguintes. Esta dissertação encontra-se dividida em duas grandes partes – uma mais orientada para as dimensões teóricas e conceptuais relacionadas com o nosso objecto e objectivos de estudo e uma mais centrada na apresentação do estudo empírico desenvolvido, metodologias utilizadas e apresentação e análise dos seus resultados.

Para além das preocupações científicas, orientou-nos uma preocupação pragmática: as investigações realizadas nesta área têm contribuído para um incremento de respostas e soluções orientadas para as vítimas que visam a sua protecção e a reestruturação dos seus projectos de vida. Todavia, este é, ainda, um caminho árduo e sinuoso que obriga a um labor contínuo. Em Portugal, muitos são ainda os passos a dar nesse sentido. É pois urgente que entidades governamentais e demais agentes sociais com capacidade de intervenção, não cessem a tomada de medidas direccionadas para a construção de infra-estruturas que disponibilizem o suporte de que as vítimas necessitam.

Se, por um lado, este tipo de infraestruturas tem aumentado um pouco por todo o mundo, por outro lado, o número alcançado ainda não é o desejável, dado que continuam a persistir casos de vítimas que vêem os seus pedidos de ajuda serem declinados por escassez de recursos, sobretudo físicos. Por outro lado ainda, as questões ideológicas e culturais continuam a ser um obstáculo em determinadas sociedades. Nestas, a intervenção terá necessariamente de passar pela criação de mecanismos que visem a alteração de mentalidades relativamente à concepção que têm das mulheres e do seu papel enquanto agentes sociais.

Que esta dissertação e o seu pequeno contributo científico possam ajudar a equacionar as respostas mais adequadas a mulheres vítimas de violência conjugal com características e problemas psicológicos particulares.

PARTE A: Enquadramento Teórico

1. Violência doméstica – enquadramento histórico e conceptual

A abordagem do tema “violência doméstica” iniciou-se, ou adquiriu maior relevo como problema social, no início da década de 60. Contudo, se analisarmos a história das sociedades e das relações sociais, verificamos que este não é um fenómeno novo - a sociedade tradicional apresentava já um contexto social violento como parte integrante das dinâmicas das famílias e pode mesmo afirmar-se que as famílias de hoje não são mais violentas do que as dos nossos antepassados (Dias, 2004).

De acordo com Pagelow (1984), citado por Dias (2004), “uma breve leitura da literatura sobre a família na história, demonstra claramente que a violência e a brutalidade não são invenções da era espacial, mas fazem parte do tecido familiar desde as suas origens” (p.12). Desde os tempos mais longínquos que é possível constatar a existência de violência na família, praticada sobre crianças e mulheres, mas também contra os irmãos.

O que acontecia é que, até aos anos 60-70 do século XX, o conflito e a violência ocorridos no seio da família estavam longe de ser reconhecidos como um grave problema social, pelo contrário, constituíam uma prática considerada necessária para o exercício da autoridade masculina e para a manutenção de uma sociedade patriarcal.

De acordo com Gelles (1995, p. 451), na sociedade tradicional, “as crianças podiam ser mortas por chorarem demasiado, por serem doentes ou deformadas, ou terem alguma imperfeição que se notasse [e isto ainda acontece hoje em dia]. As meninas, os gémeos e os filhos de mães solteiras, por exemplo, eram os alvos especiais do infanticídio”. Sendo assim, existe toda uma tradição histórica de violência sobre as crianças e de tolerância sociocultural, à qual é atribuída a responsabilidade por terem sido tão tardiamente “descobertos” e contestados os abusos infligidos às crianças.

À semelhança das crianças, as mulheres encontram-se no grupo das pessoas historicamente mais agredidas no seio familiar. De acordo com Dias (2004), as agressões contra as mulheres são praticadas pelo homem de forma impune desde a Roma Antiga.

Também Gelles (1995) relata que o marido podia castigar, divorciar-se e matar a mulher como consequência de adultério, de estado de embriaguez ou de frequência de jogos públicos. Deste modo, e tendo em conta o poder patriarcal e o estatuto social de submissão da mulher, ao homem era conferido um poder absoluto sobre a esfera familiar.

Giddens (cit in Dias, 2004, p. 231) salienta que a “violência contra as mulheres era um aspecto comum do casamento nos tempos medievais e no princípio da industrialização.

Até ao final do século XIX não existiam leis na Inglaterra que proibissem um homem de agredir fisicamente a sua mulher, desde que não houvesse danos físicos graves ou homicídio”.

A expressão clássica “rule of thumb” teve origem na lei de 1768, de acordo com Dias (2004), e legitimava o marido a punir a sua esposa, caso esta fosse “mal comportada”, bem como atribuía aos maridos o direito de punir fisicamente a sua mulher com uma vara que não fosse mais grossa do que o polegar. Nessa época, “o marido podia bater na sua mulher impiedosamente, mas a lei, na sua equidade, negava à mulher o direito de processá-lo porque tal, assim alegava, poderia destruir a tranquilidade do lar” (Pagelow, 1984, p. 15).

De acordo com Dias (2004), que cita Gullotta, Jenkins e Hampton (1996, p. 6), nessa época o valor da criança e da mulher estava muito próximo do da época romana, em que «o princípio do Pátrio Poder (*Pátria Potestae*) permitia ao chefe de família vender, desfigurar ou matar à vontade a sua mulher e os seus filhos». Deste modo, a prevalência de um sistema patriarcal garantia ao homem, chefe de família, o controlo e poder absoluto sobre a família, em particular sobre mulher e os filhos, que não detinham qualquer poder de decisão.

Tal caracterização é manifestamente contrária à imagem dominante que hoje temos de família, tendo como base de pensamento um espaço de afecto, de segurança, de conforto e um lugar onde crescemos e nos sentimos amados. No entanto, e de acordo com Machado e Matos (1999), o modelo patriarcal de sociedade e família continua actualmente em vigor, apesar das alterações legislativas que promulgam a igualdade entre os sexos (a subsistir em grande parte das sociedades contemporâneas), verificando-se a uma elevada tolerância e cumplicidade face ao homem que agride a sua companheira. Sendo assim, há que ter em conta as fortes raízes sociais e culturais que estão ligadas ao fenómeno da violência conjugal e, mais genericamente, à violência familiar, que não podem ser negadas, nem ignoradas pelos técnicos que trabalham com eles.

O modelo de sociedade em que o homem era o “chefe de família”, ou seja, o patriarca que detém todo o poder económico, social e disciplinador perdurou, de facto, até aos tempos actuais (idem, 1999). Na mesma perspectiva, Machado e Matos (1999, cit. in Amâncio e Brito Lopes, 1999) sugerem que são ainda percebidas como naturais e normativas as desigualdades de género que alimentam os processos de socialização e que também estimulam comportamentos de protecção e de posse por parte do homem e levam as mulheres a delegar nos companheiros as decisões fundamentais, inibindo as competências de gestão autónoma da vida adulta.

Desta forma, a aceitação social da violência contra as mulheres facilita e perpetua os comportamentos violentos dos companheiros, mantendo um modelo patriarcal contínuo. O que torna mais fácil a aceitação dos comportamentos violentos dos homens, facilitando também a perpetração dos mesmos.

A violência conjugal e doméstica tem lugar, habitualmente, na esfera privada, “no íntimo do lar”, que os olhares públicos não conseguem alcançar e, mesmo que seja possível a audição dos apelos por parte das vítimas, a maior parte dos indivíduos não intervém, o que faz com que a máxima crença proverbial “entre marido e mulher ninguém mete a colher”, traduza ainda um comportamento recorrente na nossa sociedade.

1.1. O papel histórico dos movimentos de mulheres

Em meados dos anos 70, seguindo algumas abordagens inovadoras então emergentes, surgiram análises científicas do fenómeno da violação que o identificaram como um acto violento de poder, retirando-lhe a conotação de acto relacionado apenas com a sexualidade (Brownmiller, 1975). Em consequência, alguns movimentos como o “anti-rape movement” e os centros de crise desenvolveram-se para apoiar as mulheres vítimas de violação. A “conceptualização desenvolvida por este “movimento” de que o sexo forçado é violação, mesmo que a mulher já tivesse tido relações sexuais com o perpetrador, permitiu o alargamento da análise às relações sexuais abusivas no contexto privado da família.” (Monteiro, 2000, p. 30). Esta autora sugere, assim, que o principal impulso na investigação da violência doméstica só aconteceu quando as organizações de mulheres estabeleceram uma rede de serviços de apoio para mulheres e crianças.

Segundo Coomaraswamy, Relatora Especial da ONU para os Direitos das Mulheres, no princípio dos anos 70, as preocupações políticas e sociais com maior relevo centravam-se na discriminação da mulher na participação política, nas assimetrias económicas e educativas, estando a temática da violência doméstica a ser abordada de forma marginal (cit. in Monteiro, 2000). Consonantemente, a promoção dos direitos das mulheres centrava-se no debate das oportunidades de igualdade, no acesso das mulheres à educação, ao emprego, a salários iguais, bem como aos cuidados de saúde, entre outros, e esquecia as questões mais específicas do direito à segurança na família e na comunidade, muito características das mulheres vítimas de violência doméstica.

Em 1977, na Conferência Nacional sobre Mulheres, em Houston, nos Estados Unidos da América, foi possível, finalmente, às organizações de mulheres que estavam a prestar

apoio, compararem as suas experiências, problemas e soluções. A progressiva globalização do movimento das mulheres permitiu observar que a agressão das mulheres na família não tinha fronteiras, dado que muitas mulheres, em pontos distintos do globo, puderam “partilhar” as vivências de agressões e de abusos dentro da família.

Estes movimentos sociais e a evolução conceptual que deles foi resultando, reflecte-se muito claramente na orientação dominante de cada um dos dois principais documentos escritos pelas Nações Unidas no âmbito da violência contra as mulheres, que são:

- “a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres”, de 1979, que, pela primeira vez, vincula todas as partes signatárias a actuarem sobre pessoas singulares ou colectivas que tenham atitudes violentas contra as mulheres, ao defini-las como crime contra a humanidade;
- a “Declaração de Viena para a Eliminação da Violência Contra as Mulheres”, de 1993 (Monteiro, p. 35).

De acordo com Monteiro (2000, p. 36), na sequência da Declaração de Viena, Radika Coomaraswamy, na sua função de Relatora Especial da ONU para os Direitos das Mulheres, elaborou importantes relatórios sobre a violência contra as mulheres que foram apreciados pela Comissão dos Direitos Humanos. Também de extrema importância, para a promoção dos direitos das mulheres como direitos humanos, foi a Plataforma de Acção de 1995, saída da Conferência das Nações Unidas sobre as Mulheres, em Pequim, para a definição de Violência contra as mulheres. No parágrafo 113 lê-se que es engloba “toda qualquer acção de violência baseada no género que resulte, ou possa resultar, em danos ou sofrimentos físicos, sexuais, ou psíquicos para as mulheres, inclusive ameaças de tais acções, coerção ou privação sumária (arbitrária) de liberdade, quer ocorra na vida pública ou privada”.

Desta forma, a Plataforma de Acção de Pequim forneceu vários e importantes contributos para a elaboração do 4º Programa de Acção Europeu para a Igualdade entre Homens e Mulheres (1996-2000) que permitiu a todas as organizações Governamentais e Não-Governamentais desenvolverem acções de prevenção e promoção para o posicionamento da mulher na sociedade.

Por sua vez, a Comissão para a Prevenção do Crime e Justiça Criminal das Nações Unidas redigiu, em 1996, um relatório de medidas práticas, estratégias e acções para a eliminação da violência contra as mulheres.

A nível europeu, há a destacar as Declarações e Resoluções da 3ª Conferência Inter-Ministerial Europeia sobre a Igualdade entre mulheres e homens, bem como as Recomendações R (85) 4 e R (90) 2 do Conselho da Europa sobre a violência doméstica.

Foram ainda elaboradas várias medidas, consideradas positivas, no Parlamento Europeu, em defesa dos direitos das mulheres, sendo as mais importantes as seguintes:

- “ Resolução sobre a violência contra as mulheres” de 11.6.86 (JOC 176 de 14.7.1986, p. 73);
- “ Resolução sobre a pornografia” de 17.12.1993 (JO C 20 de 24.1.1994, p. 546);
- “ Resolução sobre as violações das liberdades e direitos fundamentais das mulheres” de 6.5.1994 (JO C 205 de 25.7.1994, p. 489);
- “ Resolução sobre o tráfico de seres humanos” de 18.1.1996 (JO C 32 de 5.2.1996, p. 88)”. (cit. in Monteiro, 2000, p. 37).

Marianne Eriksson, da Comissão dos Direitos das Mulheres do Parlamento Europeu, relata que os relatórios dos Estados Membros revelam progressos nos últimos anos, relativamente à legislação específica. No entanto, sublinha a necessidade de melhoramentos nos procedimentos jurídicos, na promoção do conhecimento das novas leis de acção penal junto das entidades policiais e na formação dos juízes sobre a temática da violência contra as mulheres.

1.1.1. A superação de alguns obstáculos socioculturais à investigação científica do fenómeno da violência doméstica e conjugal

Nos últimos anos, a temática da violência doméstica tem sido alvo de diversos estudos de investigação, no entanto, é reconhecida entre os investigadores a dificuldade em estudar o problema. Este facto prende-se, em grande medida, com os aspectos culturais e sociais envolventes e também com questões de metodologia na realização da investigação neste domínio psicossocial (Monteiro, 2000).

Entre os aspectos culturais e sociais que mais influenciam o estudo da violência doméstica, destacam-se a privacidade da família, as atitudes sociais, o sexismo e desigualdades estruturais e, por fim, as crenças culturais tradicionais. A este nível, Monteiro (2000) descreve os vários aspectos culturais dominantes que Fisher (1993) enumerou:

- 1- é considerada uma ameaça à integridade e dignidade da instituição familiar o facto de, simplesmente, se colocar a hipótese da existência de violência doméstica ou do seu estudo¹;
- 2- Várias ocorrências acabam por nunca ser registadas, por vergonha ou medos justificados, muitas vezes, sustentados por um conceito de família que é incutido nas mulheres, assente numa certa dose de flexibilidade e aceitabilidade da violência, desvalorizando o problema da violência doméstica/conjugal, e que acaba também por fomentar a culpabilização da mulher atribuindo-lhe a responsabilidade pela manutenção da coesão familiar;
- 3- E, por fim, os níveis de violência aceites pelas sociedades, tais como a repressão física das crianças, relações sexuais forçadas no casamento, secundarização dos efeitos nas mulheres e crianças e nos homens agressores, e a crença, ilógica, de que as mulheres provocam ou gostam.

De acordo com Lourenço e Lisboa (1992), sempre que há uma justificação para a violência familiar esta é culturalmente aceite, sem contestação. Também Monteiro (2000) relata um estudo de Straus, Gelles e Steinmetz (1980), que revela que cerca de 25% dos homens e das mulheres aceitam um certo grau de violência entre os casais, como sendo necessário, bom ou normal, confirmando as atitudes e posicionamento social e cultural em relação à violência conjugal.

De acordo com Brown (1990, cit. in Monteiro, 2000), esta situação acontece porque, se mantivermos a violência invisível, conseguimos proteger o equilíbrio do conforto social e pessoal de cada um de nós. Se acreditarmos que só acontece violência quando existe uma perturbação específica no agressor, ou quando a vítima toma alguma atitude que possa contribuir para a agressão, isso leva-nos a sentir menos vulneráveis e dá-nos uma ilusão de segurança.

¹ Posição crítica da ONU sobre o estudo da família "Os instrumentos jurídicos internacionais e regionais garantem universalmente o direito a uma vida privada e a um lar. A família é um espaço privado, uma fonte de conforto para o desenvolvimento dos seus membros. Este direito é protegido e foi enriquecido com a proclamação do Ano Internacional da Família em 1994... Mas embora o valor da família enquanto estrutura social não deva ser diminuído, a excessiva ênfase nas suas capacidades pode levar a esforços para manter a unidade familiar, mesmo quando os seus membros estão a ser vitimados por outros familiares. A manutenção da família como unidade intocável pode, nos casos de violência familiar; ter precedência sobre os interesses (integridade) dos indivíduos...O direito a ser livre de violência familiar ou da sua ameaça é um direito humano fundamental e universal" (Manual das Nações Unidas, 1993).

Enquanto não se operar uma mudança generalizadas das mentalidades, uma maior consciência social e cívica sobre a inaceitabilidade da violência doméstica, o estudo destas problemáticas, assim como a consolidação dos movimentos e serviços de apoio a vítimas, continuará a confrontar-se com alguns obstáculos e limitações.

1.2. Violência doméstica – enquadramento conceptual

O termo violência doméstica surge frequentemente revestido de uma pluralidade de definições e conceitos e é frequentemente utilizado como sinónimo de outros conceitos que o não são. Deste modo, para que se possa proceder à sua clarificação, é necessário abordar outros conceitos, como o de violência contra as mulheres, violência de género e violência conjugal e maus tratos a mulheres.

