

**Maribel Santos Fernandes**

**Os Enfermeiros e as mulheres vitimas de violência conjugal**

Universidade do Porto  
Faculdade de Medicina  
**Mestrado Saúde Publica**

Porto  
2007

## **Resumo**

A violência conjugal é um fenómeno extremamente complexo, que perpassa as classes sociais, os grupos étnicos-raciais e as diferentes culturas. As mulheres em situações de violência procuram frequentemente atendimento nos serviços de saúde por agravos à saúde física, à saúde reprodutiva e à saúde mental relacionados directa ou indirectamente com a violência. Entretanto, os profissionais de saúde têm sérias dificuldades para identificar esse fenómeno, inclusive quando as mulheres apresentam severos danos na sua saúde.

Considerando a importância da participação activa dos serviços de saúde, esta pesquisa visa descrever as barreiras contextuais e individuais que afectam os enfermeiros perante as vítimas de violência conjugal, e explorar as relações existentes entre essas barreiras e o facto de por parte dos enfermeiros não se questionar sobre este tipo específico de violência.

A questão básica a que a pesquisa procura responder é: “existe uma relação entre o não questionar por parte dos enfermeiros sobre violência conjugal e as barreiras contextuais e individuais que o afectam?”, predizendo, para tal, que: “a falta de tempo e de privacidade, a inadequação dos Centros de Saúde para seguir os casos individuais de violência e a falta de recursos da comunidade levam ao não questionamento por parte dos enfermeiros às vítimas de violência conjugal” e que “os enfermeiros sem formação na área da violência conjugal e consequentemente com poucos conhecimentos em relação à problemática tendem a não questionar as vítimas acerca da violência de que possam ser, ou ter sido, alvo.”

Realizou-se um estudo descritivo, quantitativo e transversal sobre “que barreiras contextuais e individuais afectam os profissionais de Enfermagem, perante as vítimas de violência conjugal e se essas barreiras tem relação directa sobre o não questionar por parte destes profissionais sobre este tipo específico de violência, numa amostra de 120 profissionais de Enfermagem dos centros de saúde do concelho de Gondomar - Centro de Saúde de Rio Tinto e São Pedro da Cova e Centro de Saúde de Gondomar e Foz de Sousa.

Os resultados obtidos revelam que existe uma rede complexa de considerações profissionais, culturais e institucionais que afectam a capacidade e vontade dos enfermeiros enfrentarem a violência conjugal.

Eis alguns dos aspectos que mais sobressaem :

- os Enfermeiros não questionam directa ou indirectamente as utentes sobre a violência de que possam ser, ou ter sido vítimas;
- os Enfermeiros reconhecem que têm obrigações legais relativamente às vítimas de violência conjugal;
- os Enfermeiros consideram barreiras ao questionamento efectivo, as limitações de tempo, a falta de espaços privados, a falta de recursos da comunidade para onde remeter as vítimas, e a adequação do sistema existente no centro de saúde.

Palavras chave: violência conjugal; serviços de saúde e violência conjugal; questionamento e violência conjugal.

## **Abstract**

The conjugal violence is an extremely complex phenomenon that goes through all the social classes, ethnic, racial groups and different cultures.

Women in violence situations look for health care at social health services as their physical, reproductive and mental health are threatened direct and indirectly through violence.

Meanwhile, health professionals have real difficulties in identifying this phenomenon inclusive when these women have real severe damage to their health.

As the active participation of health services is very important, this research goes through the contextual and individual barriers that affect nurses who deal with conjugal violence victims and explore the relationship between these barriers and the fact that they don't ask any questions about this specific kind of violence.

## Sumário

Resumo

Abstract

I - Introdução .....	10
1. Violência conjugal .....	13
1.1. Família: espaço de afectos <i>versus</i> espaço de violência .....	13
1.2. Modelos de abordagem à etiologia dos maus tratos conjugais .....	17
2. Saúde e violência conjugal .....	22
2.1. Violência conjugal: uma questão de saúde pública.....	22
2.1.1. Consequências físicas da violência conjugal .....	24
2.1.2. Consequências para a saúde reprodutiva e sexual da mulher .....	25
2.1.3. Consequências para a saúde mental da mulher .....	26
2.1.4. Custos sociais da violência conjugal .....	27
3. Violência conjugal e profissionais de saúde.....	30
3.1. O papel dos enfermeiros face à violência conjugal.....	30
4. Barreiras para a detecção da violência conjugal nos serviços de saúde.....	34
II – Participantes e Métodos .....	42
1. Tipo de Estudo .....	42
2. Análise Estatística.....	44
3. Aspectos Éticos.....	46
III - Resultados .....	47
1. Apresentação e leitura dos resultados .....	47
1.1. Caracterização da amostra .....	47
1.2. Caracterização dos serviços prestados.....	49
1.3. Caracterização dos recursos de centro de saúde .....	51

1.4. Caracterização dos conhecimentos sobre a problemática.....	52
1.5. Caracterização da formação profissional acerca da violência conjugal .....	53
1.6. Relação entre questionamento das utentes sobre violência conjugal e as barreiras ao questionamento efectivo.....	55
IV - Discussão .....	65
V - Conclusão.....	69
Bibliografia.....	72
Anexos .....	87
Anexo 1 – Questionário	

## **Índice de figuras**

Figura 1 – Repercussões na saúde associada à violência conjugal.....	23
--	----

## **Índice de gráficos**

Gráfico 1 – Questionamento das utentes sobre violência conjugal .....	49
Gráfico 2 – Tópicos em que gostaria de receber mais formação .....	54



## Índice de Quadros

Quadro 1 – Variáveis em estudo.....	42
Quadro 2 – Características sociodemográficas.....	48
Quadro 3 – Barreiras ao questionamento .....	50
Quadro 4 – Atitudes dos profissionais de saúde perante as vítimas de violência conjugal	51
Quadro 5 – Existência de lista ou directório .....	51
Quadro 6 – Adequação do sistema existente no Centro de Saúde.....	52
Quadro 7 – Conhecimentos relativos à violência conjugal.....	52
Quadro 8 – Conhecimento da existência de obrigações legais por parte dos profissionais de saúde.....	53
Quadro 9 – Formação sobre violência conjugal.....	53
Quadro 10 – Participação em sessões de formação.....	54
Quadro 11 – Questionamento sobre violência conjugal e limitações de tempo.....	55
Quadro 12 – Questionamento sobre violência conjugal e falta de espaço.....	57
Quadro 13 – Questionamento sobre violência conjugal e recursos na comunidade .....	59
Quadro 14 – Questionamento sobre violência conjugal e participação em sessões de formação.....	61
Quadro 15 – Questionamento sobre violência conjugal e adequação do sistema .....	63

## **Índice de Siglas**

AMA - American Medical Association

APA - American Psychiatric Association

ARS-Norte – Administração Regional da Saúde - Norte

BV- Baixo Ventre

CIDM - Comissão para a igualdade e para os direitos da mulher

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

EUA - Estados Unidos da América

HIV - Human Immunodeficiency Vírus

ITU - Infecções do trato Urinário

n - Frequência Absoluta

ONG's - Organizações não governamentais

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

RN - Recém Nascido

SPSS - Statistical Package for the Social Science

V - V de Cramer

WC - “Casa de Banho”

WHO -World Health Organisation

% - Percentagem

R – Ró de Spearman

$\rho$  -Nível de Significância

## I – Introdução

A violência conjugal é um grave problema de saúde pública do qual resultam ferimentos e outras consequências de curto e longo prazo, incluindo distúrbios mentais e complicações na gravidez (Ramsay et al, 2006). Actualmente é inegável o lugar que a violência conjugal ocupa tanto no discurso científico e dos *media*, como no discurso político. Com a sua identificação entre os anos 1960 e 1970 e, em Portugal, a partir da década de oitenta, a violência conjugal transformou-se em objecto de investigação científicas e de medidas de política social.

A resposta dos serviços de saúde a esta problemática é uma prioridade internacional (WHO, 1998). Em Inglaterra o Departamento de Saúde recomenda, actualmente, que os profissionais de saúde devem considerar o questionamento de rotina de algumas ou de todas as pacientes sobre violência conjugal (Hägglon et al, 2005). Esta é uma recomendação essencial para o questionamento efectivo das vítimas de violência conjugal nos serviços de saúde e vai de encontro a algumas recomendações de longa data de reconhecidas organizações Norte Americanas.

Nestas recomendações, para responsabilizar os profissionais de saúde para o questionamento, está implícita a assunção de que este aumentará a identificação das mulheres vitimas de violência, levará a intervenções apropriadas e por fim diminuirá a exposição a maus tratos e consequentemente diminuirá as suas consequências de saúde físicas e psicológicas.

O presente estudo tem como área temática a violência conjugal e saúde. Especificamente, procura aprofundar a relação entre a violência conjugal e a actuação do sector da saúde diante deste problema.

A violência conjugal “é um fenómeno extremamente complexo, com raízes profundas nas relações de poder baseadas no género, na sexualidade, na auto-identidade e nas instituições sociais” (Heise et al., 1994, p. 41).

É uma realidade que perpassa todas as classes sociais, os grupos étnicos-raciais e as diferentes culturas. Nesse sentido, trata-se de um fenómeno democraticamente distribuído, ao contrário, do que acontece, por exemplo, com a distribuição da riqueza.

Apesar disso, existem sérias dificuldades para se conhecer a real magnitude do problema, principalmente, porque é considerado uma questão do mundo privado e individual. Dessa forma, a violência conjugal “naturaliza-se” e banaliza-se pela tradição social marcada pelas relações hierárquicas de género.