Sendo assim e apoiando-nos na definição de violência contra a mulher da Organização das Nações Unidas, de 1993, verificamos que esta contempla, não só a violência na família e a violência conjugal, como também o tráfico de seres humanos e os maus tratos às crianças, nas suas várias vertentes, como o infanticídio feminino.

De acordo com Manita (2004, p.15), que retoma no seu estudo as definições propostas pela Organização das Nações Unidas (2000) e pela Declaração das Nações Unidas sobre a Eliminação da Violência Sobre as Mulheres (1993), constitui violência sobre as mulheres (VSM) “todo o acto de violência baseado na pertença ao sexo feminino que tenha ou possa ter como resultado o dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher; inclui-se aqui também a ameaça de tais actos, a coacção ou a privação arbitrária de liberdade, na vida pública ou na vida privada”.

“A VSM assume, assim, diversas formas, incluindo a violência física, emocional e psicológica, social e económica, sexual; a violação e o tráfico de mulheres e raparigas, a prostituição forçada; a violência em situações de conflito armado, os homicídios por motivos de honra, o infanticídio feminino, a mutilação genital feminina e outras práticas e tradições prejudiciais para as mulheres” (idem).

Relativamente ao conceito de violência de género, e de acordo com o Comité da ONU de Eliminação da Discriminação Contra a Mulher, a violência de género contra a mulher é a violência dirigida contra uma mulher por esta ser mulher ou que afecta as mulheres desproporcionalmente. Este tipo de violência pode manifestar-se sob diferentes formas, nas quais estão incluídos o homicídio, espancamento, violação, tortura, assédio sexual, ameaças, humilhação, prostituição forçada e tráfico.

A violência de género pode ser física, psicológica ou sexual e ocorrer por meio de privação ou negligência, bem como pelo uso explícito de força ou assédio. Estas formas de violência aparecem predominantemente associadas aos parceiros íntimos e outros membros da família, empregadores (incluindo as empregadas domésticas), superiores e colegas de trabalho. Este tipo de violência poderá, contudo, ser praticado por outros autores, de acordo com os vários contextos em que ela pode ocorrer.

A questão do género na conceptualização da violência doméstica tem, segundo Manita (2004), provocado cisões entre autores de diferentes orientações. “Alguns defendem que ela deve ser sempre enfatizada e contestam a utilização de termos neutros em relação ao género, como o de violência doméstica ou o de violência intrafamiliar, considerando que, ao recorrer-se a estes conceitos, se está a colocar a ênfase na dinâmica familiar, como se essa violência afectasse indiferentemente todos os seus membros, sem referir de forma explícita que a maior parte das vítimas são mulheres e que a violência surge devido às relações de género subjacentes” (pp. 20-21).

“Paralelamente, há autores que se colocam no “pólo oposto”, considerando que o facto de se falar sistematicamente na violência contra mulheres ou de se usar o feminino para falar de vítimas e o masculino para falar de agressores, produz um enviesamento na leitura da realidade, pois, lembrem, a maior incidência da violência sobre as mulheres não nos deve impedir de ter em conta as situações de violência perpetrada por mulheres e as situações de violência sobre os homens” (idem, p.21).

Quando nos referimos à expressão violência doméstica, esta deverá ser entendida, segundo Antunes (2003, p. 47), “como qualquer acto, conduta ou omissão que sirva para infligir, reiteradamente e com intensidade, sofrimentos físicos, sexuais, mentais ou económicos, de modo directo ou indirecto (por meio de ameaças, enganos, coacção ou qualquer outro meio), a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado doméstico privado (pessoas-crianças, jovens, mulheres adultos, homens adultos ou idosos - a viver em alojamento comum) ou que, não habitando no mesmo agregado domestico privado que o agente da violência, seja cônjuge ou companheiro marital ou ex - cônjuge ou ex-companheiro marital”.

O mesmo autor refere e destaca a singularidade da definição anglo-saxónica para a violência doméstica, que é vista como “um conceito social e legal que, no sentido mais lato, se refere a qualquer abuso que toma lugar entre pessoas que vivem na mesma residência, apesar de o termo ser frequentemente usado de forma específica para referir ataques as mulheres pelos seus parceiros masculinos”.

Dentro desta temática, importa igualmente explorar a conceptualização associada à violência conjugal e aos maus tratos a mulheres. A definição de maus tratos mereceu maior destaque dentro da temática da violência doméstica a partir da década de 60, muito por influência dos movimentos feministas. Estes foram preponderantes para a sua denúncia, tendo promovido uma maior consciencialização sobre a extensão da vitimação das mulheres a nível social e, especificamente, na família. Segundo Manita (2004), o conceito de “mulher maltratada” traduz a forma como a violência sobre as mulheres foi conceptualizada sob a égide dos movimentos feministas europeus e norte-americanos. O conceito centra esta violência “na figura da mulher, concebendo-a como vítima de uma situação particular, e entendendo o problema como uma questão de direitos humanos com origem na própria estrutura da sociedade” (Guerrero Caviedes, 2002, cit. in Manita, 2004).

Alexander (1993, cit. in Matos, 2003, p. 84) define os maus tratos no âmbito da violência doméstica, como “algo que ocorre quando um marido, companheiro de facto ou coabitante inflige, deliberadamente, qualquer dano físico e/ou emocional à sua esposa ou companheira”. Por sua vez, Walker (1984), apresenta uma definição mais alargada de maus tratos, referindo que “são um padrão de controlo coercivo, envolvendo o exercício de poder e domínio num relacionamento íntimo. Quer o agressor seja do sexo feminino ou do sexo 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 varias décadas.” (Matos, 2003, p. 84).

Outros autores (e.g., Manita, 2004; Matos, 2003) destacam a necessidade de se distinguir o conceito de maus tratos do de violência doméstica e do de violência conjugal, dado que estes são frequentemente utilizados como sinónimos, não o sendo, o que constitui um erro. De acordo com Manita (2004), o conceito de violência doméstica surge como um dos casos particulares no domínio mais alargado da violência sobre as mulheres, conceito no qual outros fenómenos que vitimam as mulheres estão compreendidos. A um outro nível, e segundo Matos (2003), o conceito de violência doméstica reflecte uma situação em que todos os membros de uma habitação têm a mesma probabilidade de ser vítimas ou perpetradores, enquanto a noção de maus tratos se refere somente às vítimas.

Ainda segundo Manita (2004), a violência doméstica é a forma mais frequente de violência sofrida pelas mulheres. São actos e comportamentos dirigidos contra a mulher que correspondem a agressões físicas ou à sua ameaça, a maus tratos psicológicos e

emocionais, a intimidação e a coacção, a abusos ou assédios sexuais, ao desrespeito dos seus direitos na esfera da vida reprodutiva ou da cidadania social.

Dentro da violência doméstica – que pode abarcar familiares em diferentes graus, de ambos os sexos –, particulariza-se, então, a noção de violência conjugal (VC), uma forma de violência exercida por um dos companheiros ou ex-companheiro sobre o outro.

De acordo com Gelles (1997), a violência conjugal, ou sobre o companheiro(a), envolve o uso com intenção da força ou intimidação, coagindo-o na sua acção e podendo causar dano físico ou dano psicológico, com consequências graves para a vítima.

Walker (1984) refere que os maus tratos à mulher, num contexto de vitimação conjugal múltipla, poderão contemplar oito dimensões fundamentais:

- 1 – maus tratos físicos (e.g., pontapear, esbofetear, atirar coisas);
- 2 – isolamento social (e.g., restrição do contacto com a família e amigos, negar acesso aos cuidados de saúde);
- 3 – intimidação (através de olhares, palavras, etc.);
- 4 – maus tratos emocionais, verbais e psicológicos (e.g., acções e afirmações que afectam a auto-estima, levando a vítima a perder o sentido auto-valorização);
- 5 – recurso a privilégios masculinos (e.g., recusa do agressor em reconhecer a sua companheira como igual);
- 6 – ameaças;
- 7 – violência sexual (e.g., submeter a mulher a práticas sexuais contra a sua vontade);
- 8 – controlo económico (e.g., negar à vítima o acesso ao dinheiro, impedir o acesso ao emprego).

Através destas diferentes formas de violência e maus tratos, os agressores conseguem criar uma atmosfera de medo e intimidação que tem como finalidade controlar a vítima e criar um sentimento de perigo permanente e de constante antecipação de violência que leve a vítima a permanecer armadilhada na relação abusiva.

Segundo Manita (2004, p.20), é importante “não encerrar a violência doméstica na questão mais imediata da violência física. Persiste-se, muitas vezes, quando se pensa em violência doméstica, em considerar apenas a violência física; no entanto, a este tipo de abuso tem impacto ao nível da saúde mental, social e espiritual. Domínios como a comunicação, a liberdade de pensar e sentir, o desenvolvimento e o bem-estar físico, o

sentimento de pertença, de partilha, de cuidado, diminuem com os abusos sistemáticos no âmbito da violência doméstica (DVPU, 1998; JHUMUNC, 2004)”.

De acordo com Machado e Matos (1999) as agressões não físicas, que podem co-existir no meio familiar com as agressões físicas e sexuais, designadamente a violência emocional ou psicológica, têm consequências mais negativas ou mais profundas do que a vitimação física sozinha.

Matos (2003) refere, ainda, que os comportamentos violentos nos maus tratos conjugais se manifestam, com frequência, de forma contínua e arbitrária, podendo ser desencadeados por qualquer situação. Dificilmente, se pode prever com rigor os actos de violência, sendo este um dos factores que alimenta o sentimento de ineficácia e de impotência das mulheres maltratadas, de que mais à frente daremos conta.

1.3. Prevalência do fenómeno

A violência conjugal é um problema sério e grave em todo o mundo, tendo uma visibilidade acentuada nos Estados Unidos da América. De acordo com Hamberger e Munroe, (2004, cit. in Straus e Gelles, 1986), nos Estados Unidos da América, anualmente, um entre oito maridos são violentos com as esposas e, no mínimo, 1,8 milhões de mulheres são espancadas pelos maridos.

Os supracitados autores referem que a violência entre parceiros se inicia precocemente nos relacionamentos, o que é comprovado num estudo de O’Leary (1989) em que mais de um terço dos casais com planos de casar já relatava pelo menos uma ocorrência violenta na relação.

Estes autores (Quigley e Leonard, 1996, cit in Hamberger e Monroe, 2004) “observaram, num estudo longitudinal de três anos sobre violência doméstica, que os índices de cessação da violência variavam de acordo com a gravidade da violência inicial.”. Sendo assim, os companheiros que apresentavam apenas um incidente de “violência leve” no primeiro ano de relação apresentavam uma maior probabilidade de terem cessado o uso da violência nos dois ou três anos seguintes. Os companheiros que revelavam um uso de violência com maior frequência e severidade no primeiro ano da relação, apresentavam uma maior probabilidade de continuar violentos nos segundos e terceiros anos seguintes.

Paralelamente, a pesquisa internacional demonstra de forma consistente que há uma maior probabilidade de uma mulher ser mal tratada ou morta pelo actual ou anterior companheiro, do que por qualquer outra pessoa.

Alguns estudos (Ellsberg & Heise, 2005) realizados nos anos 80, com uma amostra de população de cerca de 50 países, concluíram que 10 a 60 por cento das mulheres que se encontravam casadas, sofreram, pelo menos, um ataque físico e/ou psicológico infligido por parte dos companheiros.

De acordo com Jasinski (2001), as agressões ocorrem em um em cada seis relacionamentos, estimando-se que mais de 50 milhões de mulheres sejam fisicamente maltratadas e quase 20 milhões abusadas ou violadas em todo o mundo (Straus e Gelles, 1990; Straus, Gelles e Steinnetz, 1980). Por sua vez, o National Violence Against Women Survey (Tjaden e Thoennes, 1997) dá conta de que, durante um ano, houve 2 milhões de mulheres que foram fisicamente maltratadas e mais de 300.000 experienciaram uma violação ou tentativa desta.

Reportando-nos à realidade dos Estados Unidos da América, verificamos que os números anuais estimados relativos ao abuso psicológico, verbal, emocional e físico por parte de um parceiro masculino sobre as mulheres são de 2 a 4 milhões. Neste país as estatísticas indicam que a violência doméstica constitui a principal causa de danos nas mulheres entre os 15 e os 48 anos e que um terço das mulheres americanas mortas em qualquer ano o é por actuais ou anteriores namorados ou maridos (Antunes, 2003).

Relativamente a Portugal, e de acordo com Dias (2004), no ano de 1982 os dados do Tribunal de Família e Menores do Porto indicavam que cerca de um quarto das mulheres apresentou queixas por violência física por parte dos maridos ou companheiros e, em 179 processos de divórcio, encontraram-se queixas de maus tratos físicos de 37 mulheres e dois homens. Foi ainda possível apurar, segundo Dias (2004), que foram registados 1334 casos de agressões corporais voluntárias com arma contundente, pelo Instituto de Medicina Legal do Porto.

Em 2000, foi realizada uma outra investigação (Lisboa, Barroso e Marteleira, 2000). Para a realização deste estudo, os autores recorreram aos Institutos de Medicina Legal do Porto e Coimbra (2160 processos de mulheres que constituíram o objecto de análise do estudo). Os autores constataram que a violência física é o tipo de violência mais frequente nos processos de entrada nos Institutos de Medicina Legal, com valores superiores a 80%. Os actos violentos mais praticados são as “sovas” (74,5%), seguindo-se as ameaças e insultos (12,0%), tentativas e práticas de homicídio, empurrões, sequestro. Outros actos com menor expressão são descritos como dentadas, arranhões, facadas e queimaduras. Os instrumentos de agressão mais utilizados são os próprios meios físicos do agressor (78,9% - Coimbra e 69,9% no Porto), seguido de objectos contundentes e de armas brancas.

Através desta investigação foi também possível verificar que na maioria dos casos os filhos assistem às agressões (97,8% em Coimbra e 95% no Porto). Também foi possível verificar que os filhos são objecto de agressão em 83,3% dos casos em Coimbra e 66,7% no Porto. De acordo com os mesmos autores, “os actos de violência contra as mulheres estão inseridos numa teia complexa de inter-relações entre a vítima, o agressor e elementos contextuais que perduram ao longo do tempo e alimentam a sua reprodução (idem, p. 19).

No que diz respeito à idade, há uma maior prevalência de vítimas mulheres com menos de 44 anos de idade, que representam 70,5% dos casos. É de salientar o valor pouco expressivo das vítimas com mais de 55 anos (12,9%). Predominam na amostra das vítimas de maus tratos as mulheres casadas, com valores superiores a 50% em ambos os Institutos.

Para finalizar, Lisboa, Barroso e Marteleira (2000) indicam que, à semelhança das vítimas, os agressores pertencem às faixas etárias inferiores a 44 anos de idade, são de nacionalidade portuguesa e casados. Os agressores têm, em muitos casos, actividades sociais mais prestigiadas do que as vítimas, prefigurando-se uma relação de poder que pode estar associada ao exercício da violência.

Os dados mais actuais relativos a esta problemática encontram-se no Relatório Anual de Segurança Interna de 2008. Neste, verifica-se que houve um aumento significativo do número de ocorrências participadas às forças de segurança entre 2007-2008 (mais 35,2%). Deste modo, dois a três, em cada mil habitantes em Portugal, apresentaram, em 2008, uma queixa por violência doméstica. A prevalência destas incidências é superior nos Arquipélagos dos Açores e da Madeira (5,2 e 3,8% respectivamente).

De um modo geral, são as próprias vítimas que denunciam as situações de violência. Neste relatório é referido que as vítimas são, na maioria dos casos, do sexo feminino, casadas, com uma média de idades de 39 anos, mantêm uma relação conjugal com o denunciado e não dependem economicamente deste. Em 2008 verificou-se, contudo, um aumento do número de casos em que o denunciante é do sexo masculino.

Relativamente aos denunciados, estes são geralmente do sexo masculino, casados, com uma média idade de idades de 40 anos e não dependem economicamente da vítima. Neste documento é relatado que o consumo de álcool e de estupefacientes foi registado em 47,5% e 11,6% dos casos, respectivamente. Outro aspecto merecedor de particular atenção prende-se com o facto de 46% das ocorrências terem sido presenciadas por menores.

Os números apresentados pelas diversas investigações à escala mundial são o reflexo do quão problemático continua a ser o fenómeno da violência doméstica, não

obstante as alterações registadas ao nível das realidades sociais, judiciais e políticas, nos últimos anos.

1.4. A Violência doméstica em Portugal – breve enquadramento histórico

Em Portugal o fenómeno da violência doméstica recebeu um maior foco de atenção a partir da década de 80, com a atenção sistemática de alguns profissionais, médicos e juristas, aos maus tratos às mulheres e às crianças.