O fenómeno expressa-se no quotidiano de um grande número de famílias e as consequências traduzem-se em agravos à saúde física, à saúde reprodutiva e à saúde mental das mulheres e, não em poucos casos, são fatais (Soares et al., 1996; Saffioti et al., 1995; Saffioti, 1994; Moreira et al., 1992).

Os serviços de saúde frequentemente confrontam-se com esta realidade, quando as mulheres os procuram, por problemas de saúde relacionados directa ou indirectamente com a violência. Entretanto, diversas pesquisas assinalaram que os profissionais de saúde têm sérias dificuldades para identificar a violência conjugal, inclusive em situações onde as mulheres apresentam graves danos à sua saúde. Por outro lado, mesmo quando os profissionais de saúde suspeitam de violência, na sua ampla maioria, os casos não são confirmados ( Sugg et al, 1992; Moore et al, 1997; Shung et al, 1996).

Tem sido reconhecida a necessidade de melhorar, em diferentes níveis, a resposta dos serviços de saúde diante da violência conjugal, uma vez que o sector da saúde se constitui um espaço privilegiado para o desenvolvimento de acções que procurem identificar, tratar e prevenir esse fenómeno (Heise et al., 1994).

O presente trabalho analisa as barreiras contextuais e individuais relativas à violência conjugal e a forma como essas barreiras influenciam o questionamento por parte dos enfermeiros, diante desse tipo específico de violência.

Assim, o objectivo geral foi descrever as barreiras contextuais e individuais que afectam os enfermeiros perante as vítimas de violência conjugal e explorar as relações existentes entre essas barreiras e o não questionamento por parte dos enfermeiros sobre este tipo específico de violência.

As hipóteses surgem frequentemente de um quadro teórico, isto é, elas constituem uma forma de estabelecer ligação entre a teoria e as situações do mundo real.

Assim, formulamos as seguintes hipóteses:

- a) A falta de tempo e de privacidade, a inadequação dos Centro de Saúde para seguir os casos individuais de violência e a falta de recursos da comunidade levam ao não questionamento por parte dos enfermeiros às vítimas de violência conjugal
- b) Os enfermeiros sem formação na área da violência conjugal e, conseqüentemente, com poucos conhecimentos em relação à problemática tendem a não questionar as vítimas acerca da violência de que possam ser, ou ter sido, alvo.

## **1. Violência conjugal**

### **1.1. Família: espaço de afecto *versus* espaço de violência**

Qualquer reflexão, sobre a violência conjugal, não dispensa um olhar, sobre a consideração da violência em geral, para aí reter, como informação que interessa ao pensamento sobre a violência conjugal nos nossos dias, a consciência do seu sentido dinâmico, e a percepção dos motivos que a determinam (Dias, 2004).

Assim, e partindo do conceito geral, é muito difícil definir com precisão o que é a “violência”, uma vez que não existe uma definição universal da palavra. Os seus significados variam em função de um complexo processo de construção determinado socialmente, sendo a violência vista como um transgressão aos sistemas de normas e valores definidos em determinado momento social (Lourenço et al, 1997), tendo, pois, uma natureza socialmente construída. Daqui se compreende que, apesar de actualmente vivermos numa época em que se verifica uma intolerância face aos comportamentos violentos, tenham havido tempos em que a violência era algo natural, estando profundamente inscrita no tecido social (Lipoyetsky, 2000).

De facto, no que se refere à violência conjugal, tempos houve em que imperava o modelo tradicional da família, onde existiam fortes mecanismos de regulação social (poder marital, hierarquização, determinação das regras pelo exterior), que asseguravam ao chefe da família a obediência e a subalternidade dos seus membros. Deste modo, o conflito e a violência, longe de serem reconhecidos como um problema social, constituíam práticas necessárias ao exercício da autoridade masculina e à exigência de estabilidade e permanência das relações e do património (Pais, 1996). A família tradicional veiculava, então, uma imagem de estabilidade e continuidade, independentemente de esta ser conseguida através da opressão exercida sobre os seus membros mais dependentes (Dias, 2004).

Com a passagem da família tradicional para a família moderna, processo altamente incrementado pela industrialização, surgiram muitas transformações sociais. Os papéis

sexuais, até então rigorosamente definidos e diferenciados, cabendo à mulher o espaço doméstico e ao homem o laboral, sofreram alterações profundas, surgindo a divisão do trabalho familiar associada a novas formas de separação das tarefas laborais e domésticas e a uma nova divisão do trabalho e das relações entre os sexos. Passa-se, então, a valorizar o amor romântico, enfatizando o autodesenvolvimento, a felicidade e a liberdade pessoal, em detrimento da propriedade e da linhagem que durante muito tempo definiram as estratégias matrimoniais (Pais, 1996).

Passamos então de um contexto sociocultural em que a violência familiar era um dado adquirido e incontestável, para outro, em que, a violência familiar se torna um acto inadequado e impensável, na medida em que, a família moderna, passou a ser considerada como um espaço privado, caloroso, íntimo e compensador dos desgastes e das frustrações experimentadas no exterior (Dias, 2004). No entanto, a realidade mostra que muitas famílias, cuja base de constituição foi o amor romântico, acabam por se envolver em inúmeros conflitos e abuso de poder, tornando-se o lar uma espécie de “arena de violência” (Pagelow, 1994).

A família torna-se assim um espaço, de dois espaços, um lugar paradoxal. Cada vez mais se admite que o lar constitui um lugar perigoso, sendo até considerada, por alguns autores (Giddens, 1994), como “o sítio mais perigoso da sociedade actual”, uma vez que, “uma pessoa (...) corre muito mais o risco de sofrer um abuso físico em casa do que na rua à noite”. Todavia, esta ideia de família como espaço de dualidade e contradições afectivas não foi, desde logo, reconhecida, imperando, durante décadas, a privacidade daquilo que deveria permanecer “dentro de portas” (Matos et al, 1999). Isto, de acordo com Bonger (1997), pode dever-se à terminologia da violência como “doméstica”, o que leva a uma tendência para acreditar que se trata de um “problema de família” e não de um crime sério.

A violência conjugal começou a ganhar alguma visibilidade após a importância social que lhe foi atribuída pelos movimentos feministas dos anos 70, que veio chamar a atenção para a violência praticada sobre as mulheres enquanto componente problemática do comportamento familiar dos nossos tempos. O largo espectro de vitimação da mulher, a sua condição na família e na sociedade começaram a ser questões discutidas por grupos de mulheres que, como que acidentalmente, descobriram que tinham em comum, entre outros problemas, a

violência de que era alvo nas suas próprias famílias (Strauss et al, 1988). Assim, os conflitos domésticos foram sendo gradualmente expostos à opinião pública, alcançando-se, nos anos 80, o reconhecimento social da violência conjugal na família como um dos maiores riscos para a saúde pública (Doerner et al, 1995). Aliás, o crescimento da própria investigação na área pode ser entendido como uma resposta à percepção pública deste como um problema complexo e extenso, quer na sua dimensão, quer nas suas implicações (Matos et al, 1999).

Para uma maior visibilidade do fenómeno foram determinantes vários factores: as mudanças na lei, a redefinição da posição e do papel das mulheres na família e na sociedade, a sua nova interacção social, a sua maior consciência de direitos, o seu exercício de cidadania” (Matos et al, 1999).

Embora a investigação sobre a violência conjugal tenha tido o seu início apenas nos anos 70, cerca de trinta anos de investigação decorridos sobre as agressões conjugais trouxeram avanços significativos na compreensão do problema (Matos et al, 1999). No entanto, ainda não existe uma definição uniforme de violência conjugal, existem sim, tantas definições quanto os autores que estudam esta problemática (Casimiro, 2000).

Straus et al, (1988), definem violência como “um acto cometido com a intenção, ou assim entendido, de causar dor física ou ferimentos a outra pessoa”. Outros autores como Walker (1994), consideram que os maus tratos são um padrão de controlo coercivo, envolvendo o exercício do poder e domínio, num relacionamento íntimo. Estes comportamentos de violência podem ocorrer em episódios esporádicos ou crónicos, durante um certo período de tempo ou durante várias décadas.

Dada a extraordinária diversidade de definições, considera-se que a definição apresentada pela CIDM (2002, p.5) é suficientemente abrangente:

“a violência conjugal manifesta-se por uma diversidade de comportamentos abusivos, incluindo maus-tratos a diversos níveis (físico, psicológico e sexual), utilizados sempre por um abusador sobre a vítima num contexto de intimidade, com o intuito de controlar a vítima a até mesmo de exercer poder”.



Assim, a violência conjugal pode envolver, por um lado, o uso intencional de força ou intimidação contra a mulher, coagindo-a na sua acção ou causando-lhe dano físico e, por outro lado, um leque de agressões não físicas, mas igualmente violentas, designadamente a violência emocional ou psicológica que pode assumir consequências mais profundas do que a vitimação física por si só (Gelles, 1997). Inerente às definições de violência e maus-tratos estão ainda as noções de frequência e severidade que, conjuntamente com a noção de intencionalidade, têm sido objecto de merecida análise, na medida em que são fundamentais para perceber a forma e o tipo de abuso (Costa et al, 2000).

Consumados isoladamente ou em associação, os maus-tratos à mulher ocorrem, habitualmente, no contexto de uma vitimação múltipla (Matos et al, 1999), e podem incluir violência física (empurrões, puxões, espancamentos, queimaduras, estrangulamentos, pontapés, assassínio), emocional (controlo de todas as partes da vida quotidiana, ameaças de morte, sua ou dos filhos, isolamento e controlo de contacto com o mundo exterior, insultos e ameaças, crítica constante, privação do sono) e sexual (degradação sexual, violação, práticas sexuais forçadas indesejada (CIDM, 2002).

É de salientar ainda que a violência conjugal tende a ocorrer num ciclo previsível de três estádios descritos por Walker (1994) através da *Teoria Cíclica da Violência*. Segundo este modelo, a violência inicia-se com a fase da tensão, onde a vítima tenta apaziguar e racionalizar o agressor, sendo este o momento de maus-tratos verbais e de atribuições de culpa, havendo um aumento da tensão e da raiva. Segue-se a fase do ataque violento, que é caracterizada por um comportamento abusivo manifesto em diversas formas: e.g. coacção, ameaças verbais, maus-tratos físicos, violência sexual. Posteriormente, surge a fase do apaziguamento (Lua de mel), caracterizada pela reconciliação, em que o agressor racionaliza e justifica o que aconteceu através das circunstâncias externas e promete que aquela situação não voltará a acontecer. Esta fase é uma estratégia que o homem utiliza para manter a mulher no “Ciclo da Violência”, ou seja, para continuar a exercer controlo sobre a vítima.

É notório que a violência e a manipulação psicológica tendem a crescer em termos de intensidade, frequência e perigosidade. Contudo, durante as três fases estão implícitos sentimentos constantes na vítima, tais como esperança, medo e amor. Este último justifica, muitas das vezes, o regresso da vítima a casa. O *Ciclo de Violência Conjugal* dificulta muito

as tomadas de decisão da mulher vítima, pois esta vive fases muito dramáticas (a tensão e o ataque violento), mas que terminam numa fase considerada gratificante (o apaziguamento).

## **1.2. Modelos teóricos de abordagem à etiologia dos maus-tratos conjugais**

À medida que a violência conjugal se foi transformando em objecto de diligências científicas, várias conceptualizações foram emergindo. Apesar disso, dificilmente se consegue produzir uma explicação consensual sobre as suas causas. Assim, pelos motivos envolvidos (psicológicos, sociais, culturais), e porque os maus-tratos à mulher são um problema multicontextual (Campbell e tal, 1995), exploraremos vários níveis de compreensão do problema.

### **a) Perspectivas intra-individuais**

Desde a década de sessenta, quando o mau trato foi considerado um problema, verificou-se um grande interesse em identificar características dos maridos que maltratavam as mulheres. No entanto, os resultados da investigação não são conclusivos na definição de um perfil psicológico do agressor, distinto dos seus pares.

As teorias intra-individuais focalizam a sua atenção nas características individuais do maltratante (Gondolf et al, 1990; Hydén, 1995) ou, ainda que menos extensamente, na personalidade da vítima (Hydén, 1995). Os defensores deste tipo de argumentação tentam, alcançar uma compreensão das acções do ofensor, centrando-se no que poderá levar alguns homens a bater nas suas esposas e, por outro lado, procuram identificar os traços psicológicos das mulheres que suportam os maus tratos. Normalmente, essas explicações são referenciadas como abordagens psicopatológicas, uma vez que equacionam uma variedade de questões individuais específicas como causando comportamentos “anormais”. Refira-se, aliás, que as primeiras teorias sobre a violência conjugal assentavam, frequentemente, em opiniões generalizadas de que o ofensor era doente ou perturbado. Nessa concepção, estava implícita a crença de que a violência conjugal seria um assunto privado, a não ser discutido fora de casa, bem como um incidente provocado pela anormalidade do perpetrador.

No entanto, a associação entre perturbações psiquiátricas e o abuso conjugal não tem sido documentada com sucesso (Edleson et al, 1991). Assim, percebendo que esta associação causa-efeito não explicava o fenómeno, e que muitos outros factores contribuíam para o seu desenvolvimento, foi reconhecida a necessidade de compreender a violência conjugal na confluência de um conjunto de variáveis: história de vida, depressão, características da personalidade (baixa auto-estima, rigidez, imaturidade, dependência, neuroticismo), défices de competência (auto-controlo da agressividade, disciplina, resolução de problemas), consumo excessivo de álcool e drogas, pobreza, stress e contexto cultural (Olds et al., 1995).

Relativamente ao álcool, embora a literatura refira que o grupo dos maltratantes bebe mais do que os não-maltratantes (Barnett et al, 1993) e que o álcool está associado à maioria dos incidentes de maus tratos, uma grande maioria deles fá-lo também quando está sóbrio ou após ingestão apenas moderada (Barnett et al, 1993). Desta forma, e a partir dos dados apresentados, qualquer concepção extremada da relação álcool-violência afigura-se-nos como demasiado linear, não havendo uma ligação simples entre o uso desta substância e a violência conjugal.

As formulações da aprendizagem social, bem documentadas, sobre a associação entre ter sido vítima de abuso em criança e ser agressivo na vida adulta, continuam a ser um poderoso modelo para a etiologia da agressão. Segundo este modelo, a violência é percebida num contínuo que se desenvolve desde as experiências de aprendizagem na infância, através da interacção com outros significativos. Assim, no que diz respeito à influência da história de vida dos abusadores, vários estudos constataram uma relação entre o facto de terem sido vítimas de maus-tratos e de, enquanto adultos, serem abusadores (Romans et al., 1997).

Enquanto algumas investigações suportam estas premissas (Aldarondo, 1996), outras revelam que a maior parte das mulheres agredidas não são originárias de famílias violentas e que a maior parte dos homens violentados durante a infância não abusam em adultos das suas mulheres. Destes estudos podemos deduzir que a repetição de padrões abusivos através de gerações não pode ser analisada de uma forma linear do tipo causa-efeito.

As características individuais dos agressores foram ainda objecto de estudo no contexto da teoria da vinculação. Bowlby (1969) percebe a raiva interpessoal como resultado de

necessidades de vinculação frustradas, ideia suportada pela investigação com crianças, que conclui que as ameaças ou separações das figuras de vinculação são experiências negativas, que produzem nas mesmas sentimentos de terror, luto e raiva (Bowlby, 1969, 1973; in Dutton et al., 1994). A cronicidade desta frustração pode originar adultos extremamente agressivos nas suas relações interpessoais.

Assim, a teoria da vinculação sugere que os comportamentos violentos do agressor podem significar comportamentos de protesto face à figura de vinculação, sendo eventualmente precipitados pela existência de ameaças de separação (ou antecipando-as) ou de abandono por parte da companheira (Dutton et al., 1994; Zeifman et al, 1997).

Coerentemente, homens violentos são deficientes ao nível de recursos adaptativos, como competências de comunicação e assertividade, recorrendo a estratégias violentas como forma de coping para lidar (desadequadamente) com a situação (Holtzworth et al., 1997).

Além de atribuírem a violência a condições patológicas do agressor, alguns defensores das teorias intra-individuais alegam que as mulheres que toleram este tipo de abuso são, também elas, patológicas.

Assim,

“ a mulher, normalmente agressiva, eficiente, masculina e sexualmente frígida, aceitava as agressões como uma gratificação masoquista que provavelmente a ajuda a lidar com o sentimento de culpa resultante da forte hostilidade expressa pelo seu comportamento controlador e castrador. O homem, tímido, sexualmente impotente, do tipo mimado e com tendência para beber em excesso usava a agressão como forma de restabelecer a sua masculinidade” (Snell, 1964, p.107).

Esta perspectiva considerava, então, que existia uma mútua dependência e desviância exibida pelo casal violento, constituindo a agressão da mulher uma forma de este casal manter um certo equilíbrio relacional.

“Tal equilíbrio permitia aos casais continuar a expressar os traços desajustados das suas personalidades, conduzindo a uma situação em que as mudanças comportamentais não eram muito prováveis” (Kirkwood, 1993, p.18).

Em suma, a “perspectiva masoquista” via a violência conjugal como uma anormalidade da psicologia feminina e considerava a natureza inconsciente da vítima como a principal responsável pela perpetuação dos maus-tratos (Kirkwood., 1993; Dobash e Dobash, 1992). Ao mesmo tempo, estas mulheres eram consideradas como sendo excessivamente ligadas aos maridos violentos, altamente atraídas pelo drama e por situações perigosas e como co-alcoólicas (Dobash e Dobash, 1992.)

Estas ideias sobre a mulher maltratada têm sido alvo de críticas, na medida em que constituem uma forma de culpar e justificar ou legitimar a violência (Jasinski et al, 1998).

Para concluir, e embora as explicações intra-individuais possam conter algo de válido, parece igualmente importante sublinhar que o papel da psicopatologia e dos traços de personalidade é pequeno (Campbell et al, 1995), tal como é evidenciado pelo facto de somente 10% dos incidentes abusivos serem atribuíveis à doença mental (Walker, 1994).

#### **b) Variáveis de contexto**

Urge agora destacar a importância de outros factores de ordem estrutural e que concorrem para a emergência da disfuncionalidade relacional. Assim, alguns autores apontam para factores como as condições de vida geradoras de stress, o estatuto socioeconómico e a pobreza, como indicadores da presença de maior violência conjugal (Gelles, 1994).

Outros autores, como Roberts (1975), contrapõem que este não é um problema de classes, mas antes de mulheres, qualquer que seja o seu nível socioeconómico e cultural, considerando, assim, que aquelas condições contribuem para o abuso, mas não constituem as causas. Ou, como refere Cármen e tal, (1984) mais recentemente, a questão está em que muitas mulheres ainda não alcançaram a independência política, social e económica que lhes concederia o poder de abandonar uma relação problemática. Desta forma, o papel social da mulher, e os estereótipos associados aos papéis de género são questões centrais na abordagem deste fenómeno.