A 25 de Junho de 1990, nasce a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), na sequência das crescentes solicitações de mulheres alvo de violência pelos maridos. Por sua vez, a Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (CIDM), actualmente, CIG – Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, foi criada “no princípio dos anos 90 e depois de um longo processo de negociação é aprovado o novo diploma orgânico da Comissão, mais consentâneo com uma nova filosofia e com melhores possibilidades de intervenção, em meios, estrutura, competências, etc. É o Decreto-Lei 161/91, de 9 de Maio, que cria a Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.” (site oficial da CIG)

Como é relatado na história da criação da Comissão para a Igualdade e para os Direitos da Mulher, “Após a I conferência sobre as mulheres, em 1975, verificou-se uma tomada de consciência, a nível internacional, da necessidade de mecanismos institucionais para o progresso da situação das mulheres e começou a esboçar-se uma primeira definição do papel e funções que devem desempenhar.”

Em alguns casos, porém, a sua existência era anterior. Foi o caso de Portugal. Efectivamente, remonta a 1970 a criação de um Grupo de trabalho para a Participação da Mulher na Vida Económica e Social, que foi seguido, em 1973, pela criação da Comissão para a Política Social relativa à Mulher. Esta comissão tinha um carácter consultivo e o seu principal trabalho consistiu no levantamento das discriminações legais contra as mulheres e elaboração das primeiras propostas de alteração ao direito da família e à legislação de trabalho.

Após a Revolução de 1974, esta Comissão manteve-se, até que, em Janeiro 1975, foi substituída pela Comissão da Condição Feminina (CCF), uma iniciativa de Maria de Lourdes Pintassilgo, que presidira aos grupos anteriores e era então Ministra dos Assuntos Sociais. Foi neste âmbito que a CCF foi estabelecida em regime de instalação. O ano seguinte - 1975 - foi uma data marcante, a nível internacional, na evolução das questões relativas à condição feminina e à igualdade. Foi proclamado Ano Internacional da Mulher das Nações Unidas, realizou-se a I Conferência Mundial sobre as Mulheres na Cidade do

México, onde se instituiu a Década das Nações Unidas para as Mulheres (1976-1985) e se aprovou o respectivo Plano de Acção Mundial (site oficial da CIG).

No ano de 2000, o Ministério da Administração Interna editou um manual² para ser utilizado pelas esquadras da PSP e GNR no aconselhamento às mulheres sobre medidas de segurança pessoal. No que se refere às alterações legislativas provocadas pelo destaque dado aos maus tratos sobre a mulher, encontramos a aprovação da Lei n.º 61/91, que prescreveu acções institucionais visando a criação de estruturas e serviços que garantem a “protecção adequada às mulheres vítimas de violência” (Lei n.º 61/91 de 13 de Agosto). Seguidamente, são criadas as Leis n.º 31/99 e n.º 129/99 que regulamentam, por um lado, a legislação que garante a protecção às mulheres vítimas de violência e, por outro a indemnização às vítimas de violência conjugal. No mesmo ano, em 15 de Julho, é aprovado o I Plano Nacional contra a Violência Doméstica (Resolução do Conselho de Ministros nº 55/99) e, pela Lei 107/99 regula-se a criação da “rede pública de casas de apoio a mulheres vítimas de violência” (site oficial da CIG).

Em 2000, com o Decreto-Lei n.º 323/2000 que regulamenta a lei anteriormente referida, são ditadas formas de acção para a criação e funcionamento das “casas de apoio” e “centros de atendimento a vítimas de violência”. Em 2003, é aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 88/2003, de 7 de Julho, o II Plano Nacional contra a Violência Doméstica, em vigor até 2006.

Um facto de grande importância nesta evolução da concepção e legislação da violência doméstica e conjugal em Portugal, foi o diploma legal que, em 2000, passou a considerar a violência conjugal um crime público (Lei nº 7/00).

Para além da Legislação e Diplomas Legais específicos, existem ainda, na Constituição Portuguesa e no Código Penal, artigos que constituem disposições legais no âmbito da violência conjugal, tal como os Artigos 9º, 13º, 20º, 25º e 36º, da Constituição Portuguesa e, os artigos 143º, 152º e 200º do Código Penal Português.

2. Teorias explicativas da violência doméstica

A partir do momento em que a violência contra a mulher passou a ser encarada como um flagelo social, várias foram as explicações que diferentes disciplinas de estudo desenvolveram para a explicar, nomeadamente no âmbito da Psicologia, da Sociologia, da Justiça Criminal, da Assistência Social e da Saúde Pública.

² “Guia Novo Rumo” Ministério da Administração Interna (1998).

Referem Hotelling e Sugarman (1986) que as teorias explicativas da violência contra a mulher tendem a focar predominantemente as características do agressor, embora defendam que as características da vítima devam ser também consideradas.

De acordo com Gelles e Straus (1979) cedo se desenvolveram teorias direccionadas para as causas da violência doméstica. Estas podem organizar-se em três grandes grupos: (i) as teorias intra-individuais; (ii) teorias psicossociais; e (iii) teorias socioculturais.

As teorias intra-individuais assentam numa explicação da violência contra a mulher que tem em conta, acima de tudo, as características individuais dos agressores e das vítimas, operando a um micro-nível ou numa perspectiva individual (Burgess e Draper, 1989).

Por sua vez, as teorias psicossociais, de entre as quais se destaca a teoria da aprendizagem social, relacionam o comportamento do agressor com a socialização e a aprendizagem directa, social e familiar, da violência, ou ainda, com a sua aprendizagem indirecta ou vicariante, seguindo o conceito de Modelagem de Bandura³. Para tal, a teoria da aprendizagem social acaba por recorrer também às teorias comportamentais psicológicas e aos conceitos do condicionamento clássico e condicionamento operante.

Em termos gerais, pode afirmar-se que, segundo as teorias da aprendizagem social, indivíduos que experienciaram ou foram testemunhas de violência na família, realizaram uma aprendizagem em que a violência acaba por ser considerada uma forma apropriada de relacionamento e de resolução de problemas, o que os leva a repetir este padrão de comportamento violento nas suas relações futuras. Mas, tal como foi aprendido, o comportamento violento poderá ser desaprendido e substituído por modalidades de relação não-violenta (Manita, 2005).

Strauss e col. (1980) sugeriram que cada geração aprende a ser violenta, participando na violência familiar. Esta regra permite que a aprendizagem individual considere que a violência é aceitável, quando outros aspectos nunca foram trabalhados. De acordo com Jasinski (2001), as famílias são, assim, autênticos campos de treino para a aprendizagem de comportamentos violentos.

Ao nível das abordagens socioculturais, destacam-se alguns estudos que referem que a transmissão de comportamentos violentos entre gerações é de 30 %, sendo que dois terços dessa população experimentaram violência e irão perpetrar esses comportamentos, segundo Jasinski (2001), que cita Kaufman e Ziegler (1987). De acordo com Strauss (1991),

³ A. Bandura demonstrou que a aprendizagem do comportamento se pode verificar pela observação de um modelo, independentemente das consequências da sua execução, e a isto chamou modelagem.

a exposição à violência familiar é um factor de elevado risco, existindo uma forte probabilidade de as crianças vítimas directas ou indirectas se tornarem adultos com comportamentos igualmente violentos, ou seja, agressores. No entanto, Jasinski (2001) refere também outros estudos onde foi encontrada apenas uma pequena percentagem de indivíduos violentos que foram expostos a maus tratos em criança (Arios e O`Leary, 1984 cit in O`Leary, 1993). A noção de “transmissão intergeracional da violência” não é, por isso, consensual entre os investigadores.

Matos (2003) e Manita (2004), através da exploração de vários níveis de compreensão e diversas perspectivas desta realidade, concluem que os maus tratos à mulher e a violência conjugal e doméstica são um problema complexo, multidimensional e multi-contextual, e que exigem explicações complexas e multidimensionais.

De entre os vários modelos teóricos actualmente existentes, destacamos, de acordo com a classificação proposta por Matos (2003), os seguintes:

a) Perspectivas Intra – individuais

Estas teorias centram-se no perfil dos agressores, dando menor atenção às características das vítimas, embora estudem também as características psicológicas das mulheres que permanecem em relações abusivas. Os defensores destas teorias defendem, apesar disso, o alcance explicativo do conhecimento dos comportamentos do agressor, designadamente no que diz respeito à motivação que os levará a agredir.

Nesta perspectiva, a atenção está direccionada sobretudo para as características psicopatológicas do maltratante, consideradas como as causadoras dos “comportamentos anormais”, designadamente os actos violentos.

Matos (2003) refere algumas das causas que, segundo estas teorias, explicariam o comportamento dos agressores: as perturbações psicológicas (psicopatia, depressão), stress, baixa auto estima, dificuldades na empatia, na comunicação e no auto controlo, bem como pobres competências sociais. Para além destas características, outros autores enumeraram vários factores de risco, tais como o estilo de personalidade agressiva e hostil, a irritabilidade, elevada sintomatologia borderline, ansiedade, depressão e queixas somáticas (idem).

Outra variável associada à violência conjugal é o consumo de álcool e de drogas pelo maltratante. Embora, Matos (2003), que cita Doerner e Lab. (1995), refira que não existem dados definitivos que demonstrem esta causalidade, alguns estudos sugerem que mais de

metade dos agressores bebem em excesso. De acordo com a mesma autora, o alcoolismo e a violência familiar devem ser compreendidos como problemas separados, que, no entanto, tendem a coexistir na prática (Spieker, 1981 cit. Barnett e Fagan, 1993).

Deste modo, “o álcool parece ser mais um sintoma dos homens com tendência para usar a violência do que propriamente um factor causal directamente dos maus – tratos” (Matos, pp. 91-92). De acordo com alguns estudos, a violência exercida por agressores com problemas de alcoolismo tende a ser mais séria e mais frequente do que aquela que é exercida por agressores sem problemas de consumo (Browne, 1987; Walker, 1984 cit Barnett e Fagan, 1993).

Ainda na perspectiva intra-individual, outro argumento utilizado e defendido por vários autores é o de que o agressor/maltratante, quando agride a mulher, está a ventilar a raiva e a frustração sentidas para com outras pessoas ou coisas com as quais ele não consegue lidar directamente, nomeadamente com a incapacidade de gerir o stress.

Matos (2003), citando Campbell e Landerburger (1995), sustenta que, à medida que o nível de agressão aumenta, maior é a probabilidade de esta estar associada a um estilo de personalidade ou de perturbação psicopatológica.

b) Perspectivas Diádicas-Familiares

Estas teorias sustentam que a violência e a explicação dos comportamentos dos que são vitimados se encontram nas interacções. Vários autores citados por Matos (2003) referem que estas abordagens englobam algumas teorias sócio-psicológicas, tais como a teoria da frustração-agressão, a teoria da interacção simbólica, a teoria da troca e a teoria das atribuições.

A referida autora direcciona o foco da atenção para a *teoria intergeracional da violência*, em que a experiência da vitimação na infância favorece a sua perpetração. Contudo, esta teoria tem implícita a noção de aprendizagem social, sugerindo que o comportamento do indivíduo é determinado pelo ambiente social, e mais especificamente pelos membros da sua família, através de mecanismos de reforço, modelagem ou coação.

Deste modo, a família é vista como uma entidade de ensino, onde, por imitação ou modelagem, cada membro pode adquirir comportamentos violentos, cuja implementação é determinada por processos de punição ou reforço (Matos, 2003).

Relativamente à vítima, há autores que defendem que quanto mais a mulher tiver sido maltratada pelos pais, mais provável será a aceitação de um parceiro predisposto ao

uso de violência, enquanto outras investigações demonstram que o risco de vitimação da mulher adulta aumenta quando há uma exposição à violência parental na infância, uma vez que esta conduz a uma baixa auto-estima, para além de que a vítima pode aprender padrões em que o amor legitima a violência do seu companheiro ou que a levem a aceitar o uso da violência no cumprimento das expectativas do seu papel (Straus e Kantor, 1994 cit. Giles-Sims, 1998, cit in Matos, 2003). Assim, e segundo Gelles (1997), o núcleo familiar é o local onde os indivíduos podem aprender estratégias maltratantes bem como valores morais que viabilizam os comportamentos violentos.

É importante, contudo, não esquecer que, como já atrás tivemos oportunidade de referir, a noção de “transmissão intergeracional da violência” não é consensual entre os investigadores, sobretudo quando estamos perante comportamentos tão complexos e mediados por diversos factores individuais, relacionais e ambientais.

c) Perspectivas Sócio – Culturais

Estas teorias analisam os factores históricos, sociais, culturais e políticos que contribuem para os maus tratos às mulheres. Segundo Matos (2003), citando vários autores, “numa abordagem sócio-cultural, os maus tratos à mulher são concebidos como resultado do seu tratamento histórico e da actual sociedade patriarcal” (p. 95).

A mesma autora refere que vários estudos antropológicos sugerem que em diferentes culturas, quando os homens e as mulheres são tratados de forma igual, a probabilidade de os homens maltratarem as mulheres diminui.

Margolin et al., 1988, citados por Matos (2003), postulam que o retrato que as feministas fazem do agressor é o de alguém que tenta valorizar as características masculinas tradicionais, como o sucesso e o domínio, mas que se sente frustrado a esse respeito, levando-o a reagir mal quando sente a ameaça de perder o controlo e o domínio na sua própria casa. O uso da força é encarado como uma forma através da qual o domínio masculino se mantém, tendo em conta a conjuntura patriarcal.

De acordo com Matos (2003), estudos recentes sugerem que as famílias actuais não são estritamente patriarcais, mas continuam a ser transmissoras de desigualdades sexuais, sendo necessário reconceptualizar o lugar da mulher tanto na família, como na sociedade.

2.1. O ciclo da violência

Vários investigadores identificaram uma trajetória habitual na evolução da violência conjugal, permitindo prever a progressão e a escalada da violência, bem como os aspectos mais comuns nas agressões num relacionamento íntimo. Esta dinâmica da violência, definida na teoria do ciclo da violência, é caracterizada como um processo contínuo que se inicia na acumulação de tensão, passando pela ocorrência da agressão e, por fim, o estado de «lua-de-mel». De acordo com este modelo, a violência conjugal desenvolve-se através de ciclos sucessivamente repetidos, cuja intensidade e frequência aumentam com o tempo.

Segundo esta teoria, o menor incidente pode desencadear uma crise, acompanhada de ameaças ou agressões psicológicas que são, muitas vezes, seguidas de agressões físicas e/ou sexuais. Após a crise, “instala-se muitas vezes um período de remissão dos comportamentos violentos durante a qual o homem violento, temendo perder a sua companheira, minimiza o que fez, justifica o seu comportamento através de racionalizações e desculpas várias, assume-se até como culpado dos seus actos e tem atitudes afectuosas com a mulher, prometendo não tornar a repeti-los e adoptando atitudes não violentas” (Manita, 2004). Este período de lua-de-mel e esta mudança de atitude criam na mulher a esperança de que ele não voltará a ser violento. “Contudo, o exercício da violência sobre a vítima surgirá de novo, sendo que muitos destes períodos de “lua-de-mel” se apresentam bastante curtos e tendem a desaparecer ao longo do tempo. Com as sucessivas repetições deste ciclo, a mulher passará a avaliar-se como incompetente na sua vida de casal (e não só), sendo frequente sentir-se responsável pela existência da própria violência” (idem).

Para além de factores intrapsíquicos, como, por exemplo, a responsabilização pelo comportamento agressivo do companheiro (“a culpa é minha...”), as mulheres maltratadas enfrentam, com frequência, barreiras situacionais que levam a tentativas fracassadas de escapar. Este aspecto conduz ao aprisionamento no relacionamento violento, incluindo ser fisicamente impedida de partir ou chamar a polícia, e ser ameaçada de violência caso faça qualquer tentativa nesse sentido (Hamberger e Monroe, 2004 cit. in Fleury, Sullivan, Bybee e Davidson, 1998).

De acordo com Fischer (1993, cit. in Monteiro, 2000), este ciclo é, paralelamente, influenciado pela própria cultura da violência contra as mulheres:

- pelo contexto de definição das regras – existência daquele que rege e daquele que é regulado;

- processo de autocensura, através da interiorização das normas ao longo do tempo ou da socialização;
- estabelecimento e desenvolvimento da ligação afectiva, através do medo, abuso emocional e isolamento social;
- pelo processo da rebelião e resistência, pelos pretextos de conflito e disputas, pelo abuso do afastamento, pela ocultação e disfarce, negação e secundarização do abuso.” (Monteiro, 2000, p. 42).

De facto, os aspectos culturais e sociais continuam a desempenhar um papel de grande influência na violência contra as mulheres e esta é ainda encarada por muitos como um conflito privado entre membros de uma família.