A confirmá-lo estão estudos antropológicos de diferentes culturas que demonstram que, quando homens e mulheres são tratados de modo mais igualitário, é menos provável os homens maltratarem as suas mulheres (Gelles, 1993).

Estes estudos revelam também concordância com as análises feministas que assumem que as relações conjugais que se baseiam nas diferenças de poder, e que o género masculino se apoia na violência para preservar o *status quo* e para exercer as suas funções de controlo, e com o modelo de Hackler (1991) que associa a violência conjugal com a situação de desigualdade em que estas vivem, encarando os factores económicos como muito relevantes na génese da violência e criticando, naturalmente, o fraco interesse concedido às razões estruturais.

Numa reflexão final, importa acentuar que as tentativas para se explicar os actos de violência conjugal através de justificações singulares, devem ser evitadas. Nas experiências violentas é importante reconhecer, para além de factores de ordem mais individual ou relacional de relevância inegável, o peso dos estereótipos de género e da socialização diferencial de homens e mulheres, bem como a relação destes com a distribuição de poder dentro da família (Machado, 2001).

## 2. Saúde e violência conjugal

*“Os custos sociais e para a saúde e as consequências da violência contra a mulher são suficientemente extensos e graves para serem considerados uma das principais questões de saúde pública.”*

(CIDM, 2002)

### 2.1. Violência conjugal: uma questão de saúde pública

Intervir em situações de violência não é tarefa exclusiva as esferas jurídica, policial, psicossocial, mas é também da área da saúde, uma vez que a violência trás graves consequências às mulheres vítimas de violência, alterando a sua saúde. Daí que, a violência conjugal é um tema que vem sendo cada dia mais abordado como uma questão de saúde pública.

A violência conjugal dificulta a realização do processo vital humano, na medida em que ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte, como realidade ou como possibilidade próxima (Agudelo, 1990). Assim, como analisa a Organização Pan-Americana da Saúde

*“a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caracter endêmico e converteu-se num problema de saúde pública em vários países (...) o sector da saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem as suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social” (OPAS, 1993, p.15).*

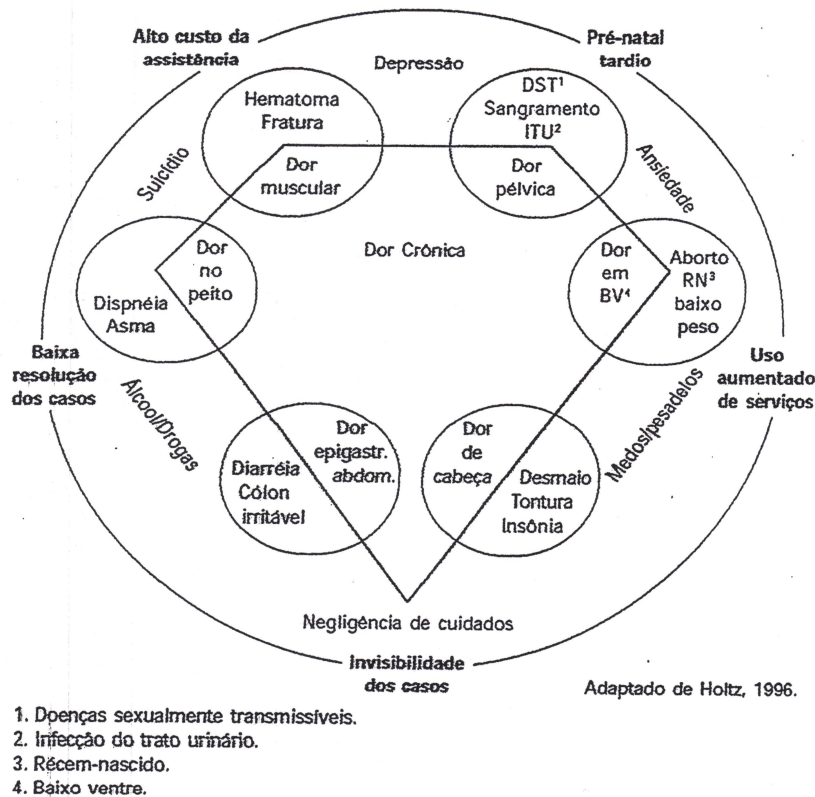
Em termos globais, as consequências da violência para a saúde das mulheres são maiores que as consequências de todos os tipos de cancro e pouco menores que os efeitos das doenças cardiovasculares (Adeodato et al, 2005). Uma revisão de estudos dos Estados Unidos conclui que o abuso é factor condicionante de 35% das tentativas de suicídio de mulheres norte-americanas. As consequências não-mortais da violência por parceiros incluem lesões permanentes e problemas crónicos (Giffin, 1994).

Além de provocar lesões físicas imediatas e sofrimento psicológico, a violência aumenta, também, o risco de prejuízos futuros à saúde da mulher. Vários estudos já demonstraram que

as mulheres que sofreram abuso físico ou sexual correm um risco mais elevado de ter problemas subsequentes de saúde (Dickinson et al, 1999; Felitti et al, 1998; Golding, 1996; Koss et al, 1991).

A violência parece, então, estar associada a muitos problemas graves de saúde, tanto imediatos como de longo prazo (figura 2). Estes incluem problemas físicos, tais como lesões, síndromas de dores crônicas e distúrbios gastrointestinais, além de grande variedade de problemas mentais, inclusive ansiedade e depressão. A violência é também prejudicial à saúde por aumentar a incidência de uma variedade de comportamentos negativos, entre eles o fumo e o consumo de bebidas alcoólicas e drogas (Martin et al, 2000)

**Figura 1** – Repercussões na saúde associadas à violência conjugal





### **2.1.1. Consequências físicas da violência conjugal**

Não surpreende que a violência conjugal seja uma das principais causas de ferimentos sofridos por mulheres, variando desde pequenos cortes e contusões até a invalidez permanente e à morte. Alguns estudos (Elsberg et al, 1999, Nelson et al, 1996, Odujinrin, 1994), sugerem que de 40% a 75% das mulheres que sofrem violência conjugal por parte dos seus parceiros acabam feridas em algum momento da vida, como resultado deste abuso. As consequências de tais ferimentos podem ser graves: no Canadá, 43% das mulheres feridas pelos seus parceiros necessitaram de atendimento médico, e 50% tiveram que ausentar-se do trabalho sob licença médica (Rodgers, 1994).

Na sua forma mais extrema, a violência leva à morte da mulher. Estima-se que, mundialmente, 40% a 70% dos homicídios de mulheres são cometidos a nível conjugal, frequentemente no contexto de um relacionamento abusivo (Bailey et al, 1997, Gilbert, 1996). Em comparação, a percentagem de homens assassinados pelas suas parceiras são mínimos e, frequentemente nestes casos, referem-se a defesas ou réplicas do abuso que sofreram dos homens (Smith et al, 1998).

Mas os ferimentos não são as consequências mais comuns da violência de género sobre a saúde. As agressões podem levar a um número ilimitado de problemas físicos, entre eles a síndrome do cólon irritável, os distúrbios gastrointestinais e as várias síndromes de dor crónica. Alguns estudos (Delvaux et al, 1997, Leserman et al, 1996, Walker et al, 1997), vinculam invariavelmente tais distúrbios ao histórico de abuso físico ou sexual. As vítimas femininas do abuso também padecem de funcionamento físico deficiente, revelam mais sintomas físicos e passam mais dias de cama do que outras mulheres (Golding et al, 1997; Leserman et al, 1996; Walker et al, 1997).

Vários estudos chegaram a três grandes conclusões sobre as consequências do abuso físico sobre a saúde das mulheres:

- os efeitos do abuso podem persistir durante muito mais tempo, mesmo depois de o abuso ter cessado (Felitti et al, 1998);

- quanto mais grave o abuso, mais grave é seu impacto sobre a saúde física e mental das mulheres; (Leserman et al, 1996).
- o impacto de tipos diferentes de abuso e de múltiplos eventos ao longo do tempo parece ser cumulativo (Felitti et al, 1998; Koss et al, 1991).

### **2.1.2. Consequências para a saúde reprodutiva e sexual da mulher**

O abuso físico e sexual está por trás de alguns dos problemas de saúde reprodutiva mais difíceis de resolver dos nossos tempos: a gravidez indesejada, a infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmitidas, e as complicações da gravidez. Um número crescente de estudos documenta as formas pelas quais a violência praticada por parceiros íntimos e a coerção sexual minam a autonomia sexual e reprodutiva das mulheres e comprometem a sua saúde (Sen, 1999)

A violência física, psicológica e sexual podem expor a mulher directamente ao risco de uma infecção ou gravidez indesejada se, por exemplo, a mulher for forçada a ter uma relação sexual ou se não utilizar anticoncepcionais ou preservativos por temer a reacção do parceiro (Blanc et al, 1996).

Para além disso, a violência física e sexual parece aumentar o risco da mulher sofrer vários distúrbios ginecológicos comuns, alguns dos quais podem ser bastante debilitantes. Entre estes está a dor pélvica crónica que, em muitos países, é o motivo de até 10% de todas as consultas ginecológicas e 25% de todas as histerectomias (Ehlert et al, 1999; Lee et al, 1984). Vários estudos observaram que as mulheres que sofrem de dor pélvica crónica têm, invariavelmente, maior probabilidade de ter um histórico de agressão sexual (Chapman, 1989; Collett et al, 1998; Jamieson et al, 1997) e/ou violência física, psicológica e sexual pelos seus parceiros (Schei, 1990, Schei et al, 1989).