Brown (1990, cit. in Monteiro, 2000) refere que este tipo de visão acontece porque “mantendo a violência invisível através da nossa ignorância sobre o assunto, protegemos o equilíbrio do nosso conforto social e pessoal.” (p. 42). Culturalmente, persiste a tendência para se encontrar um motivo que justifique a violência familiar, de forma a que esta seja socialmente aceite. De acordo com a mesma autora, “pensar que a vítima fez algo de errado que contribuiu para o crime ou acreditar numa perturbação específica do agressor faz-nos sentir menos vulneráveis e dá-nos a ilusão de segurança.” (p. 42).

No entanto, e de acordo com uma revisão de estudos efectuada por Manita (2004), a maior parte dos abusadores não apresenta psicopatologia relevante nem problemas de alcoolismo ou de toxicodependência associados à agressão às companheiras e, mesmo quando estes existem, “o agressor é-o quer consuma quer não consuma álcool ou outras drogas e, quando consome, não agride indiscriminadamente pessoas à sua volta, escolhe intencionalmente a sua companheira e/ou filhos. A violência doméstica é resultado de um comportamento deliberado, através do qual um agente procura controlar outro, negando-lhe a liberdade a que tem direito.” (p. 19).

3. Impacto da Violência nas Vítimas

Vários autores pesquisaram o impacto psicológico da violência doméstica nas mulheres vítimas, tendo sido demonstrado que estas apresentam problemas psicológicos generalizados, incluindo depressão, abuso de álcool, perturbações de pós-stress traumático, entre outros. A violência do parceiro afecta também a esfera social da vítima e as mulheres maltratadas apresentam lesões e problemas diversos ao nível da saúde física.

Efectivamente, da violência praticada contra a mulher, advém um risco acrescido de problemas de saúde, incluindo dor crónica, incapacidades físicas, consumos de substâncias psicotrópicas e abuso de álcool.

Gonçalves e Machado (2003) referem que o impacto da violência na vítima pode repercutir-se em três grandes campos:

- 1- Vitimação directa que, em termos genéricos, é o dano material, físico, psicológico, etc., sofrido pela vítima em resultado directo da acção do agressor;
- 2- Vitimação secundária, que decorre das respostas de outros, nomeadamente do aparelho da justiça;
- 3- Vitimação vicariante, que é consequência da observação dos crimes por outros que não a própria vítima, ou do sofrimento experienciado por esta, nomeadamente pelos seus familiares.

Berrios e Grady elaboraram um estudo, em 1983, tendo como ponto de partida os factores de risco e as consequências da violência doméstica para as mulheres maltratadas que tiveram de receber assistência médica no Hospital Geral de São Francisco.

Deste modo, foram seleccionadas 218 mulheres que recorreram às urgências do Hospital Geral de São Francisco após terem sido vítimas de violência doméstica. As vítimas tinham entre 16 e 66 anos de idade, pertencendo aos diferentes estratos socioeconómicos e étnicos. Neste estudo, 51% dos casos de agressão que recorreram às urgências hospitalares são namoradas dos agressores e 42% são esposas. A duração do relacionamento da vítima com o agressor está situado entre um mês e os trinta anos, tendo como média os três anos. Também foi possível apurar que 67% das vítimas vive com o agressor. Em 48% dos casos, as vítimas referem que o agressor consome álcool ou drogas e para 43% dos casos o álcool e as drogas estiveram na base dos episódios de agressão. 28% da amostra foi admitida em internamento hospitalar e 13% necessitou de uma intervenção cirúrgica. Um terço dos casos envolveu armas brancas, pistolas e vários objectos contundentes.

As vítimas apresentaram maus tratos típicos, como hematomas e equimoses na face, no pescoço, nos olhos, no crânio e nas extremidades do tronco. Em 41% dos casos de violência doméstica foi necessário recorrer a exames radiológicos e em 27% a tratamento farmacológico. Como resultado dos maus tratos, 5% das mulheres ficou com sequelas permanentes, nomeadamente, partes do corpo desfiguradas e perda parcial da visão. Das vítimas que recorrem às urgências hospitalares, 70% tem feridas, 39% sofreu um

estrangulamento e 25% maus tratos no músculo-esquelético (fracturas dos ossos, ruptura dos tendões ou luxações). Sendo assim, pode considerar-se que a violência doméstica, especialmente a provocada pelo parceiro, pode provocar ferimentos e, em alguns casos, doença crónica na mulher.

Também foi possível apurar que 10% das vítimas estava grávida aquando dos maus tratos, 30% relatou ter sido abusada durante a gravidez, 5% abortou, 16% tentou o suicídio e 10% reportou que os seus filhos foram abusados pelos companheiros/agressores. As conclusões deste estudo sugerem que, em cada ano, ocorre algum tipo de violência em 16% dos relacionamentos e que em 6% acontecem situações de violência severa, sendo as vítimas atacadas com facas ou armas. De acordo com o Federal Bureau of Investigation, Uniform Crime Reports (1982), na Califórnia, as disputas domésticas causam um homicídio em cada três casos.

Sugere ainda o mesmo centro de investigação que a violência doméstica tem um peso económico e social de relevo na sociedade, uma vez que há intervenção médica, policial e social em quase todos os casos de agressão. Dos casos assistidos nas urgências hospitalares, 29% dizem respeito a tentativas de suicídio.

Berrios e Grady (1983) referem que outros autores defendem que a violência doméstica acontece nos relacionamentos em que as mulheres são economicamente dependentes. No entanto, neste estudo, somente 7% das vítimas de violência doméstica dependem directamente do agressor/companheiro. Segundo estes autores, existirão outras razões para a dependência psicológica destas mulheres, fazendo-as permanecer num relacionamento agressivo.

O elemento mais importante deste estudo relaciona-se com o facto deste incidente de maus tratos conjugais não ser o primeiro para a grande maioria das vítimas - 86% das vítimas já tinha sofrido de abusos anteriores e, destas, 40% sofreu uma intervenção médica. Este estudo conclui que as vítimas que são sujeitas a repetidas agressões no seio doméstico têm maior probabilidade de ter problemas crónicos de saúde física e psicológica, tais como depressão, abuso de álcool e drogas. Estes problemas crónicos encontram-se normalmente na última fase do Síndrome da Mulher Batida, que precede numerosas solicitações de tratamento hospitalar por causa dos maus tratos. Como resultado destas doenças crónicas, podem encontrar-se vítimas com transtornos psicológicos graves, como o neuroticismo, histeria e hipocondria.

Berrios e Grady (1983) sugerem que, dada a magnitude do problema da violência doméstica na sociedade Norte Americana, este deveria ser incluído nos tópicos de estudo

das escolas de Medicina, para que os profissionais de saúde tivessem uma maior sensibilidade para esta temática.

3.1. Características do impacto psicológico da violência nas mulheres agredidas

Os danos psicológicos surgem nas vítimas de violência conjugal como uma consequência natural da vivência de maus tratos que provocam alterações psicoafectivas de relevo. Estas tendem a perdurar no tempo, repercutindo-se em distúrbios de cariz emocional que acabam por afectar grande parte das vítimas em diferentes áreas do seu funcionamento psicológico e do seu comportamento.

De acordo com Matos (2003), a literatura descreve um conjunto de distúrbios frequentemente presentes em mulheres maltratadas, entre os quais se encontram os distúrbios cognitivos e de memória (e.g. confusão mental, imagens intrusivas, memórias recorrentes do trauma, dificuldades de concentração, crenças incapacitantes sobre si e os outros) que comprometem essencialmente a tomada de decisão; os comportamentos depressivos (e.g. vergonha, isolamento, culpabilização, baixa auto estima); os distúrbios de ansiedade (e.g. hipervigilância, medo, percepção de ausência de controlo, fobias, ataques de pânico, taquicardia, activação fisiológica), entre outras manifestações, como as alterações na sexualidade, dismorfia, dependência de substâncias, alterações do padrão do sono e apetite.

O impacto da violência conjugal nas mulheres vítimas envolve dinâmicas traumáticas muito particulares e complexas, por vezes, comparáveis às características da Perturbação de Stress Pós-Traumático⁴. Alguns autores referem que a Perturbação de Stress Pós Traumático, diagnosticado em situações de violência conjugal, se torna importante, “na medida em que considera que a pessoa reage normalmente a uma situação anormal ou desestruturante, atribui as dificuldades experienciadas a causas situacionais, bem como credibiliza os maus tratos junto dos tribunais, principalmente quando há testemunhas ou relatórios médicos ou policiais, ajudando o juiz a perceber o estado psicológico da vítima, a urgência da situação e o risco iminente” (Matos,, p. 104).

De acordo com o relatório da Comissão Europeia sobre o estado de saúde das mulheres na comunidade Europeia (1997), as mulheres agredidas têm cinco vezes mais possibilidades de fazer tentativas de suicídio e de necessitar de tratamento psiquiátrico.

Mesmo durante os períodos em que não ocorre violência física, as mulheres

⁴ Define-se pelo desenvolvimento de sintomas característicos, desencadeados por um acontecimento específico, psicologicamente doloroso, que está fora da faixa habitual da experiência humana (Matos, p. 103).

agredidas vivem frequentemente sob “pressão”, devido às tácticas de tortura e de terror psicológico utilizadas pelo agressor (Hamberger e Monroe, 2004). Assim, as mulheres vítimas de violência, podem ser vistas como estando em constante estado de stress, apresentam-se constantemente vigilantes e atentas aos sinais de ataque iminente dos agressores, adoptando comportamentos de hipervigilância e de evitamento.

Após a agressão do companheiro, a vítima pode apresentar reacções emocionais intensas (Lagerback, 1995), como sentimento de abandono, dificuldades na concentração e em ter um pensamento claro, sensação de irreabilidade, dificuldades na compreensão e interpretação de informações, confusão, uma mistura de sentimentos que vão do desespero e da raiva até à euforia, perda de auto-confiança, necessidade de estar sozinha, sensação geral de pânico. Dado que cada indivíduo é um ser único, possuidor de um background psicológico, familiar e social específico, diferentes sujeitos reagirão de formas diferentes às agressões, embora estas sejam algumas das consequências mais frequentes.

De acordo com Lagerback (1995), há que ter em conta três factores determinantes da força das reacções. Em primeiro lugar, se um indivíduo já teve uma crise que não foi correctamente encarada e solucionada, terá, à partida, menor capacidade para lidar com uma nova crise; em segundo lugar, importa referir o modo como é percebido/sentido um acontecimento negativo; e, por último, surge a questão do significado simbólico que a violência do agressor tem para a vítima.

Antes de um episódio de agressão, se a mulher estiver numa situação de tensão mental, tem grande parte dos recursos mentais “ocupados”, o que significa que terá menos mecanismos de defesa mental, para solucionar o problema. Por exemplo, “... uma mulher que tenha desenvolvido uma imagem negativa de si própria pode entender o ataque criminoso como a confirmação dessa imagem. Em consequência, o ataque criminoso representa o seu valor zero.” (Lagerback, p. 7).

O mesmo autor refere ainda que as reacções de âmbito mental podem dar lugar a formas de reacção físicas, denominadas vulgarmente reacções psicossomáticas, como, por exemplo, a fraqueza física, sensação de paralisia, pressão no peito, dificuldades respiratórias, pulso irregular, perda de apetite, dor, ataques de choro, sendo frequente a vítima exhibir graus variáveis de reacção física e mental que podem levar a mudanças no seu comportamento. Segundo este autor, as mudanças no comportamento são consequências das experiências traumáticas e do facto de os recursos mentais serem desviados da função de manter o comportamento habitual, para a de preservar intactas as defesas mentais (Lagerback, 1995).

3.2. Síndrome da mulher batida (S.M.B.)

De acordo com Dias (2004), o termo “battered woman”, foi utilizado pela primeira vez na Grã-Bretanha, por activistas do movimento feminista. A expressão foi utilizada e aplicada inicialmente na descrição de uma síndrome detectada em crianças maltratadas e adaptada, posteriormente, pelo movimento feminista para descrever os sintomas das mulheres maltratadas de forma violenta e persistente. Até aí, outros conceitos eram usados para se referirem à violência doméstica ou conjugal, mas todos eles enfatizando apenas uma parcela da realidade.

Pagelow (1984, p. 40) afirma que “a expressão mulheres batidas refere-se a mulheres adultas que foram intencionalmente agredidas de maneira a causar-lhes dor ou ferimentos, ou que foram forçadas a acções involuntárias ou restringidas, à força de acções voluntárias por parte de homens adultos com quem elas têm ou tiveram relações estabelecidas, envolvendo normalmente intimidade sexual, independentemente de ocorrer ou não, no contexto do casamento legalmente constituído. Bater é aqui definido como agressão física, abrangendo desde bofetadas dolorosas, no princípio de uma linha contínua, até homicídio, na outra extremidade”.

Walker (1993, p. 135) descreve a Síndrome da Mulher Batida como “um conjunto de sintomas psicológicos, normalmente transitórios, que são frequentemente observados, num padrão reconhecível e específico, em mulheres que afirmam terem sido maltratadas física, sexual e/ou psicologicamente de uma forma grave pelos seus parceiros masculinos (e, por vezes, femininos) ”.

A definição desta síndrome veio permitir a identificação, o diagnóstico e a intervenção sistemática neste fenómeno com rigor e profissionalismo. Mas, embora tenha sido um elemento fundamental no impulsionamento dos serviços de atendimento a vítimas e no alerta social e político para este fenómeno, o termo “battered woman” – a partir do qual o impacto da violência contra as mulheres passou a ser descrito como uma síndrome⁵, à semelhança do que sucedeu com os maus tratos a crianças – pode ser também considerado restritivo, dado focar somente a dimensão física da violência contra as mulheres, não destacando

⁵ É a descrição dos diversos sintomas que se observam associados num quadro clínico, de patogenia conhecida, múltipla ou mesmo desconhecida (Fonseca, A., 1997, p. 333).

também o contexto privado das relações íntimas em que esta ocorre e que constitui uma das suas especificidades (Manita, 2004; Dias, 2004).

3.2. Mecanismos de defesa e reacção utilizados pelas vítimas

De acordo com Lagerback (1995), as reacções a uma crise por parte das vítimas seguem, por vezes, um padrão pré-determinado, sendo descritas quatro fases principais.

A fase de choque é a primeira fase e corresponde ao período imediatamente a seguir à agressão. Está dependente da intensidade do acontecimento e apresenta uma duração de horas ou de dias. Indivíduos diferentes reagem de formas igualmente diferentes, mas os ataques de choro, a sensação de vazio, o pânico e a hipersensibilidade, servem como exemplos de reacções comuns nesta fase.

Numa segunda fase, a mente das mulheres, vítimas de violência doméstica utiliza vários tipos de mecanismos de defesa para se proteger do impacto do acontecimento traumático. Negação, intelectualização e repressão da experiência são alguns dos exemplos de como a mente tenta aliviar a dor e angústia provocada pelo agressor.

Como é previsível e lógico, o esforço envolvido nos processos e mecanismos necessários para que as vítimas controlem a dor, a raiva e a tristeza, leva a que estas fiquem com menos “energia mental” disponível para outras actividades do quotidiano.

As mulheres vítimas de violência doméstica, quando sentem que não têm controlo sobre as suas emoções, ou se denotam alterações comportamentais, devem procurar acompanhamento terapêutico, junto de serviços públicos com profissionais da Psiquiatria e da Psicologia, sendo esta, segundo Lagerback (1995), a terceira fase.

A quarta e última fase corresponde à reacção das vítimas perante o apoio psicoterapêutico. Quando este é bem-sucedido, elas entram numa nova fase de reestruturação e de orientação dos seus problemas, criando novas formas de linguagem emocional.

4. As casas de abrigo como resposta específica para mulheres vítimas de violência doméstica

Como o nosso estudo é sobre o impacto da violência em mulheres vítimas que se encontram em casas abrigo, será importante detalhar as características destas estruturas de acolhimento.

A utilidade das casas de abrigo para vítimas de violência doméstica é cada vez mais reconhecida, dada a preocupação crescente com este fenómeno. Devido, contudo ao facto de muitas casas abrigo possuírem uma “lista de espera”, a sua expansão é ainda necessária, para que se possam prevenir comportamentos violentos mais severos e para se proporcionar aos agregados vitimizados a possibilidade de reiniciarem uma nova vida.

É referido por Peixoto (2002) que são as mulheres com uma situação precária, a nível económico e profissional, e uma situação de grande dependência as que recorrem a este tipo de apoio. Infelizmente, na grande maioria das vezes, estas mulheres não possuem qualquer retaguarda familiar, nem qualquer outro suporte social, sendo esta a única opção para poderem abandonar uma relação violenta e reiniciar uma “nova” vida.

Como é relatado em diversa literatura, a necessidade desta opção, surge, muitas vezes, como consequência de um controlo excessivo pelo agressor, através de várias estratégias de controlo que provocam um isolamento familiar, social e profissional, tornando a decisão da integração como a única “saída” ou “opção” para a mulher vítima.