Outras perturbações ginecológicas associadas à violência sexual incluem hemorragias vaginais (Golding, 1996), síndrome de menstruação dolorosa (Golding et al, 1998, Jamieson et al, 1997), doença inflamatória pélvica (Schei, 1991) e distúrbios orgânicos (dificuldade de atingir o orgasmo, falta de desejo sexual e conflitos quanto à frequência do acto sexual)

(Golding et al, 1998; Schei, 1991; Schei et al, 1989). A agressão sexual aumenta, também, o risco do síndrome pré-menstrual, condição esta, que afecta de 8% a 10% das mulheres que menstruam, e que provoca perturbações físicas, emocionais e do comportamentais (Golding, 1996).

### **2.1.3. Consequências para a saúde mental da mulher**

Muitas mulheres consideram que as consequências psicológicas da violência conjugal são ainda mais graves do que os seus efeitos físicos. Frequentemente, a experiência desta violência destrói a auto-estima e expõe a um risco muito mais elevado de patologias psiquiátricas como, depressão, stress pós-traumático, direcções suicidas e consumo excessivo de álcool e drogas ilícitas (Campbell et al, 2002).

A depressão tem sido amplamente reconhecida como um dos principais problemas de saúde do mundo (Ustun, 1999). De acordo com estudos realizados na Austrália, Nicarágua, Paquistão e EUA, as mulheres que sofrem abuso por parte dos seus parceiros apresentam mais casos de depressão, ansiedade e fobia do que as mulheres que não sofrem abusos (Cascardi et al, 1995; Danielson et al, 1998; Fikree et al, 1999).

Muitas mulheres vitimas da violência conjugal, acabam por desenvolver síndromes do stress pós-traumático, caracterizado por ansiedade aguda que pode ocorrer quando uma pessoa passa por, ou testemunha, um evento traumático, durante o qual ela se sente indefesa, oprimida ou ameaçada de morte ou ferimento (APA, 1994). Entre os sintomas do distúrbio do stress pós-traumático, a paciente pode entrar num estado de apatia emocional; ter dificuldades para adormecer ou para se concentrar; e assustar-se ou alarmar-se com muita facilidade. Para algumas mulheres, o peso do abuso é tão intolerável que pode levá-las ao suicídio. Alguns estudos (Abbott et al, 1995; Amaro et al, 1990; Cármen et al, 1984; Kaslow et al, 1998), feitos em países diferentes tais como Nicarágua, Suécia e EUA, mostraram que a violência conjugal pode ser intimamente associada à depressão e, em seguida, ao suicídio. As mulheres que foram espancadas e que posteriormente passam a sofrer de distúrbio do stress pós-traumático são as que têm maior probabilidade de tentar o suicídio (Thompson et al, 1999).

As vítimas de violência por parte do parceiro têm maiores probabilidades, que às outras mulheres, de consumir álcool e drogas, mesmo depois, de estabelecidos controlos para outros factores de risco, tais como, histórico de consumo no passado, ambiente familiar ou pais alcoólicos (Epstein et al, 1998; Kilpatrick et al, 1997; Langeland et al, 1998; McCauley et al, 1995). Um estudo (McCauley et al, 1995), feito com mulheres que frequentavam os centros de saúde, constatou que, aquelas que tinham sofrido abuso dos seus parceiros no ano anterior ao estudo, tinham três vezes mais probabilidades, do que outras mulheres que não tinham sofrido abuso recentemente, de consumir álcool em excesso e quatro vezes mais probabilidades de usar drogas. Nos EUA, um estudo constatou que o maior consumo de álcool, posterior ao evento de abuso, constitui mais uma reacção de alívio da vitimização, ao passo que o consumo de drogas aumenta o risco de vitimização ao mesmo tempo que a vitimização aumenta a probabilidade do uso de drogas (Kilpatrick et al, 1997).

#### **2.1.4. Custos sociais da violência conjugal**

Os custos sociais e económicos da violência conjugal englobam as consequências do tratamento, reabilitação e da segurança social, das ausências ao trabalho, da estigmatização da família através de factores de isolamento social temporário ou crónico, e da vulnerabilidade e dependência económica e/ou psicológica das mulheres. Os custos financeiros para a colectividade são também elevados (acção das polícias, tribunais, hospitais, serviços de suporte, refúgios, segurança social, entre outros...) (Lisboa et al, 2003)

Um estudo realizado em Portugal (Lisboa et al, 2003) revela que 6,6% de todas as deslocações ao hospital feitas pelas mulheres com 18 ou mais anos foram provocadas por situações de violência. Destas, cerca de um quarto necessita de internamento por um período superior a 24 horas, e 4,6% ficaram com incapacidades físicas. Trata-se, como refere o autor, de um valor sem dúvida considerável em termos de custos nas contas do Serviço Nacional de Saúde.

Sobre esta questão, foram também feitas estimativas na Holanda (Bonger Institute of Criminology, 1997) que ascenderam a cerca de 332.6 milhões de florins por ano. Este valor reparte-se por quatro categorias principais: custos relacionados com as intervenções da polícia e da justiça criminal com 72.8 milhões de florins, custos de saúde, abarcando cerca de

15.5 milhões de florins mas considerando-se que deverão ser mais elevados já que, na realidade, não se conseguiram valores para internamentos em saúde mental, por exemplo; e que os registos dos médicos de família normalmente não especificam casos de violência conjugal. Os custos de cuidados psicossociais foram estimados em 78.4 milhões de florins, cabendo a maior parte a gastos com os refúgios para as mulheres agredidas. A última grande parcela de custos refere-se a gastos da segurança social e emprego com valores de 165.9 milhões de florins por ano.

Também no Canadá (Hoff, 1994) foram realizadas estimativas para os custos económicos da violência conjugal. Neste caso, incluem-se os custos médicos, serviços sociais (segurança social, aconselhamento, refúgios, programas de tratamento de abuso de substâncias tóxicas), dias de faltas ao trabalho, rendimentos perdidos, e seguros com um total estimado de 4.2 biliões de dólares.

Nos serviços de saúde, as situações de violência conjugal repercutem-se de forma paradoxal. Por um lado há um uso aumentado dos serviços, uma vez que as mulheres em situações de violência avaliam pior a sua saúde e tem mais queixas e sintomas do que aquelas que não vivenciam estas situações, por outro lado, a assistência dada a estas mulheres tem um baixo poder resolutivo (Schraiber et al, 2002).

Portanto, com o uso repetitivo e ineficaz dos serviços, a assistência torna-se de alto custo. Isto deve-se, segundo Schraiber et al (2002), a diversos motivos:

- a situação de violência leva a um sofrimento crónico que parece debilitar as possibilidades de a mulher cuidar de si mesma e dos outros. A negligência de cuidados é reconhecida nos estudos, através da medida de comportamentos e uso de serviços;
- as situações de violência afectam a possibilidade de as mulheres fazerem planeamento familiar com os seus parceiros, o que leva a um maior número de complicações sexuais e reprodutivas;

- as lesões físicas que necessitam de tratamento médico ou de enfermagem acabam por ser prioritárias, não sendo, na maior parte das vezes, dada atenção à história e às vivências das vítimas;
- a invisibilidade imposta pelos profissionais, só piora a situação. Estas mulheres acabam por ser rotuladas como poliqueixosas, somatizadoras, portadoras de distúrbios neuro-vegetativos, etc. Os processos patológicos que surgem associados à violência e ao sofrimento psicoemocional, se não forem abordados de forma integrada, resultam em casos de difícil solução, mesmo quando se tratam de patologias simples e bem conhecidas.

### **3. Violência conjugal e profissionais de saúde**

#### **3.1. O papel dos enfermeiros face à violência conjugal**

Enfermagem, de acordo com a World Health Organization (1991), não é somente providenciar cuidados aos indivíduos, mas é também uma arte e uma ciência que requer conhecimentos específicos e perícia. Na interação com os pacientes, inclusive com as vítimas de violência, os enfermeiros, pela natureza da sua profissão, possuem um poder indeterminável (Hewinson, 1995, Jarrett, 1995). Este poder resulta do facto de os enfermeiros estarem muito próximos das necessidades globais de saúde das famílias, na medida em que, durante um atendimento, se focam aspectos da vida pessoal, que vão desde hábitos alimentares, higiénicos, sexuais e de uma forma geral de todos os que se relacionam com o bem estar das pessoas. Por outro lado, os enfermeiros têm também a possibilidade de tocar para examinar o corpo, o que permite descortinar sinais de violência não relatados pela vítima (Lane et al, 1998, Pakieser et al, 1998).

Depois que uma mulher decide procurar a ajuda de uma instituição de saúde o atendimento que ela aí recebe é de importância crucial. Muitos profissionais de saúde julgam que ao inquirir a mulher sobre a violência, estarão a abrir uma “caixa de Pandora”, da qual surgirão problemas para os quais não têm nem tempo nem habilidade para resolver (Sugg et al, 1992). Mas quando os profissionais de saúde se abstêm de fazer algumas perguntas sobre violência, sobre tudo quando há indicações óbvias de que esta está a acontecer, as mulheres acabam por concluir que estes não estão interessados nos seus problemas (Watts et al, 1997).

Portanto, tal como muitos estudos mostram, o questionamento a todas as mulheres nos serviços de saúde é efectivo na identificação das mulheres vítimas (McFarlene et al, 1991) e as pacientes não se mostram ofendidas quando questionadas acerca da violência, actual ou passada, de que possam ser, ou ter sido, vítimas (Caralis et al, 1997).