Torna-se, assim, imprescindível, para essas vítimas, este importante recurso social, dado que a maior parte destas utilizadoras⁶ sofre de uma forte carência económica, social e individual.

Os aspectos culturais têm, aliás, grande relevo quer na integração, quer na continuidade e sucesso do projecto de vida delineado na casa de abrigo para vítimas de violência doméstica, dado que há algumas situações de insucesso provocadas pela máxima cultural de que a mulher tem que “aguentar” o seu marido, porque esse é o dever de uma mulher casada. Sociedades culturalmente patriarcais ditam regras de opressão manifestadas em relações violentas, estando o poder centrado no sexo masculino, sem haver, para muitas mulheres, razão para o questionar.

⁶ Termo utilizado na legislação que tutela as casas de abrigo.

4.1. A realidade internacional das casas de abrigo

A primeira casa de abrigo para vítimas de violência doméstica terá surgido em 1964, na Califórnia (LaViolett e Barnett, 2000). No entanto, há referências a que as primeiras casas de abrigo para vítimas de violência doméstica datam da década de 70, associadas aos movimentos feministas. Estes movimentos constaram a total ausência de lugares seguros nos quais as mulheres que pretendessem sair de uma relação violenta pudessem encontrar uma resposta para os seus problemas, sendo essa uma das maiores necessidades das mulheres agredidas identificada pelos movimentos feminista (Monteiro, 2000).

Em 1970, quer no E.U.A, quer na Inglaterra, algumas organizações, nomeadamente religiosas, facultavam alguma ajuda no que diz respeito ao acolhimento às mulheres que estivesse sem retaguarda familiar e com necessidade de alojamento. Sob a liderança de Erin Pizzey, em 1971, nos arredores de Londres, um grupo de mulheres fundou o primeiro abrigo para mulheres que necessitassem de fugir aos maus-tratos do companheiro (Monteiro, 2005). Segundo esta autora, quatro anos mais tarde dá-se o crescimento e implementação de casas de acolhimento nos E.U.A.

De acordo com NiCarthy (1984), citado por Monteiro (2005), na transição da década de 70 para a década de 80, as casas de acolhimento para vítimas de violência doméstica (nelas, uma mulher poderia permanecer durante uns dias) deram lugar a um sistema de refúgios⁷, à medida que as organizações iam conseguindo financiamento para gerir programas de protecção para as mulheres. A grande maioria apresentava capacidade para duas ou três mães e os seus filhos. Algumas residências amplas ou residências religiosas foram convertidas igualmente em refúgios.

De acordo com a análise à realidade dos E.U.A., tendo por base o National Research Council, em 1998 havia mais de 2000 programas para apoiar situações de violência doméstica. Contudo, estes não eram suficientes, dado que 3 em cada 4 mulheres que pediam ajuda não a recebiam por falta de infra-estruturas (National Coalition Against Domestic Violence, 1999).

As casas de abrigo nos E.U.A. estão abertas 24 horas por dia e têm uma linha de atendimento telefónico permanentemente disponível denominada “National Domestic Violence Hotline”, gratuita, e que realiza o encaminhamento das utentes. Nestas instituições está previsto o transporte de ligação à casa de abrigo, tendo em conta todas as questões de

⁷ Alojamento seguro para ficar temporariamente, fornecendo também serviços de informação e ligação aos recursos necessários.

segurança que envolvem este problema. O tempo limite de permanência nas casas de abrigo é de 30 dias, sendo possível o seu prolongamento, caso se justifique. De acordo com Sullivan e Gillum (2002), as mulheres vítimas de violência doméstica inseridas nestas estruturas, têm todas as necessidades básicas garantidas, para além de apoio jurídico, apoio na procura de emprego, ajuda na elaboração de planos de segurança, acompanhamento médico, ajuda na procura de habitação e acompanhamento terapêutico individual, em grupo e familiar.

No estado do Minnesota, nos Estados Unidos da América, é possível, em vários casos, usufruir de programas de educação comunitária e formação profissional, bem como podem ter acesso a informação e esclarecimentos sobre as questões da violência doméstica (in. www.members.thipod.com/~Dawn_1/MCBW/advprog.htm#visit).

É possível encontrar nos E.U.A. dois tipos principais de apoio facultados na actuação ou intervenção junto de mulheres vítimas. O primeiro refere-se às “casas de transição” (transitional housing) que cada vez são mais comuns, dado que a forma de apoio é mais continuada no período pós-vitimação. Este tipo de estrutura faculta acolhimento a mulheres e filhos que saíram de casa durante períodos conturbados de violência. O tempo de permanência deverá situar-se entre os 2 e os 24 meses. O acolhimento nas casas de abrigo, nesta fase da valência, não será gratuito, sendo efectuado o respectivo pagamento em suaves prestações, de acordo com os “ganhos” do agregado. As mulheres que procuram este tipo de apoio pertencem a um nível socioeconómico baixo, o que faz com que exista uma maior dificuldade em sustentar uma casa com as condições mínimas de habitabilidade, para além das dificuldades na experiência de acolhimento.

No segundo período de actuação foram criados os “centros de visita” (visitation centers), que nasceram como resposta aos muitos casos em que a lei não define que o progenitor possa ver os filhos. De acordo com McMahon e Pence (1995), que citam Sullivan e Gillum (2002), estes centros foram criados para colmatar a necessidade legal de os progenitores (agressores conjugais) poderem ver os menores. No entanto, é do conhecimento geral que os mesmos podiam aproveitar essas visitas para coagir e exercer violência sobre as ex-companheiras. Para dar resposta a esta realidade, foram criados estes centros nos quais os progenitores estão com os menores, sem terem contacto directo com as ex-companheiras. Estes “encontros” são supervisionados por técnicos identificados pelo tribunal. Como exemplo, o estado de Minnesota, apresenta respostas com o “*Duluth Visitation Center*”.

Existem outros programas de apoio às mulheres vítimas de maus tratos, tais como programas comunitários de apoio (Community Advocacy Programs), casas seguras (Safe Homes), programas de apoio clínico/hospitalar (Hospital/Clinic Advocacy Programs) e tratamento/reeducação para agressores (Batterers ReEducation/Treatment Programs).

O programa *Safe Homes* consiste em disponibilizar acolhimento, por um período de tempo curto, que poderá ir de uma a três noites, em casa de voluntários, ou quartos de hotel para as vítimas de violência doméstica. Este tipo de programas veio aliviar e ajudar a contornar as listas de espera das casas de abrigo.

No Canadá, a primeira casa de abrigo para vítimas de violência doméstica foi a “Interval House”, tendo aberto as portas no dia 1 de Abril de 1973, localizada nas imediações de Toronto. Tem como principal objectivo de acolhimento manter seguras e apoiar as vítimas de violência doméstica ajudando-as na reconstrução das suas vidas (cf. www.nationalpost.com/news.asp). Esta estrutura, ao longo do seu funcionamento, tem alargado os seus serviços e, actualmente, possui uma linha de emergência, a funcionar 24 horas por dia, programas de aconselhamento para mulheres vítimas, apoio a crianças, apoios nas idas a tribunal e apoio no período pós-abandono da casa abrigo.

É promovida a partilha de experiências e a troca de conhecimentos, através de reuniões onde, semanalmente, as mulheres falam das dificuldades e das vantagens que têm sentido ao longo desta experiência, identificando igualmente o tipo de apoio de que necessitam para organizar as suas vidas.

Na Nova Zelândia, a primeira casa de abrigo para vítimas de violência surge em Christchurch, no ano de 1973, directamente ligada a movimentos de universitárias e movimentos radicais feministas (cf. www.Nzeland/Shelter_battered/WO.html). A Nova Zelândia possuiu 51 casas de abrigo que dispõem de linhas telefónicas de atendimento em crise que funcionam 24 horas por dia. No que diz respeito ao atendimento, este funciona de forma similar ao das estruturas de outros países. São trabalhadas diversas temáticas com as mulheres, tais como a questão dos cuidados aos menores, maternidade e formas de lidar com a violência (contextualização social, deslegitimação e identificação dos sinais de alarme antes da manifestação de violência).

Por sua vez, no Brasil, têm sido disponibilizados para as situações de violência doméstica diversos serviços, sendo o de maior relevo a “Delegacia da Mulher”, existindo aproximadamente 30, espalhadas por todos os estados do Brasil (cf. www.mj.gov.br/acs/releases/). As primeiras casas de abrigo surgiram em 1984, existindo actualmente 72 casas e 170 coordenadores e técnicos, nos diferentes Estados do Brasil.

Estas instituições de acolhimento, à semelhança do que acontece noutros países, facultam apoio jurídico, psicológico e médico, estando o acolhimento previsto para um período de 3 meses.

Também na Europa existe já um número razoável de casas de abrigo, embora ainda insuficiente. Na Inglaterra, o funcionamento da primeira casa de abrigo, com o nome de *Chiawick House*, foi suportado por voluntários e abrangia apenas a população dessa zona de residência. De acordo com Stark e Flitcraft (1996), esta estrutura deu o “pontapé de saída” para a abertura de centros e de casas de abrigo em toda a Grã-Bretanha.

Na Finlândia, para além das linhas de apoio telefónicas e das campanhas de prevenção e de sensibilização, existem cerca de 23 casas de abrigo para vítimas de violência doméstica.

A Noruega teve a primeira linha telefónica em funcionamento no ano de 1977, em Oslo, tendo sido criada a primeira casa com fundos públicos, no ano seguinte. No ano de 2005 era possível contar com 51 casas de abrigo e 5 linhas telefónicas de apoio permanente, tendo por base de inspiração as ideologias feministas (cf. www.Krisecenter/englesk_info). As maiores e recentes preocupações prendem-se com a intervenção junto das crianças e junto das populações de emigrantes, que procuram formas de apoio e acolhimento.

Na Áustria, a criação de qualquer casa de abrigo passa pelo apoio de Organizações Não-Governamentais, tendo sido criada a primeira em 1978. Actualmente, há cerca de 20 casas de abrigo para vítimas de violência doméstica, bem como cerca de 44 centros de apoio e protecção para vítimas de maus tratos. Há ainda, de acordo com Logar (1999), 7 números de telefone de emergência para situações de violação e abuso. O funcionamento das casas de abrigo para vítimas de violência doméstica “Autonomous Austrian Women`s Shelters Network” não é particularmente distinto do dos outros países.

De acordo com o consignado na Resolution of the European Parliament, prevê-se uma casa por cada 100.000 habitantes. Segundo Valiente (1999), a realidade actual é manifestamente insuficiente, uma vez que nos finais dos anos 90 havia uma casa por cada 302.000 habitantes. Actualmente, ainda não se atingiram os números previstos (cf. www.institudelamujer.es).

4.2. A realidade das casas de abrigo em Portugal

Em Portugal a evolução histórica das casas de abrigo foi marcada pelos abrigos que surgiram antes da revolução de 1974 e, posteriormente a esta data, pela sua evolução, numa altura em que o tema da violência familiar já tinha emergido na sociedade portuguesa como um “problema social que não pode ser ignorado” (Baptista, Silva, Silva e Neves, 2003, p. 56). Os primeiros abrigos, embora não específicos para a problemática, eram a única resposta que estas mulheres encontravam. Eram essencialmente instituições de cariz religioso que acolhiam mães solteiras, mulheres em risco e prostitutas.

A partir dos anos 90, com o aumento quer da preocupação com esta problemática, quer do debate sobre a mesma, muitas instituições iniciaram um trabalho específico nesta área, embora nem sempre a profissionalização dos serviços tenha acompanhado a preocupação com o tema, continuando a existir, na grande maioria, uma lógica de suporte paternalista. Houve, contudo, casos em que a qualidade e profissionalização dos serviços foram promovidas, alterando-se a metodologia de intervenção.

As primeiras casas de abrigo para vítimas de violência doméstica, não religiosas, surgiram com IPSS e ONG`s, já na segunda metade dos anos 90. No início de 2000 juntaram-se os apoios das autarquias e de outros organismos do poder local, de forma a efectivar o seu contributo no sentido de aumentar a resposta de acolhimento, que, embora mais ampla, é ainda insuficiente.

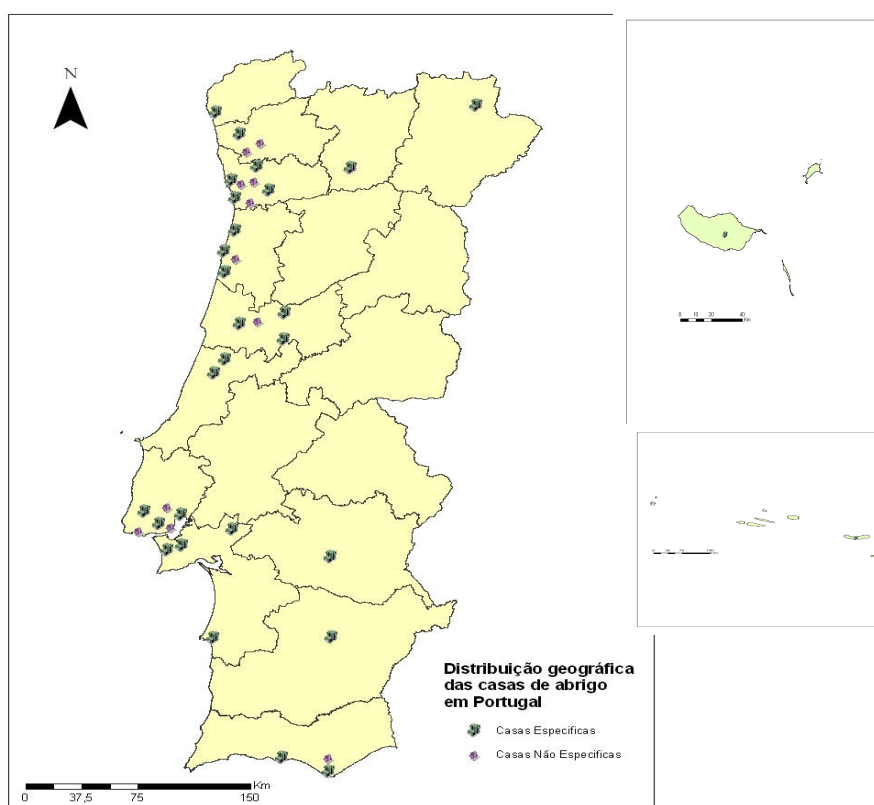
Para colmatar a lacuna sentido ao longo dos anos 90, foi elaborado o I Plano Nacional do Conselho de Ministros contra a Violência Doméstica (1999/2002), que preconizava como medida (incluída no objectivo II) a criação de uma rede de casas de abrigo para mulheres vítimas de violência. Em 1999, o I Plano Nacional contra a Violência Doméstica (objectivo III) da Presidência de Ministros previa a promoção e o reforço do apoio técnico à protecção das vítimas de violência doméstica, desenvolvendo quer programas de acompanhamento, quer uma rede de refúgio para as vítimas. Mas só com o Decreto de Lei nº 323, a 19 de Dezembro de 2000, surgiram os primeiros regulamentos para as casas de abrigo.

Actualmente, existem cerca de 40⁸ casas de abrigo, espalhadas pelos diversos distritos, estando em sintonia com a Lei nº 107/99 que estipula que a rede pública de apoio

⁸ Estes dados foram apresentados no encontro das casas de abrigo, onde se encontravam elementos da CIG e equipas técnicas das casas de abrigo do norte do país. Este encontro teve lugar na casa de abrigo “Recomeçar” no dia 21/10/2008

deve ser constituída por “pelo menos, uma casa de abrigo em cada distrito do continente e nas Regiões Autónomas e, pelo menos, duas nas áreas metropolitanas do Porto e Lisboa”.

As casas abrigo podem diferenciar-se em termos da sua dimensão, orientação laica ou religiosa, localização e em termos da sua especificidade ou não para situações de violência conjugal. Pode-se referir que 30 destas são vocacionadas especificamente para esta problemática, algumas de cariz laico (e.g., APAV; UMAR), outras pertencentes a instituições ligadas à saúde e à intervenção social (e.g., Cruz Vermelha Portuguesa) e outras ainda de carácter religioso (e.g., Irmãs do Sagrado Coração, em Ílhavo).



Na zona Norte de Portugal, existem 9 casas abrigo, distribuídas da seguinte forma: uma em Vila Real, em Bragança, em Viana do Castelo, em Barcelos, em Santo Tirso, em Matosinhos e em Ovar e duas casas no Porto. Também a Associação de Moradores das Lameiras (V. N. de Famalicão), a ADDIM e a ACISFJ no Porto, não sendo específicas para vítimas de violência doméstica, como as primeiras dão, muitas vezes, resposta a este tipo de situações.

No Porto, existe ainda o Lar Luísa Canavarro que está direccionado para as questões da violência contra as mulheres, acolhendo também outros tipos de situações, nomeadamente, mães adolescentes.