Assim, no que respeita à violência conjugal, os profissionais de saúde têm um importante papel relativamente à sua identificação e prevenção. O que os profissionais de saúde fazem e

dizem pode influenciar enormemente o caminho que a mulher decide seguir (McCauley et al, 1998). O acto de perguntar sobre violência demonstra às mulheres que os profissionais de saúde consideram-na como um problema médico de grande importância e não culpam a paciente por tal violência.

Note-se que a forma como a mulher é questionada sobre violência é o que determina a sua disposição para revelar ou não a sua situação. Se a pergunta for feita com tacto ou compreensão, a mulher sente-se a vontade para responder prontamente. As mulheres discutirão mais francamente o abuso se perceberem que o profissional de saúde realmente se preocupa com a sua situação (Rodriguez et al, 1996).

Sem perguntar é difícil identificar as mulheres que sofrem o abuso. Assim, o questionamento de rotina de todas as pacientes, em vez do diagnóstico baseado apenas em indicadores-base, aumenta as oportunidades de identificação e de intervenção, validando, assim, a violência conjugal como um problema de saúde central e legítimo, e possibilita a ajuda, por parte dos profissionais de saúde, quer às vítimas, quer aos filhos das vítimas (McFarlane et al, 1991; Saltzman et al, 2001). Quando as vítimas expostas à violência conjugal são identificadas atempadamente, os profissionais de saúde têm mais oportunidades de coordenar com outros profissionais (assistentes sociais, psicólogos e advogados) para que juntos ajudem as vítimas a compreender as suas opções (Saltzman et al, 1997).

As vítimas de violência conjugal afirmam que um dos aspectos mais importantes da sua interacção com os profissionais de saúde é serem ouvidas acerca do abuso de que são vítimas (Hamberger et al, 1998). Mesmo que a paciente decida não revelar ser vítima, o questionamento por parte dos profissionais de saúde transmite, frequentemente, suporte e aumenta a probabilidade de que, mais tarde, a vítima venha a revelar o assunto (James et al, 2004).

Questionar acerca da violência conjugal e ter conhecimento sobre os recursos da comunidade envia também uma mensagem de prevenção: que a violência conjugal é inaceitável, tem sérias consequências para a saúde (James et al, 2004).



Assim, o questionamento de rotina a todas as mulheres, quer estas apresentem ou não sintomas aparentes, com o objectivo de identificar atempadamente todas as vítimas de violência conjugal, é o ponto de partida para a melhoria da aproximação dos profissionais de saúde às vítimas de violência conjugal.

No entanto, segundo Lane & Beales (1998), grande parte dos profissionais de saúde não identificam as vítimas, uma vez que continuam largamente fixos a um modelo médico de intervenção que ignora ou marginaliza o contexto social no qual a mulher é física, psicológica ou sexualmente agredida. Neste modelo a (psico) patologia individual é o focus primário de avaliação e tratamento. Desta forma é providenciado um tratamento correspondente às lesões da vítima, o qual pode negar ou minimizar a experiência das vítimas.

A maioria das respostas dos profissionais de saúde à violência são, então, normalmente confinadas ao tratamento dos ferimentos, à prescrição de medicação e ao encaminhamento para os serviços de psiquiatria, encaixando, desta forma, complexos problemas sociais, psicológicos e físicos em sintomas claros que possam ser definidos como tratáveis (Thompson et al, 1998).

Muitas mulheres não procuram ajuda devido ao medo real de nunca serem ouvidas ou acreditadas. Portanto, o seu silêncio, no que diz respeito à violência, é muitas vezes promovido pelos profissionais de saúde que, ao não discutirem a realidade da mulher, podem reforçar os seus sentimentos de isolamento e abandono. O modelo médico, que trata apenas as lesões físicas da violência conjugal, removendo-as da estrutura e do contexto no qual aconteceram, pode apenas ajudar a que a dinâmica do abuso, que levou a mulher a procurar ajuda, continue (Warshaw et al, 1989).

Os aspectos não físicos da experiência abusiva de uma mulher – o seu medo, isolamento, humilhação e vergonha, são deixados no silêncio. Este facto é documentado por Warshaw e tal, (1989), que estudaram a discrepância entre o grande número de mulheres que recorrem aos serviços de saúde com sintomas relacionados com a vivência de relações abusivas, e a baixa proporção de detecções e intervenções pelos profissionais de saúde.

A abordagem do problema da violência conjugal nos serviços de saúde requer, portanto, uma técnica específica de conversa e de questionamento e um bom conhecimento das referências existentes (jurídico, policial, serviço social, psicologia, ONG's, organizações religiosas, desportivas e culturais) para que os profissionais de saúde possam apoiar a mulher a tomar a decisão sobre a melhor alternativa para o seu caso (Lane et al, 1998).

Para além disso, é importante que os profissionais de saúde, e principalmente os enfermeiros, estejam atentos a possíveis sinais, queixas e outros sintomas importantes (as chamadas “bandeiras vermelhas”), uma vez que estes são indicadores de violência que devem levantar as suspeitas (Ganley et al, 1998; Paluzzi et al, 1996):

- queixas vagas e crónicas que não têm causa física óbvia;
- lesões que não correspondem à explicação de como ocorreram;
- um parceiro demasiado atencioso, controlador e relutante em deixar a mulher sozinha;
- nervosismo, retracção e falta de auto-estima por parte da mulher;
- lesões físicas durante a gravidez;
- entrada tardia nos cuidados pré-natais;
- um historial de tentativas ou pensamentos suicidas;
- demora na procura de tratamento para as lesões;
- infecções frequentes do tracto urinário;
- dores pélvicas crónicas.

#### **4. Barreiras para a detecção da violência conjugal nos serviços de saúde**

Como já foi referido, a estratégia de construção do presente estudo organizou-se à volta da seguinte interrogação de partida: existe uma relação entre o não questionamento por parte dos enfermeiros sobre violência conjugal e as barreiras contextuais e individuais que o afectam? A problematização desta questão levou-nos a traçar um percurso analítico que desembocou na revisão dos principais estudos desenvolvidos no âmbito desta problemática. Neste sentido, o presente ponto constitui, simultaneamente, um ponto de chegada, na medida em que se procede a um balanço e síntese de alguns contributos teóricos e conceptuais anteriormente convocados e um novo ponto de partida (Gonçalves, 1998) para outras referências que, mais directamente, enformaram o modelo de análise em questão.

Assim, de tudo o que foi enunciado é importante retirar algumas ideias chave: por um lado constata-se que a violência conjugal é grave problema de saúde, por outro lado, vários estudos mostram que o papel dos profissionais de saúde na resolução deste problema é essencial, nomeadamente através do questionamento directo às vítimas, uma vez que este abre canais de comunicação entre a vítima e o enfermeiro que vão facilitar o relato por parte da vítima.

Urge, então, perceber quais os factores, ou barreiras que impedem a detecção da violência conjugal nos serviços de saúde.

Mostrar a unicidade da posição dos enfermeiros em relação ao modo de agir com a vítima é muito importante para explorar os seus procedimentos actuais e os factores que podem afectar essas atitudes.

Como mostram alguns estudos, existe uma rede complexa de considerações profissionais, culturais, pessoais e institucionais que afectam a capacidade e vontade dos profissionais de saúde de enfrentarem a violência conjugal (Rittmayer et al, 1999; Sugg et al, 1992; Prasad, 1999; Kim, et al, 1999; Fawcett et al, 1998; Cohen et al, 1997)

A insuficiência de competências, a relutância pessoal, ou até mesmo o receio justificado, de se envolver na situação, por ausência de estratégias de intervenção ou indefinição de responsabilidades, são alguns dos factores que impedem os enfermeiros de detectarem e tomar as medidas adequadas nos casos de violência conjugal, o que leva, conseqüentemente, à desvalorização e secundarização do problema e à atribuição de culpa ou responsabilização das mulheres sobreviventes de violência (Monteiro, 2000).

É o que mostra um estudo de Campbell (1994), no qual das 74 mulheres batidas, metade viveram experiências negativas com os profissionais de saúde, referindo que estes estavam mais preocupados com as lesões físicas do que em descobrir a verdadeira causa da lesão, sendo dada pouca atenção ao apoio emocional.

Existem, portanto, tal como mostra o estudo de Sugg et al (1992), muitas barreiras que podem impedir os enfermeiros de aceder efectivamente aos sinais de um ataque violento, podendo também afectar os procedimentos dos mesmos em relação ao atendimento efectivo das vítimas.

- Falta de instrução e formação em relação ao reconhecimento e tratamento de potenciais vítimas

Muitas vezes, os profissionais de saúde deixam de perguntar às mulheres sobre sua experiência de violência conjugal porque se sentem pouco preparados para atender às necessidades das vítimas. (Cohen et al, 1997; Rittmayer et al, 1999; Sugg et al, 1992).

Assim, os profissionais de saúde que recebem formação específica sobre a violência conjugal ficam mais à vontade para inquirir sobre o assunto e sentem-se mais competentes para tratar das necessidades das vítimas de abuso (Moore et al, 1998, Tilden et al, 1994). No entanto, apesar de algumas faculdades se esforçarem para incluir o tema da violência conjugal nos seus currículos - um exemplo é o das escolas de enfermagem nos EUA (Woodtli et al, 1996) - a maioria das licenciaturas em enfermagem do mundo inteiro não trata este assunto, ou fazem-no de forma muito reduzida (Alpert et al, 1998; Parsons et al, 1997).