No Centro do País existem sete casas abrigo, sendo que, destas, três são em Coimbra, uma em Ílhavo, uma em Aveiro, uma em Pombal e outra em Miranda do Corvo.

No Sul e em Lisboa existem cerca de 10 casas abrigo.

Em Évora, encontra-se a casa “Nossa Senhora da Conceição”, valência do Lar de Santa Helena, que foi criada no âmbito do “Projecto de Luta contra a Pobreza”, apresentado pelas Irmãs Adoradoras em 1995. Mas, para além deste centro de acolhimento, no Alentejo, existe mais uma Casa Abrigo específica para vítimas de violência doméstica, em Beja. Em Sines, existe uma valência de acolhimento (“Porto D’Abrigo”) da Santa Casa da Misericórdia. Em Albufeira encontra-se o centro de acolhimento “Casa da Cegonha”, criado em 1999.

Por fim, nas ilhas, existem casas da UMAR nos Açores (Faial, S. Miguel e Terceira) e uma casa na Madeira.

4.3. O funcionamento interno das casas abrigo

De um modo geral, todas as casas de abrigo partilham aspectos em comum em relação ao seu modo de funcionamento (e.g., tempo de permanência, regulamento interno), não obstante existirem algumas especificidades.

Como referido anteriormente, o desenvolvimento da rede pública de casas de apoio para mulheres vítimas de violência doméstica, foi criado pela Lei nº 107/99, de 3 de Agosto. O Decreto – Lei nº 323/2000, de 19 de Dezembro, procedeu à sua regulamentação, tendo permitido uma avaliação mais justa e realista dos pontos fortes e fracos daqueles diplomas.

O II Plano Nacional contra a Violência Doméstica, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 88/2003, de 7 de Julho, em sede de Capítulo IV – Protecção da Vítima e integração social – menciona a “Elaboração de um regulamento interno das casas de abrigo, acautelando a qualidade dos serviços prestados, as condições de abertura, de funcionamento e de fiscalização”.

A partir deste momento começa a existir a profissionalização dos serviços, bem como a sua especialização, através da introdução de um conjunto de normas técnicas, com o objectivo de conferir maior uniformidade na sua aplicação, acautelando as condições mínimas de abertura e funcionamento das casas de abrigo para vítimas de violência doméstica, para além de zelar pela qualidade dos serviços prestados às vítimas de violência.

Neste Plano foram ainda acautelados os mecanismos necessários para avaliação e fiscalização da qualidade dos serviços prestados, bem como a defesa dos direitos das mulheres vítimas de violência acolhidas nestas estruturas.

Na Lei nº 107/99, de 3 de Agosto, e no Decreto – Lei nº 323/2000, de 19 Dezembro, artigo 4º (Objectivos), é referido que “...As casas de abrigo constituem formas de apoio especialmente vocacionadas para a protecção de mulheres vítimas de violência, tendo em vista a prossecução dos seguintes aspectos: a) Acolher temporariamente as utilizadoras e as crianças, tendo em vista a protecção da sua integridade física e psicológica; b) Proporcionar às utilizadoras e às crianças as condições necessárias à sua educação, saúde e bem estar integral, num ambiente de tranquilidade e segurança; c) Promover a aquisição de competências pessoais, profissionais e sociais das utilizadoras; d) Proporcionar, através dos mecanismos adequados, a reorganização das suas vidas, visando a respectiva reinserção familiar, social e profissional.”.

O artigo 12º (Funcionamento) revela a forma como deverá ser o padrão de funcionamento das casas de abrigo: “1. As casas de abrigo devem funcionar de forma a garantir a autonomia, o bem estar e a segurança das suas utilizadoras e dos seus filhos menores; 2. As casas de abrigo funcionam durante todo o ano, todos os dias da semana, durante vinte e quatro horas...”.

Quer o artigo 4º, quer o artigo 12º da regulamentação das casas abrigo, fornecem uma perspectiva de especialização e de promoção do bem-estar para as vítimas de violência doméstica. Fornecem ainda competências pessoais, profissionais e sociais, para o novo reiniciar do projecto de vida de cada uma das utilizadoras. É nesta conjugação de esforços técnicos e profissionalizantes, que todos os profissionais deverão ser incentivados a especializar-se tecnicamente, para que deste modo a vitimação secundária⁹, muitas vezes sentida pelas vítimas, seja esbatida.

Como prova da necessidade de profissionalizar os técnicos envolvidos nesta temática, o III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica contempla as estratégias de intervenção na qualificação técnica “A intervenção em casos de violência doméstica exige, cada vez mais, qualificação e especialização profissional. Capacitar o pessoal técnico mais envolvido no atendimento a vítimas e agressores dotando-o de competências adequadas para intervirem de forma profissional, é uma tarefa fundamental para a estratégia deste Plano. Por outro lado, afigura-se indispensável a integração destas temáticas nos currículos

⁹ Decorrente das respostas de outros, nomeadamente o aparelho de justiça, à vítima.

dos cursos e formações especialmente vocacionados para desenvolver actividades nesta área de intervenção” (p. 21).

Dado que foi nelas que foi obtida a amostra deste estudo, de seguida apresentaremos as principais características e as regras de funcionamento interno específicas de duas casas de abrigo: a Casa Abrigo Recomeçar e a Casa Abrigo de Santo António.

A casa abrigo “Recomeçar” pertence à Cruz Vermelha Portuguesa, Delegação de Matosinhos, e é específica para situações de violência conjugal, sendo o tempo máximo de permanência de 6 meses. Possui um regulamento interno, que admite o acolhimento de crianças e, em particular, de rapazes até aos 16 anos, sendo necessária a avaliação de cada caso. Não é um factor de integração a apresentação de queixa-crime, esta, no entanto, é aconselhada. A intervenção é multidisciplinar (a equipa é constituída por um psicólogo, a meio tempo; um assistente social; um educador social e existe um acordo de colaboração com a ordem dos advogados) e realizada a nível individual. Como objectivos centrais de intervenção, e de acordo com o Regulamento Interno de 2006, pretende-se “dotar as utentes de competências pessoais, sociais e profissionais que facilitem o seu processo de autonomização”. Não é possuidora de lista de espera sendo os seus casos encaminhados pela Segurança Social, pela APAV e pela Linha Nacional de Emergência Social.

A casa abrigo de Santo António, no Porto, tutelada pela Santa Casa da Misericórdia, prevê um tempo de permanência que varia entre 6 meses e 1 ano. Possui também um regulamento interno que contempla a admissão de crianças, de ambos os sexos, até aos 18 anos. Possui horário, regras e tarefas definidas. Proíbe o consumo de álcool e outras substâncias psicoactivas. A apresentação de queixa-crime, salvaguardando a questão da segurança, está prevista nesta instituição.

A equipa técnica é constituída por um psicólogo, uma assistente social e uma educadora social. A intervenção é principalmente individual, embora existam algumas respostas de intervenção em grupo e, sempre que necessário, há encaminhamento para os recursos da rede social (educação, saúde, justiça, emprego...).

PARTE B: Estudo Empírico

Iremos, nesta segunda parte da dissertação, proceder à apresentação do estudo empírico desenvolvido, especificando as metodologias e procedimentos utilizados, os instrumentos de recolha e análise de dados, a amostra do estudo, e concluindo com a apresentação e análise dos seus resultados.

5. Objectivos

Com a realização deste estudo, de natureza exploratória, pretendeu-se conhecer o impacto psicológico e psicopatológico da violência conjugal/maus tratos conjugais, em mulheres vítimas, acolhidas em Casa de Abrigo.

Mais especificamente, procurou-se

- (i) identificar características psicopatológicas nestas mulheres que pudessem resultar da violência exercida pelo agressor e da permanência numa relação abusiva;
- (ii) identificar áreas da vida ou áreas de competência eventualmente afectadas pelos maus tratos/violência conjugal de que foram vítimas;
- (iii) identificar alterações emocionais ou cognitivas percebidas pelas próprias como resultantes dos maus tratos experienciados;
- (iv) perceber quais as principais mudanças e os factores de mudança percebidos subjectivamente pelas mulheres vítimas ao longo do relacionamento abusivo e as motivações e significações atribuídas pelas mesmas a estes.

Estes objectivos resultaram da pesquisa e revisão bibliográfica realizadas, assim como da experiência clínica dos investigadores, que apontavam a elevada incidência de problemas psicológicos e psicopatológicos em mulheres vítimas de violência conjugal, com implicações no seu comportamento, relacionamento social e gestão da vida quotidiana, entre outras áreas.

Admitindo que as mulheres que recorrem a Casas de Abrigo representam uma parte da população particularmente afectada por este problema, na medida em que a situação de violência é tão grave que estas não encontram outra alternativa/solução que não a fuga de casa, muitas vezes acompanhadas dos filhos, para sua protecção, e na medida também em que representarão um grupo de mulheres com reduzida rede de apoio social, pareceu-nos importante estudar especificamente uma amostra de vítimas de violência doméstica/conjugal acolhidas nestas infra-estruturas de apoio.

6. Metodologia

Dada a natureza deste estudo e do seu objecto, e os objectivos estabelecidos, optou-se por uma metodologia de carácter compósito, recorrendo a métodos qualitativos e quantitativos, mais especificamente, utilização de dois inventários de avaliação psicológica (IACLIDE e BSI) e construção de um questionário para recolha de informação complementar e análise de dimensões subjectivamente percebidas do impacto da violência/maus tratos, junto das mulheres vítimas. Estes instrumentos serão apresentados de forma pormenorizada um pouco mais à frente.

Enquanto que os métodos quantitativos nos darão “uma medida objectiva e padronizada de uma amostra de comportamento” (Anastasi, 1990, cit. in Ribeiro, 2007, p. 79), neste caso, de um conjunto de sintomas psicológicos/psicopatológicos manifestados por mulheres vítimas de maus tratos acolhidas em casa de abrigo, tendo sempre como perspectiva a sua descrição, os métodos qualitativos permitirão “descobrir os pensamentos, percepções e sentimentos experimentados pelos informantes” da nossa amostra (idem, p. 65), permitindo-nos ir mais longe na sua compreensão.

Dito de outro modo, se o recurso a instrumentos psicométricos e o tratamento estatístico dos dados por eles obtidos nos permitirá uma caracterização do impacto psicológico dos maus tratos sofridos, a linha de pesquisa mais qualitativa permitir-nos-á aceder a dimensões mais subjectivas do impacto psicológico a que estas mulheres foram sujeitas no decurso do relacionamento abusivo, assim como ao significado que estas lhe atribuem.

6.1. Instrumentos de recolha de dados

A escolha do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) - Brief Symptom Inventory (de Derogatis & Spencer, 1982 – versão portuguesa aferida por Canavarro, 1999) e do Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE), de Vaz Serra, resultou da constatação acima referida de que as mulheres vítimas de maus tratos conjugais apresentam muito frequentemente sintomas psicológicos/psicopatológicos deles resultantes. Sendo nosso objectivo aceder ao impacto da violência numa amostra de mulheres acolhidas em Casas Abrigo, consideramos que deveríamos recorrer a instrumentos que nos permitissem avaliar de forma objectiva e padronizada quer um conjunto geral de sintomas

psicológicos e psicopatológicos (BSI) quer aquela que a literatura científica (cf. cap. 3) indica ser uma das perturbações mais frequentes nas vítimas: a depressão (IACLIDE).

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) de Derogatis & Spencer (aqui usado na versão portuguesa de C. Canavarro, 1999), uma forma breve, de 53 itens, do Symptom Checklist-90 (SCL-90), avalia sintomas psicopatológicos em nove dimensões de sintomatologia, apresentando ainda três Índices Globais, avaliações sumárias de perturbação emocional.

As nove dimensões primárias descritas por Canavarro (idem) são: Somatização (dimensão que reflecte o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático); Obsessão-Compulsão (inclui sintomas identificados com o síndrome clínico do mesmo nome); Sensibilidade Interpessoal (esta dimensão centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas); Depressão (os itens que compõem esta dimensão reflectem o número de indicadores de depressão clínica); Ansiedade (indicadores gerais, como nervosismo e tensão, estão incluídos na dimensão ansiedade); Hostilidade (esta dimensão inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afectivo da cólera); Ansiedade Fóbica (é definida como a resposta de medo persistente que, sendo irracional e desproporcionada em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento); Ideação Paranóide (representa o comportamento paranóide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo) e, por fim, o Psicoticismo (abrange indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, assim como sintomas primários de esquizofrenia, como alucinações e controlo de pensamentos).

Canavarro (1999) sugere que as nove dimensões avaliadas neste instrumento constituem, no seu conjunto, importantes elementos de avaliação da Psicopatologia, dado que são considerados pelos Manuais de Classificação Diagnóstica mais utilizados, CID-10 e DSM-IV, aspectos importantes para a elaboração de diagnóstico das primeiras cinco categorias (F00 F49), segundo o CID-10, e para as perturbações do Eixo I, segundo o DSM IV.

Para a aferição da versão nacional foi, segundo a autora (idem)) constituída uma amostra de 404 elementos da população geral que, subjectivamente, haviam afirmado que “não sofriam dos nervos” e uma amostra constituída por 147 indivíduos perturbados emocionalmente que recorreram aos serviços da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Por sua vez, o IACLIDE, um instrumento de auto-avaliação construído por A. Vaz Serra, mede a intensidade de um quadro clínico depressivo. Este inventário é formado por 23 questões diferentes que se referem a perturbações de quatro tipos distintos: biológicas, cognitivas, interpessoais e de desempenho da tarefa. O autor (Vaz Serra, 1994) sugere ainda que estas “significam a relação que o indivíduo deprimido estabelece com o corpo, consigo próprio como pessoa, com os outros e com o trabalho”.

Este inventário, construído a partir de uma amostra de 340 deprimidos, apresenta uma correlação “Par/Ímpar” de .854 e um Coeficiente de Spearman-Brown de .920, traduzindo uma boa consistência interna. Apresentou um coeficiente de validação concorrente de .717 com a versão portuguesa do Inventário Depressivo de Beck, aferida em 1973 por Vaz Serra e Pio Abreu.

“Um teste U de Mann-Whitney revelou uma excelente diferenciação entre a nota global e cada um dos sintomas, quando a amostra de 340 deprimidos foi comparada com 340 indivíduos “normais”, isto é, com indivíduos que nunca sofreram qualquer transtorno psicopatológico. O ponto de corte entre normais e deprimidos correspondeu à nota de 20, do IACLIDE. Esta mesma pontuação ascendeu, nos casos de Depressão leve, moderada e grave, a valores médios, respectivamente, de 28, 45 e 58.” (Vaz Serra, 1994, pp. 11-12).

No que diz respeito ao questionário que construímos especificamente para esta investigação, ele foi elaborado com o objectivo de obter informação complementar e de conhecer a dimensão subjectiva do impacto dos maus tratos a que as mulheres da nossa amostra foram sujeitas na relação conjugal.

Este instrumento abarca diferentes dimensões, como a descrição do relacionamento que estas mulheres mantiveram com os companheiros agressores, as mudanças percebidas, os factores que terão desencadeado essas eventuais mudanças, os tipos de maus tratos sofridos e o seu impacto percebido, a história clínica associada aos maus tratos, etc. (cf. Anexo 1).

Neste questionário encontram-se quer questões de escolha múltipla, cujo objectivo é explorar os dados relativos à caracterização sócio-demográfica e cultural das mulheres entrevistadas, quer questões de resposta aberta, com as quais se pretende que a inquiridas se expressem livremente. Tal como foi já referido, para se efectuar o tratamento da informação obtida nas respostas abertas do questionário, recorreu-se a uma análise de conteúdo categorial.

6.2. Caracterização da amostra

As participantes/amostra do nosso estudo são mulheres vítimas de violência/maus tratos conjugais (físicos, psicológicos e sexuais) que se encontravam, à altura, institucionalizadas em Casas de Abrigo para vítimas de violência doméstica.

Para a obtenção da amostra foram contactadas duas Casas de Abrigo do distrito do Porto e foram consideradas todas as utilizadoras¹⁰ que, à época, se encontravam acolhidas nestas Casas Abrigo. Trata-se, assim, de uma amostra não-probabilística, de tipo intencional, composta por 20 mulheres vítimas de violência doméstica/conjugal, com idades compreendidas entre os 23 e os 69 anos de idade (cf. Quadro 1).

A amostra intencional é um tipo de amostragem não probabilística que consiste em seleccionar um dado subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, o investigador considera possuir as características específicas do fenómeno/dimensões que pretende estudar – neste caso, um grupo de mulheres vítimas de maus tratos conjugais acolhida em Casas Abrigo. Por se tratar de participantes escolhidos intencionalmente por possuírem experiências e conhecimentos particularmente significativos sobre o fenómeno que se pretende estudar, e não em função do seu número ou da sua representatividade estatística, há autores que chamam a estes sujeitos da amostra “informadores” ou “peritos experienciais” (Bertaux, 1997; 2006; Kaufmann, 2006; Morse, 1998).

Quadro 1 – Idade

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Variância
Idade das utilizadoras		23	69	33,00	9,641	92,947
Total	20					

No que se refere ao estado civil (Quadro 2) deste grupo de 20 mulheres, 9 (45%) encontram-se casadas, 8 (40%) estão solteiras, 1 (5%) vivia em união de facto, 1 (5%) é divorciada e 1 (5%) é viúva.

¹⁰ Termo utilizado no regulamento interno das casas de abrigo para vítimas de violência doméstica.

Quadro 2 – Estado Civil

	Frequência	Percentagem	Percentagem Acumulada
Solteira	8	40,0	40,0
Casada	9	45,0	85,0
União de Facto	1	5,0	90,0
Divorciada	1	5,0	95,0
Viúva	1	5,0	100,0
Total	20	100,0	

No que se refere ao número de filhos (Quadro 3), 19 (95%) mulheres acolhidas referem terem filhos, sendo que, destas, 7 (35%), 5 (25%), 5 (25%) e 2 (10%) têm, respectivamente, 2, 3, 1 e 4 filhos.

Quadro 3 – Nº de Filhos

	Nº de Filhos	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
	1	5	25,0	26,3	26,3
	2	7	35,0	36,8	63,2
	3	5	25,0	26,3	89,5
	4	2	10,0	10,5	100,0
Total		19	95,0	100,0	
Ausência de respostas	99	1	5,0		
Total		20	100,0		

Relativamente às habilitações literárias, encontramos 7 (35%) mulheres com o nível de ensino primário e igual número com o segundo ciclo, 5 (25%) mulheres com o 9º ano e 1 (5%) com habilitações ao nível do 12º ano de escolaridade.

Quadro 4 – Habilitações Literárias

	Resposta	Percentagem	Percentagem Acumulada
Primeiro ciclo	7	35,0	35,0
Segundo ciclo	7	35,0	70,0
9º Ano	5	25,0	95,0
12º Ano	1	5,0	100,0
Total	20	100,0	

7. Apresentação e discussão dos resultados

Neste ponto irão ser apresentados, analisados e discutidos os resultados obtidos, conjugando a apresentação dos resultados dos Inventários de Avaliação Psicológica utilizados com a dos dados dos questionários.

A utilização de um questionário orientado para as percepções das vítimas permitiu abordar de uma forma subjectiva as vivências e perspectivas das utentes entrevistadas, não só quanto às relações abusivas e seu desenvolvimento, mas também quanto à percepção subjectiva de mudança e aos factores com ela relacionados, compreendidos entre o espaço do *self* e as relações interpessoais. Estas serão analisadas de forma integrada com os resultados mais objectivos dos instrumentos de avaliação psicológica aplicados às mesmas mulheres.

No que diz respeito aos resultados do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), os valores mais elevados da nossa amostra estão situados num conjunto de sintomas que se posicionam em três dimensões: a depressão, com um valor médio de 1,9085¹¹ e um valor máximo de 3,67; a ideação paranóide, com um valor médio de 1,8210 e um valor máximo de 3,20; e a dimensão obsessiva – compulsiva, com um valor médio de 1,6460 e um valor máximo de 3,00 (Quadro 5).

Desta forma, verifica-se que as mulheres da nossa amostra apresentam valores psicopatológicos em três dimensões muito significativas naquilo que poderão acarretar como implicações para o seu bem-estar e capacidade de gestão da vida diária, designadamente, a depressão e a ideação paranóide, o que vai de encontro ao que a literatura da área tem

¹¹ De acordo com os dados da autora, o valor do ponto de corte neste inventário é de 1 (Canavarro, 1999).

indicado. Verifica-se, aliás, como apresentado no Quadro 5, que, à excepção da escala da ansiedade fóbica, todos os resultados médios nas diferentes subescalas da BSI representam valores tidos como patológicos, o que revela bem a presença de perturbações psicológicas neste grupo de mulheres vítimas.

Quadro 5 – Resultados do Inventário de Avaliação Psicológica – B. S. I.

	Total	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Variância
Índice geral de sintomas BSI	20	,47	2,75	1,4670	,58511	,342
Somatização	20	,00	2,86	1,1540	,98930	,979
Depressão	20	,33	3,67	1,9085	,88663	,786
Hostilidade	20	,20	2,40	1,2200	,75922	,576
Ansiedade	20	,17	2,83	1,3670	,67957	,462
Ansiedade Fóbica	20	,00	3,20	,9550	,79238	,628
Psicocitismo	20	,20	3,00	1,4700	,65623	,431
Ideação Paranóide	20	,40	3,20	1,8210	,70813	,501
Obsessivo-Compulsivo	20	,17	3,00	1,6460	,86062	,741
Sensibilidade Interpessoal	20	,00	3,00	1,2555	,86181	,743
Total	20					

Procedendo a um outro tipo de análise dos dados, verifica-se que, ao nível da subescala da depressão, apenas 15% das respondentes não se enquadram em valores tidos como patológicos. Dentro da amostra o valor médio é de 1,91 sendo que 40% dos respondentes pontuam acima deste valor, o que leva a equacionar uma forte incidência de traços depressivos na amostra de mulheres vítimas em casas abrigo por nós estudada.

No que se refere à subescala da ideação paranóide, também apenas 15% das mulheres não apresentam valores consistentes com patologia. O grupo pontuou uma média de 1,8, sendo que 50% das respondentes pontua acima desse valor. O mesmo acontece na subescala obsessivo-compulsivo, com 80% dos valores obtidos a um nível já patológicos.

No que diz respeito aos resultados no Inventário de Avaliação Clínica da Depressão de Vaz Serra - IACLIDE (1994), constata-se que os valores médios de depressão encontrados nesta amostra são de 27,05¹², o que corresponde a uma depressão moderada, e encontrando-se um valor máximo de 74, que indicará em, pelo menos uma das vítimas da amostra, a presença de uma depressão grave, de acordo com os valores de referência apontados pelo autor (idem).

Nesta dimensão, 60% das inquiridas apresentam valores consistentes com sinais de depressão, sendo que, de entre estas, 35% (sete respondentes numa amostra de 20) se enquadram no nível da sintomatologia leve, enquanto 20% (quatro respondentes) apresenta sintomas de depressão moderada. Dez por cento revela sintomas de depressão grave (duas respondentes).

Ainda nos resultados das respostas a este Inventário, e de acordo com os dados apresentados no quadro 6, podemos verificar a especificidade das várias incapacidades que os sujeitos da amostra podem manifestar, associadas ao quadro depressivo. Deste modo, há a considerar, segundo Vaz Serra (1994), quatro tipos de incapacidades¹³: incapacidade para a vida geral, incapacidade para o trabalho, incapacidade para a vida social e incapacidade para a vida familiar.

Na nossa amostra foi possível verificar que os valores médios para as diferentes áreas não indicam uma incapacitação relevante das mulheres utilizadoras das Casas Abrigo, excepção feita ao valor médio obtido para a incapacidade para a vida social (2,18831) que indica uma incapacidade moderada para a vida social no conjunto das mulheres da amostra. Ainda a este nível, existem dois valores máximos de incapacidade, nomeadamente na incapacidade para a vida social (4,276) e na incapacidade para a vida em geral (3,210) que apontam para que, pelo menos uma das mulheres avaliadas, apresenta uma forte perturbação/afecção destas áreas da sua vida.

Com menor expressão, é possível verificar a existência de um valor médio de incapacidade ligeira para a vida familiar (1,31262), sendo o valor máximo encontrado para a mesma incapacidade de 2,353.

¹² Os dados de referência apresentados por Vaz Serra (1994) são: Depressão leve – entre 20 e 34; Depressão moderada – entre 35 e 52; Depressão grave ≥ 53

¹³ Vaz Serra (1994, p. 142) atribuiu valores entre 0 e 4 para definir o grau de incapacidade, sendo que esta varia de inexistência de incapacidade (0) a altamente incapacitante (4); os valores 2 e 3 são considerados moderadamente incapacitantes.

Quadro 6 – Resultados do Inventário de Avaliação Clínica da Depressão

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Variância
IACLIDE Geral – Depressão	20	6	74	27,05	17,015	289,524
Incapacidade para a Vida Geral	16	,202	3,210	,85419	,790623	,625
Incapacidade para o Trabalho	16	,281	2,033	1,05369	,532549	,284
Incapacidade para a Vida Social	16	1,232	4,276	2,18831	,893956	,799
Incapacidade para a Vida Familiar	16	,605	2,353	1,31262	,555181	,308
Total	16					

Passando agora à apresentação e discussão dos dados obtidos através do questionário, verifica-se que, relativamente às características da relação, foi possível constatar que a maior parte das mulheres conhece o marido/companheiro há mais de 9 anos, sendo que um número também relevante de mulheres entrevistadas mantém relacionamentos com o actual marido/companheiro de há 6 a 9 anos ou de há 1 a 3 anos.

No que diz respeito ao período de efectiva coabitação, encontramos dois valores percentuais com alguma relevância, nomeadamente, os relativos a relacionamentos com uma durabilidade de mais de nove anos (35%) e entre um e três anos (30%).

Para 55% das mulheres inquiridas, a relação anterior ao casamento/união de facto era “boa” (e.g., *“ele era muito bom para mim”*), e era percebida como “muito boa” por 30% da amostra. Já a caracterização da relação durante o casamento/união de facto foi descrita por quase todas as mulheres como “Muito Má” (50%) e “Má” (40%) (e.g., *“foram os piores momentos da minha vida, era uma relação muito má”*).

No que se prende com os episódios de agressão, 90% das mulheres refere recordar-se do seu início. Destas, 55% associam o primeiro episódio de violência ao período de gravidez - *“ele dizia que o filho não era dele e dava-me pontapés na barriga”*- enquanto 30% das inquiridas indicam que esse primeiro ataque violento terá ocorrido ainda durante a fase de namoro.

Ainda na dimensão das agressões, a violência física apresenta uma elevada expressão (50%) (e.g., *“ele dava-me com a vassoura e murros”*) quando o que está em jogo é a primeira agressão sofrida. Durante o casamento/união de facto a agressão física persiste (*“deu-me um pontapé”*; *“ele partiu-me o braço”*) e passa a estar associada também, com elevada incidência, à violência psicológica (40%). 25% das respostas obtidas refere-se à conjugação das várias vertentes da violência conjugal (física, psicológica e sexual).

A quase totalidade das mulheres da amostra percebeu a ocorrência de um fenómeno de escalada ao longo da relação, relatando a ocorrência de um aumento da frequência/intensidade da violência ao longo dos anos (85%). Em alguns destes processos de escalada, os “acontecimentos familiares” são indicados como as causas percebidas pelas vítimas para a sua ocorrência (25%), para 20% das inquiridas o aumento da violência conjugal está intimamente ligado ao consumo de álcool pelo agressor e 25% das mulheres não conseguiu identificar nenhuma causa ou motivo associado ao aumento da violência.

Foi possível verificar que 65% das mulheres inquiridas utilizava aquilo a que se pode chamar um estilo de coping passivo como resposta aos episódios de maus tratos: *“não reagia, pois em hipótese alguma eu podia fazê-lo, porque só piorava a minha situação. Mas ficava apavorada”*. Somente 30% das respostas eram do tipo coping activo (e.g., *“não me escondia, enfrentava-o”*).

Foi igualmente possível constatar que 75% das mulheres vítimas de maus tratos necessitou de recorrer a tratamento hospitalar, designadamente a hematomas ou contusões (25%), feridas sangrantes (25%) e agressões durante a gravidez (10%) (e.g., *“fui cozer a cabeça”*; *“por causa da gravidez”*; *“leveei pontos por trás da orelha, cortou-me com um pau”*).

No entanto, 65% destas mulheres referiu ter sido impedida de receber tratamento hospitalar pelos seus companheiros/agressores.

Relativamente à questão do companheiro/agressor acompanhar as vítimas ao hospital, essa situação registou-se em 30% dos casos, contrastando com os 45%, em que o mesmo não se verificou. As razões pelas quais o companheiro/agressor acompanhava a vítima ao hospital prendem-se, em 20% dos casos, com uma tentativa de evitar que a vítima relatasse o sucedido, segundo a percepção da própria.

Outro aspecto analisado através do questionário foi o recurso, pelas mulheres vítimas, a apoio psicológico e/ou psiquiátrico, o que se verificou em 45% das inquiridas. Igual percentagem de mulheres refere que nunca recorreu a este tipo de apoio.

Das mulheres que recorreram a apoio psicológico, 30% consideram tê-lo feito como forma de encontrar apoio e orientação *“para me aconselhar e me ajudar a tomar decisões”*. As vítimas que recorreram a apoio psiquiátrico relacionaram-no, em 15% dos casos, com ideação suicida ou comportamentos de auto-mutilação (e.g., *“cortei os pulsos”*), em 10% dos casos com tratamento para a depressão e, em 10% dos casos, em com a coação e violência psicológica exercida pelo companheiro agressor (e.g., *“ele dizia que eu estava maluca, e tive que ir ao psiquiatra”*).

No que se refere ao tratamento farmacológico, 70% das mulheres afirmou ter recorrido a este. Destas, 30% desconhece o tipo de fármaco prescrito e 10% refere ter tomado ansiolíticos e antidepressivos. Relativamente à duração do tratamento farmacológico, este é situado em durações inferiores a um mês ou de um a três meses. Trinta por cento da amostra efectuou tratamento durante um mês e 30% prolongou até um trimestre. Da mesma forma, 20% as mulheres que tiveram necessidade de recorrer a esse tipo de tratamento mantiveram-no durante um ano. Nos restantes 20%, a farmacoterapia prolongou-se para além dos 12 meses.

Relativamente a mudanças pessoais ocorridas durante a relação com o companheiro agressor, a quase totalidade das mulheres afirma que estas se registaram (95%). Para as mulheres da nossa amostra estas mudanças verificaram-se como consequência dos maus tratos em geral em 55% dos casos, como consequência dos maus tratos psicológicos em 25% dos casos e como consequência dos maus tratos físicos em 15%.

Quadro 7 – Percepção do Self anterior à relação

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Feliz ou alegre	12	60,0	63,2	63,2
Alegre e independente	1	5,0	5,3	68,4
Alegre e confiante	2	10,0	10,5	78,9
Extrovertida	3	15,0	15,8	94,7
Triste	1	5,0	5,3	100,0
Total	19	95,0	100,0	
Ausência de resposta	1	5,0		
Total	20	100,0		

Especificando o tipo de auto-percepção apresentada pelas mulheres vítimas da nossa amostra, é possível verificar que 60% destas mulheres se considerava feliz ou alegres antes do início da relação violenta (Quadro 7), sendo que apenas uma mulher (5%), respondeu que o seu estado emocional era de tristeza antes do relacionamento abusivo.

O Quadro 8 permite-nos verificar a percepção de mudança em função dos maus tratos nas mulheres da nossa amostra – assim, os dados indicam que 35% (7) destas mulheres descreve um estado actual de tristeza e infelicidade (e.g., *“agora sou uma pessoa triste e arrependida com a vida”*), enquanto outras se revelam incapazes de confiar nos outros, reservadas e tristes e com uma auto-imagem negativa (15% cada): *“antes confiava nas pessoas e agora só tenho desconfiança”*; *“agora sou infeliz e não gosto de mim e não gosto de viver”*.

Quadro 8 – Percepção do Self após a relação

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Triste ou infeliz	7	35,0	36,8	36,8
Triste e dependente	1	5,0	5,3	42,1
Triste e angustiada	1	5,0	5,3	47,4
Incapaz de confiar nos outros	3	15,0	15,8	63,2
Triste e arrependida	1	5,0	5,3	68,4
Reservada e triste	3	15,0	15,8	84,2
Triste e com auto imagem negativa	3	15,0	15,8	100,0
Total	19	95,0	100,0	
Ausência De Valores	1	5,0		
Total	20	100,0		

Estes dados, relativos ao self de cada uma destas mulheres e à percepção do impacto da relação abusiva na sua auto-imagem e no seu bem-estar, retratam bem a dimensão subjectiva dos maus tratos e do seu impacto afectivo-emocional. Na maior parte dos casos, estas apercebem-se como estando em pólos distintos: confiança e felicidade, antes do relacionamento abusivo, desconfiança e tristeza após a relação de violência.

8. Conclusões e implicações do estudo

Com esta investigação pretendia-se averiguar o impacto psicológico e psicopatológico da violência/maus tratos conjugais em mulheres vítimas acolhidas em casas de abrigo.

Através da análise dos resultados anteriormente referidos, verifica-se que, efectivamente, as mulheres vítimas de violência conjugal acolhidas em Casas de Abrigo por nós estudadas parecem manifestar alguma incidência de perturbações psicológicas de cariz psicopatológico, além de mudanças comportamentais, nomeadamente no campo dos afectos e da cognição.