Em Hong Kong, Chung et al (1996) estudou uma amostra de 400 enfermeiros e concluiu que 94% considera não ter a instrução formal necessária para lidar com a violência conjugal. Da mesma forma 86,2% sentiam que o seu conhecimento era insuficiente para lidar confidencialmente com o assunto.

Ingram (1994) chama, por isso, a atenção para a falta de instrução, conhecimento e experiência dos enfermeiros, referindo que esta situação não é exclusiva aos enfermeiros. Parsons et al (1995), na sua amostra de 942 médicos, concluiu que aqueles que, na altura, estavam a receber formação relacionada com a violência conjugal detectaram mais facilmente incidentes violentos. O valor óbvio da instrução nesta área fala por si próprio.

Assim, de acordo com Bokunewicz e Carman Copel (1992), a formação relacionada com a violência conjugal, é eficaz na mudança das atitudes e comportamentos dos enfermeiros, uma vez que através do aumento do conhecimento acerca dos maus tratos sobre as mulheres, diminui a tolerância cultural e a incapacidade ou inactividade face ao problema.

Seguramente, o facto de possuírem informações e conhecimentos específicos permitirá aos profissionais de saúde terem atitudes e respostas mais úteis e eficazes junto das mulheres agredidas pondo em prática as competências necessárias (Monteiro, 2000).

Um outro factor importante para que os profissionais de saúde ponham em prática as diligências necessárias, é a existência de um protocolo na instituição onde trabalham (WHO, 1997). McLeer et al (1989) num estudo conclusivo de larga escala, reveram retrospectivamente os ficheiros médicos de 771 mulheres vítimas de traumatismos e verificaram um aumento de 25% na identificação das vítimas apenas associado à utilização de um protocolo actual para o qual os enfermeiros foram instruídos e que usam frequentemente. Estes protocolos incluem o uso de uma questão administrada universalmente pelos enfermeiros na triagem, a qual, no estudo de Grunfeld et al (1994), resultou numa taxa de respostas de 6% das 250 mulheres estudadas.

- Falta de tempo e de privacidade para atender adequadamente as vítimas

Jeziarski (1999), ao entrevistar 400 profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, verificou que os enfermeiros estão frequentemente tão ocupados com o largo volume de pacientes a seu cargo, que se vêem obrigados a priorizar os itens e tarefas que são mais urgentes, sentindo-se, assim, incapazes de lidar com as situações de violência em termos de constrangimento de tempo.

Estudos no Reino Unido (Dobash e Dobash, 1984; Pahl, 1985) mostram que, apesar de 80% das mulheres vítimas de violência recorrerem aos serviços de saúde pelo menos uma vez durante um relacionamento violento, poucas reportam os incidentes violentos aos profissionais de saúde, e as que reportam raramente recebem tempo para discutirem as suas experiências e receberem informações de segurança.

Relativamente à falta de privacidade, Cronin e O'Connor (1993), no seu projecto-piloto feito num hospital de Dublin, concluíram que a divulgação de experiências abusivas é pouco provável em ambientes com falta de privacidade. Em alguns hospitais e centros de saúde existe apenas uma cortina divisória que separa a vítima do “resto do mundo”. Este ambiente não é, certamente, seguro nem confortável o suficiente para que as vítimas revelem informações importantes sobre a violência sofrida aos enfermeiros, uma vez que a possibilidade de que o agressor ouça a conversa pode colocar a vítima em risco de retaliações. Para além disso, na maioria das vezes o agressor acompanha a vítima durante os atendimentos, o que torna a situação ainda pior.

Sheehan Berlinger (1998) refere que antes de qualquer questão os enfermeiros devem garantir total privacidade à vítima. Por vezes, segundo Parker (1996), podem consegui-la sendo criativos: o acompanhamento da vítima ao WC para uma amostra urinária pode proporcionar alguns minutos vitais e necessários para o questionamento seguro e apropriado à vítima.

- Desconforto geral com o tema da violência conjugal

Os profissionais de saúde geralmente compartilham os mesmos valores culturais e atitudes sociais, em relação ao abuso, que predominam na sociedade como um todo, podendo até achar

que algumas mulheres merecem o tratamento abusivo ou que o dever da esposa é estar sempre disponível quando o marido desejar ter relações sexuais (Kim & Motsei, 1999). Também assumem que a violência conjugal só acontece entre mulheres pobres ou entre mulheres de certas classes étnicas ou religiosas (Cohen et al, 1996). Tais atitudes acabam impedindo o tratamento compassivo e atencioso de que as mulheres necessitam depois de sofrerem abuso conjugal.

Efectivamente, todas as respostas profissionais são, em princípio, o resultado do conhecimento sobre um determinado tópico e dos valores em que se acredita (Hoff, 1994). Logo, todos os profissionais sem excepção, que no âmbito da sua actividade contactam com o problema da violência conjugal ou com as próprias mulheres sobreviventes da violência, sendo membros da mesma comunidade cultural, não estão particularmente imunes à influência das atitudes socialmente dominantes quando estão perante uma mulher agredida pelo marido (Lisboa et al, 2003).

Assim, os enfermeiros, tal como outros profissionais de saúde, de acordo com os seus conhecimentos e atitudes pessoais, tendem, muitas vezes, a atribuir a culpa à vítima pelos ferimentos que apresenta, fazendo também uma avaliação moral das mesmas.

Um estudo da África do Sul observou que as enfermeiras geralmente consideravam a violência conjugal como um sério problema para as mulheres mas, ao mesmo tempo, achavam que as próprias mulheres assumiam atitudes e se comportavam de formas que poderiam provocar a violência, inclusive o estupro (Kim et al, 1999). No caso dos enfermeiros, estes desfiaram uma longa lista de razões que justificariam o espancamento de uma esposa, entre elas, se a esposa desobedecer ou desrespeitar o marido ou se ela se descuidar de suas obrigações de cuidar da casa e dos filhos. Eles não consideravam como estupro o homem forçar a sua esposa à actividade sexual e afirmaram que a prática do espancamento era tanto uma forma de disciplina como uma expressão de amor ou perdão (Kim et al, 1999).

Sabendo, pois, que o modo como a intervenção ocorre está directamente relacionada com as atitudes e o conhecimento sobre as características da violência conjugal, por parte do público em geral e por parte dos profissionais de saúde em particular, é pois necessário dar atenção

especial ao tipo de conhecimento específico que cada profissional necessita no seu âmbito de actuação (Hoff, 1994).

Assim, muitas vezes o problema é que os profissionais de saúde têm pouco conhecimento, ou dão pouca importância ao tema. Muitas crenças e mitos ainda persistem e dificultam a comunicação com as vítimas, como acreditar que:

- as mulheres merecem ou pedem o abuso e gostam de ser agredidas, caso contrário não ficariam com o agressor;
- a violência conjugal é um problema social e legal mas não um problema de saúde pública;
- a violência é um problema pessoal e privado, no qual os profissionais não devem interferir.

Este paradigma pode, frequentemente, provir dos enfermeiros que nunca se confrontaram com a verdadeira história das vítimas e daqueles que possuem pouca compreensão lógica da situação (Davinson, 1997).

Mesmo em culturas onde a violência do parceiro é considerada inaceitável, as atitudes sociais negativas às mulheres espancadas já estão embutidas muito profundamente e são difíceis de superar. Estas convicções podem influenciar a forma como um profissional da área de saúde avalia a sinceridade de uma mulher ou a sua responsabilidade pela situação que atravessa (Cohen et al, 1996).

Alguns profissionais do sexo masculino podem hesitar em aceitar o relato de uma mulher sobre uma situação de violência porque se identificam com o agressor (Rid et al, 1997). Mesmo as profissionais do sexo feminino que já passaram, elas mesmas, por situações de abuso poderão ter dificuldade em discutir a violência com as suas utentes. Alguns estudos revelaram que até um terço das profissionais da área de saúde tinham experimentado a violência conjugal (Kim et al, 1999; Moore et al, 1998; Sugg et al, 1992).



A sequela destes sentimentos e atitudes pode ser destrutivo e levar a uma revitimização da vítima por parte dos enfermeiros (Hattendorf et al, 1997).

- Frustração

Muitos enfermeiros transmitem sentimentos de frustração ao lidarem com as mulheres vítimas, por se sentirem incapazes de ajudar e dar uma resposta adequada (Schraiber et al, 2002).

Uma outra situação frequente e frustrante é o regresso da vítima à relação abusiva depois de estabelecida uma relação de ajuda com os enfermeiros e de estes lhe proporcionarem todos os meios para o abandono desta relação (Davies et al, 1999). É fácil compreender frustrações como estas, uma vez que, nestes casos, os enfermeiros se envolvem na situação, não entendendo a base racional ilógica por detrás da insistência da vítima em voltar para a relação abusiva.

Neste sentido, Sheehan Berlinger (1998) previne os enfermeiros para estarem atentos aos diferentes mecanismos de coping que as vítimas usam frequentemente para lidar com o seu sofrimento.

Por vezes, estas mulheres permanecem na relação de abuso porque a escolha que se lhes coloca consiste em optar entre um violento e perigoso casamento e o desconhecido, o medo de uma educação monoparental dos filhos, as dificuldades económicas (Gelles, 1976), tendo em conta que a “pobreza no feminino” ainda existente.

Serra (1993) considera que é necessário analisar as relações punitivas para se compreender a razão por que uma mulher é relutante em abandonar uma relação conjugal violenta. Para este autor, uma vez que a violência promove a subordinação da vítima e a sua punição, a maior fonte de sofrimento passa a ser a designação moral da culpa. Então o que a vítima precisa, acima de tudo, é de ser reconhecida como a “vítima inocente” de um agressor culpado.