Estas perturbações psicológicas situam-se sobretudo no domínio dos distúrbios psicoemocionais, como a depressão e a ansiedade, e com reflexos também ao nível do relacionamento interpessoal, designadamente aos níveis da sensibilidade interpessoal e da hipervigilância. Conjuntamente com estas, algumas perturbações ao nível cognitivo e do pensamento, como a ideação paranóide e o psicoticismo, poderão ser as responsáveis pelas dificuldades sentidas por muitas das vítimas na gestão do seu quotidiano e na gestão das relações interpessoais. Elas não serão difíceis de compreender, se concebidas como reactivas (e, nesse sentido, constituindo eventualmente respostas adaptativas) à situação abusiva em que estiveram envolvidas ao longo do tempo

As vítimas da nossa amostra evidenciam alterações significativas ao nível do estado de humor, revelando-se desconfiadas, incapazes de confiar nos outros, reservadas, tristes e com uma auto-imagem negativa, o que é consonante com o revelado na literatura (Matos, 2003; Manita, 2004). O impacto psicológico dominante repercutido nestas mulheres, com características compatíveis com quadros depressivos, é marcado também por uma incapacidade para a vida familiar, social e laboral, afectando a rotina diária de um modo geral, o que é consonante com o que vem sendo relatado na literatura da especialidade (Matos, 2000; Hanmer, 1996; Gilles-Sims, 1998).

É de realçar que a maioria das vítimas aponta os maus tratos como o principal factor desencadeante destas mudanças, sendo que 55% considera que decorrem de maus tratos em geral (sem especificação), enquanto 25% toma os maus tratos psicológicos como factor essencial nessa mudança, e 15% faz a mesma atribuição aos maus tratos físicos. Tendo em conta os sinais apreciados ao nível do humor disfórico, podemos interrogar se não existe um maior impacto dos maus tratos psicológicos ao longo do tempo.

Quando se questionam estas mulheres sobre o início do ciclo da violência, uma larga franja das respondentes assinala o período de namoro. Teria de se levantar, por isso, a questão, não só do impacto diferencial do tipo de agressão, mas também do momento em que ele é perpetrado.

A permanência em relações abusivas, descritas pela maioria como más ou muito más, será, muito provavelmente, um dos determinantes das alterações psicológicas reveladas por estas mulheres. Estas alterações são, de facto, percebidas e descritas pelas vítimas como uma consequência dos episódios de maus tratos a que foram sujeitas. A convivência diária com situações de violência conjugal e maus tratos, nas suas diferentes

vertentes (física, psicológica, sexual), é indubitavelmente a causa principal associada pelas próprias às modificações registadas.

Paralelamente aos dados mais objectivos dos inventários, também o discurso directo das mulheres indica o efeito negativo da violência e da relação abusiva, designadamente ao nível do self, dado que anteriormente se consideravam, de um modo geral, pessoas felizes, alegres, confiantes e extrovertidas e agora se consideram tristes e infelizes e desencantadas com a vida.

Para além do impacto negativo na auto-percepção, também o facto de a maioria (70%) da amostra ter tido necessidade de recorrer a apoio psicológico e/ou farmacológico revela o impacto negativo da violência conjugal sofrida. Destas, 20% fê-lo durante um período de um ano, enquanto uma percentagem idêntica, o prolongou para além dos 12 meses, subentendo-se desta forma a gravidade associada. Ressalva-se que não foram considerados fenómenos de aditividade e/ou de prescrição incorrecta.

É de realçar ainda que a maioria das vítimas tende a descrever competências de coping passivo na resolução dos incidentes violentos, tendendo para uma subjugação ao agressor e à escalada da violência. Considerando as manifestações de humor disfórico observadas nesta amostra, seria expectável este tipo de resolução. Clinicamente, os quadros depressivos são também caracterizados por estratégias de coping passivas, muitas vezes, potenciadoras desses mesmos quadros.

Poderemos, atendendo ao discurso subjectivo das mulheres entrevistadas, concluir, com Matos (2003) que “esta percepção negativa de si aparece associada a um discurso de cepticismo, fortemente reforçado pelas vozes externas (e.g. maltratante, família, meio social), marcado pela descrença face à possibilidade de resolução do problema.” (p. 103). Ou, ainda, que “as experiências de violência conjugal esbatem o sentido de autoria das mulheres e acabam, na sua grande maioria, por se traduzir em histórias repletas de discursos invalidantes, de capacidades omissas e de desqualificação (idem).

No seu conjunto, estes resultados demonstram o quão importante é o reforço das equipas técnicas, ao nível do apoio psicossocial, das casas de abrigo.

As vítimas, aquando da sua institucionalização neste tipo de infra-estrutura, apresentam-se desprovidas de qualquer suporte afectivo e emocional. Este aspecto deverá revestir-se de singular importância uma vez que, sem uma adequada estrutura mental, será muito difícil para estas mulheres reerguerem-se e reiniciarem a sua vida.

É neste sentido que o apoio psicológico e social prestado pelos técnicos destas instituições se reveste de um carácter absolutamente fundamental.

Considerações finais

Com a presente investigação esperamos ter contribuído de alguma forma para um aprofundamento do conhecimento sobre o impacto psicológico/psicopatológico da violência doméstica/conjugal nas mulheres vítimas. Na nossa amostra foram detectados diversos indicadores de psicopatologia, objectivos e subjectivos, para além de consequências comportamentais, relacionais, médicas e farmacológicas desse impacto.

Paralelamente, os dados apontam para a existência de uma relação entre a vivência de violência conjugal e a manifestação desses sintomas psicopatológicos, nomeadamente no que concerne ao plano psicoemocional e cognitivo, ao humor e às competências de relação interpessoal.

Não se trata de estabelecer, dada a natureza da nossa investigação, uma relação de causa-efeito entre a vitimação e as manifestações psicopatológicas, apenas de, num primeiro momento, de cariz meramente exploratório, assinalar uma associação entre os dois fenómenos, realçar algumas manifestações empíricas que poderão auxiliar na intervenção técnica com estas vítimas ao nível das casas de abrigo.

Estamos conscientes das limitações principais deste estudo (e das suas implicações na incapacidade de dar resposta à questão mais etiológica), designadamente do número reduzido da amostra e do facto de não termos tido possibilidade de aceder a dados de caracterização destas mulheres, prévios à relação abusiva.

Sugerimos, por isso, que em futuros estudos seja aplicada uma metodologia similar mas a uma amostra mais alargada de mulheres vítimas e de mulheres oriundas de diferentes zonas do país; que se encontrem estratégias metodológicas que permitam a obtenção de dados de caracterização psicológica em diferentes momentos da trajectória de vida das mulheres, quer pré quer pós-vitimação conjugal; e que sejam realizados estudos comparativos em amostras de mulheres vítimas acolhidas em casas abrigo e amostras de mulheres vítimas que não recorreram a casas de abrigo.

Bibliografia

Antunes, M. (2003). Violência e vítimas em contexto doméstico. In C. Machado & R. A. Gonçalves (Coords), *Violência e Vítimas de crimes, Vol I: Adultos*. Coimbra: Quarteto.

Baptista, I., Silva, A. P., Silva, M. J., & Neves, V. (2003). *Violência: trajetórias institucionais de reinserção*. Lisboa: Cesis.

Berrios, D.; Grady, D. (1991). Domestic Violence: Risk Factors and Outcomes. *The Western Journal of Medicine*, 155, 133 – 135.

Brownmiller, S. (1975). *Against our Will Men, Women and Rape*. United States of America: The Ballantine Publishing Group.

Burgess, R.; Draper, P. (1989). "The Explanation of Family Violence: The Role of Biological, Behavioral, and Cultural Selection." In *Crime and Justice: An Annual Review of Research*. Vol. 11. Ed. Michael Tonry and Norval Morris. 59-116. Chicago: University of Chicago Press.

Canavarro, M. (1992). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I. In C. Mário R. Simões, Miguel M. Gonçalves & Leandro S. Almeida (Eds.). (1999). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*. Vol. 2. Braga: APPORT/SHO.

Dias, I. (2004). *Violência na Família. Uma abordagem sociológica*. Porto: Edições Afrontamento.

Fonseca, A. (1997). *Psiquiatria e Psicopatologia*. 2ª edição. I Volume. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Gelles, R.; Straus, M. (1979). «Determinants of violence in the family: toward a theoretical integration». In C. Wesley, B. et al. *Contemporary Theories about the Family*. New York: The Free Press, 549 – 581.

Gelles, R. (1987). *Family Violence*. Newbury Park. California : Sage Publications.

Gelles, R. (1994). «Family violence, abuse, and neglect». In C. Patrick. M.; Sharon, P.(eds.). Families and Change – Coping with Stressful Events. Thousand Oaks. California: Sage Publications.

Gelles, R. (1995). Contemporary Families – A Sociological View. Thousand Oaks. California: Sage Publications.

Gelles, R. (1997). Intimate Violence in Families. Thousand Oaks. California: Sage publications.

Gonçalves, O. (1999). Introdução à Psicoterapia Comportamental. Coimbra: Quarteto.

Gonçalves, R.; Machado, C. (2003) Vitimologia e criminologia . In C. Machado & R. A. Gonçalves (Coords), *Violência e Vítimas de crimes, Vol I: Adultos*. Coimbra: Quarteto.

Hamberger, K.; Munroe, A. (2004). Parceiros Violentos. In C. Frank, M & Dattilio.; Freeman, A. (eds.). 2º edição. Estratégias Cognitivo – Comportamentais de Intervenção em Situação de Crise. Porto Alegre Brasil: Editora Artmed.

Heise, L.; Ellsberg, M. (2005). Researching Violence Against Women: A Practical Guide For Researchers and Activists. United States of America: WHO Library.

Hotaling GT, Sugarman DB. An analysis of risk markers in husband to wife violence: the current state of knowledge. Violence and Victims 1986;1(2):101–24

Jasinski, J. (2001). Theoretical Explanations for Violence Against Women. In C. Renzetti, C.; Edleson, J.; Bergen, R. (eds.). Sourcebook on VIOLENCE AGAINST WOMEN. United States of America: Sage Publications.

Lagerback, B. (1995). Vítimas de crime e suas reacções. Porto: A.P.A.V.

LaViolette, A. D. & Barnett, O. W. (2000). It could happen to anyone: why battered women stay (2nd ed). Thousand Oaks: Sage.

Lisboa, M., Barroso, Z., & Marteleira, J. (2003). *O contexto social da violência contra as mulheres detectada nos Institutos de Medicina legal*. Lisboa: CIDM.

Logar, R. (1999). The Work of Wome's Shelter Network in Austria. *Autonomus Austrian Women's Shelter Network*: Vienna.

Lourenço, N.; Lisboa, M. (1992). Representações da Violência. Centro de Estudos Judiciários – Gabinete de Estudos Judiciários e Sociais, p. 139.

Manita, C. (2004). Estudo Tripartido sobre Violência Domestica. Porto: CIDM/FPCEUP.

Manita, C. (2005). Uma outra via para a não violência: a intervenção psicológica em agressores. *Polícia e justiça*, III, Número Especial Temático "Família, Violência e Crime", 169-187.

Matos, M. & Carla, M. (1999). Violência Conjugal e o Modelo de Intervenção em Crise. Teoria, investigação e Prática, Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Universidade do Minho, 2, 373 – 388.

Matos, M. (2002) Violência conjugal. In C. Machado & R. A. Gonçalves (Coords), *Violência e Vítimas de crimes, Vol I: Adultos*. Coimbra: Quarteto.

Matos, M. (2003) Violência conjugal. In C. Machado & R. A. Gonçalves (Coords), *Violência e Vítimas de crimes, Vol I: Adultos*. Coimbra: Quarteto.

Monteiro, F. (2000). Mulheres Agredidas pelos Maridos: de vítimas a sobreviventes. Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres. Lisboa: Gráfica 2000.

Pagelow, M. (1984). *Family Violence*. New York: Praeger Publishers.

Peixoto, A. (2002). Vozes de mulheres que passaram pela experiência de acolhimento numa casa abrigo. Relatório de estágio não publicado. Braga: Universidade do Minho.

Presidência do Conselho de Ministros (2001). I Plano Nacional contra a Violência Doméstica. Gabinete da Alta Comissaria para as questões da Igualdade e da Família.

Presidência do Conselho de Ministros (2003). II Plano Nacional contra a Violência Doméstica. Gabinete da Alta Comissaria para as questões da Igualdade e da Família.

Presidência do Conselho de Ministros (2006). III Plano Nacional contra a Violência Doméstica. Gabinete da Alta Comissaria para as questões da Igualdade e da Família.

Ribeiro, J. (2007). Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. Porto: Livpsic – Psicologia.

Serra, A. (1994). Inventário de Avaliação Clínica da Depressão. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.. :

Stark, E. & Flitcraft, A. (1996). *Women at risk. Domestic violence and women's health*. London: Sage.

Straus, M. A., Gelles R. J., & Steinmetz, S. K. (1980). *Behind closed doors: Violence in the American family*. Garden City, NY: Doubleday

Straus, A. (1991). New theory and old canards about family violence research . Social Problems, 38, 180 – 197.

Sullivan, C. & Gillum, T. (2002). Shelters and other community-based services for battered women and their children In. Rezzentti, C. & Edleson, J. & Bergen, R. (Eds), Sourcebook on Violence against women. California: Sage.

Valiente, C. (1999). But where are the men? *Central-State Public Policies to Combat Violence Against Women in Post-Authoritarian Spain (1975-1999)*. Madrid: University Carlos III.

Walker, L. E. A. (1984). The battered women syndrome. New York: Springer.

Walker, E. (1993). «The Battered woman syndrome is a psychological consequence of abuse». In C. Richard, G.; Donileen, L. (eds.). Current Controversies on Family Violence. Newbury Park. California: Sage Publications.

www.apav.pt/portal/

www.campos_leg.html

www.cig.gov.pt/

www.members.thipod.com/~Dawn_1/MCBW/advprog.htm#visit

www.mj.gov.br/acs/releases/

www.netionalpost.com/news.asp

[www. Nzeland/Shelter_battered/WO.html](http://www.Nzeland/Shelter_battered/WO.html)

www.Krisecenter/englesk_info

www.portugal.gov.pt/Portal/PT

www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MAI/Comunicacao/Outros_Documentos/20090326_MAI_Doc_RASI.htm

www.stakes.fi/vakialta/sivut

Anexo 1

Guião de entrevista semi-estruturada

QUESTIONÁRIO¹⁴

Este questionário foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Medicina Legal do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos e científicos.

O questionário é anónimo e confidencial, por isso, não deve colocar a sua identificação em nenhuma das folhas.

Não existem respostas certas nem erradas. Pedimos-lhe que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões.

Obrigado pela sua colaboração!

Grupo I

1. Idade: _____

2. Estado Civil:

☐	Solteira
☐	Casada
☐	União de Facto
☐	Divorciada
☐	Viúva

3. Tem Filhos?

☐ Sim	☐ Não
------------------------------	------------------------------

Quantos? _____

¹⁴ Versão para investigação (©C. Manita & J. Pinto, 2008).

4. Habilitações:

	1º Ciclo (4ª classe)
	2º Ciclo (6º ano)
	9º ano
	12º ano
	Bacharelato
	Licenciatura
	Mestrado
	Outra. Qual? _____

5. Há quantos anos conhece o seu actual/último marido/companheiro? _____

5.1. Quantos anos viveram juntos? _____

6. Como descreveria a vossa relação antes do casamento/união de facto?

7. Como descreveria a vossa relação durante o casamento/união de facto?

8. Lembra-se de quando começaram as agressões? Se se recordar, indique quando ocorreu o primeiro episódio de violência e o que aconteceu nessa 1ª vez?

9. Que tipo de agressões sofreu durante o casamento/união de facto?

9.1. Notou algum aumento na frequência ou na gravidade dos actos violentos que o seu marido exercia sobre si? Se sim, descreva-o, por favor.

10. Como reagia aos episódios de violência?

11. Alguma vez necessitou de recorrer ao médico/hospital? Se sim, para que tipo de tratamento?

11.1. O seu marido/companheiro alguma vez a impediu de receber assistência médica?

11.2. Quando ia ao médico/hospital por causa das agressões dele, ele acompanhava-a? Porque acha que ele o fazia?

12. Alguma vez necessitou de recorrer ao psicólogo? Se sim, porque o procurou?

13. Alguma vez necessitou de recorrer ao psiquiatra? Se sim, porque o procurou?

14. Já alguma vez tomou medicação “para os nervos” (por ex. comprimidos para dormir, para a ansiedade)? Se sim, com que frequência e durante quanto tempo?

14.1. Recordar-se do nome do(s) medicamento(s)? _____

15. Acha que ao longo do casamento/união se tornou uma pessoa diferente?

Se sim, tente explicar as principais diferenças que existem entre a mulher que era quando casou e aquela que é agora. O que acha que provocou essas mudanças?

Obrigado pela sua colaboração!