“Para tal, é inútil afastar-se fisicamente do parceiro. Importa, acima de tudo, transformar a relação produzindo uma reviravolta que submeta o agressor a uma autoridade superior e que reabilite e compense a vítima”. Serra (1993, p.34)

Existe, neste caso, uma dependência psicológica da mulher agredida face ao agressor, pelo menos até esta ser pública e moralmente ilibada da culpa pela violência de que é alvo.

O medo de sofrer qualquer retaliação por parte dos ex-maridos/companheiros e as dificuldades financeiras decorrentes do divórcio ou separação, que se agravam no caso de existirem filhos (Dobash e Dobash, 1979; Hoff, 1993), são outras razões referidas pelas mulheres que não abandonam os cônjuges violentos.

Os filhos são, de facto, um dos factores mais frequentemente mencionados pelas mulheres vítimas de violência, quer para abandonarem o marido agressor, quer para permanecerem com ele ou voltarem quando se separam, temporariamente, dele. Pensando na criança, muitas vezes as mulheres agredidas não abandonam os cônjuges

“porque acreditam que os filhos devem viver com os pais, num lar estável e bom, e que eles não suportam o estigma de pertencer a um lar desfeito. Também acreditam que tal afectaria o seu progresso escolar e a sua rede de amizades. Por último, elas permanecem em relações violentas por razões práticas decorrentes de terem de sair de casa com os filhos com todas as dificuldades que tal implica” (Dobash e Dobash, 1979, p. 92).

## II – Participantes e Métodos

### 1. Tipo de Estudo

Realizou-se um estudo transversal sobre “ que barreiras contextuais e individuais afectam os profissionais de Enfermagem, perante as vítimas de violência conjugal e se essas barreiras tem relação directa sobre o não questionar por parte destes profissionais sobre este tipo específico de violência, numa amostra de 120 profissionais de Enfermagem dos centros de saúde do concelho de Gondomar - Centro de Saúde de Rio Tinto e São Pedro da Cova e Centro de Saúde de Gondomar e Foz de Sousa.

Neste estudo foram definidas as seguintes variáveis:

A variável dependente, “o questionamento das utentes sobre violência conjugal por parte dos enfermeiros” e as variáveis independentes, falta de tempo como barreira, falta de espaços privados como barreira, falta de recurso na comunidade como barreira, adequação do Centro de saúde, participação em sessões de formação.

**Quadro 1** - Variáveis em estudo

Variáveis	Dependentes	Independentes
O questionamento sobre violência conjugal por parte dos enfermeiros	X	
Falta de tempo como barreira		X
Falta de espaços privados como barreira		X
Falta de recurso na comunidade como barreira		X
Adequação do Centro de saúde		X
Participação em sessões de formação		X

Este estudo foi dirigido para uma população profissional específica: Enfermagem a exercer funções nos Cuidados de Saúde Primários.

O Centro de Saúde presta cuidados a níveis primário e secundário, servindo também como campo de estágio para licenciados em enfermagem, medicina, entre outros.

O estudo foi realizado no concelho de Gondomar, distrito do Porto, no Centro de Saúde de Rio Tinto e São Pedro da Cova, Centro de Saúde de Gondomar e Foz do Sousa e suas extensões de saúde. Este Centro de Saúde serve a população das várias freguesias do concelho de Gondomar e inclui atendimento médico, de enfermagem e apoio domiciliário.

Participaram neste estudo todos os Enfermeiros do Centro de Saúde de Rio Tinto e São Pedro da Cova e Centro de Saúde de Gondomar e Foz do Sousa e suas extensões de saúde.

A população alvo foi constituída pelos enfermeiros destes Centros de Saúde no período de recolha de dados, atendendo aos seguintes critérios de inclusão: enfermeiro do Centro de Saúde; consentimento na participação no estudo; não estar de férias; estar a exercer funções sem qualquer tipo de restrições (como licenças) e comparecer no local de trabalho no período estabelecido para a recolha de dados.

A amostra foi constituída por 120 enfermeiros. Todos os elegíveis consentiram participar no estudo.

## **2. Análise Estatística**

O questionário é uma forma estruturada de obtenção de dados, o que exige que seja consistente com o objectivo que pretende atingir com a sua aplicação.

Foi utilizado como instrumento de recolha de dados uma adaptação do questionário Provider Knowledge, Attitudes and Practices Survey Questionnaire (Bott et al, 2004), apresentado no Anexo 1.

Assim, o questionário original teve de ser modificado e adaptado ao contexto de aplicação. Neste questionário passaram, então, a constar 13 questões relativas à prática, à formação e aos conhecimentos dos profissionais de saúde em relação à violência conjugal. É constituído apenas por questões de resposta fechada.

Optou-se pelo questionário, como instrumento de recolha de dados, pois este possibilita atingir um número considerável de indivíduos, é de fácil aplicação, implica menores gastos com os indivíduos, garante o anonimato das respostas, permite que os indivíduos respondam no momento em que julgarem ser mais conveniente, embora dentro de um prazo pré-definido, garante a veracidade das respostas, é um instrumento uniforme de aplicação aos diferentes sujeitos e facilita a análise dos dados e resultados obtidos.

Antes da recolha de dados, com o intuito de avaliar a validade, fiabilidade e operacionalidade do questionário em questão foi efectuado um pré-teste a cinco enfermeiros, seleccionados de forma aleatória, do Centro de Saúde de Rio Tinto, no mês de Abril de 2006, estando estes enfermeiros em situação idêntica aos que irão fazer parte da amostra. Após avaliação e análise dos resultados do pré-teste, foram corrigidas e modificadas algumas questões, de forma a tornar mais fácil a sua interpretação e objectividade.

Os questionários foram auto-administrados durante o mês de Maio de 2006.

Para o tratamento estatístico os dados foram registados numa base versão 13.0 do programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Science) para o Windows. Foram utilizados os seguintes procedimentos estatísticos:

- estatística descritiva, onde são enumeradas as estatísticas elementares de uma variável numérica
- estatística inferencial, onde são comparadas as variáveis categóricas, utilizando o teste de  $\chi^2$  de Pearson; teste exacto de Fisher e teste de correlação de Spearman.

### **3. Aspectos Éticos**

No presente estudo foram respeitados todos os direitos da pessoa que devem ser absolutamente protegidos nos protocolos de investigação. A aplicação do questionário foi precedida de um pedido de consentimento para a sua realização à ARS-Norte e aos Centros de Saúde de Rio Tinto e S. Pedro da Cova e Gondomar e Foz do Sousa. Aos participantes foram explicados os objectivos e finalidades quer do questionário, quer do estudo em questão, assegurando a total compreensão da informação dada e da livre decisão de participação.

Estiveram também presentes, em todas as fases de investigação, os princípios da não maleficência e da beneficência, tendo sido ponderados os possíveis malefícios e danos que deste trabalho poderiam advir.

### **III- Resultados**

#### **1. Apresentação e leitura dos resultados**

A apresentação dos resultados far-se-á através da descrição das variáveis e da confirmação ou não das hipóteses que foram colocadas à prova por meio de testes estatísticos.

##### **1.1. Caracterização da amostra**

A amostra apresenta características distintas entre si (quadro 2). Dos 120 enfermeiros que participaram no estudo, 40 são do sexo masculino (33,3%) e 80 do sexo feminino (66,7%).

Observando o quadro 2 verifica-se que 50% dos participantes têm idades até ao valor mediano, que está compreendido entre os 35 e os 44 anos, sendo a classe > 44 anos a de maior frequência.

Relativamente ao tempo de exercício profissional no Centro de Saúde, verifica-se que a classe de maior frequência é a > 7 anos (36,7%), e que em 50% dos participantes, o tempo de exercício vai até ao valor mediano (4-6 anos).



**Quadros 2-**Características sociodemográficas**Sexo**

	Frequências Absolutas	Frequências Relativas	Frequências Acumuladas
Masculino	40	33,3	33,3
Feminino	80	66,7	100,0
Total	120	100,0	

**Idade**

	Frequências Absolutas	Frequências Relativas	Frequências Acumuladas
Menos de 25 anos	16	13,3	13,3
25 - 34 anos	36	30,0	43,3
35 - 44 anos	28	23,3	66,7
Mais de 44 anos	40	33,3	100,0
Total	120	100,0	

**Tempo de trabalho no Centro de Saúde**

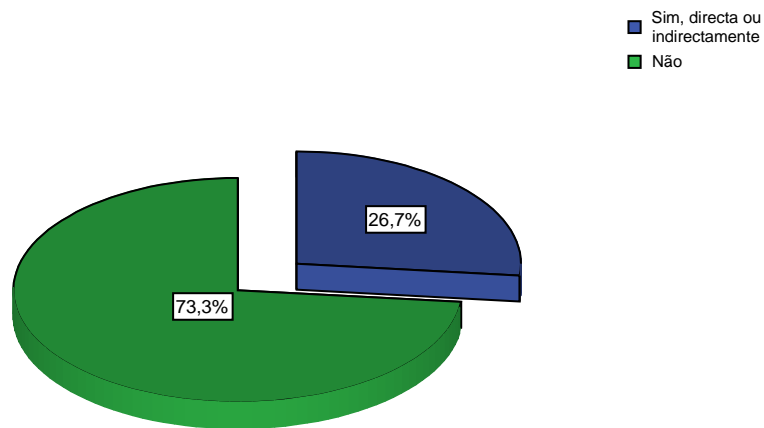
	Frequências Absolutas	Frequências Relativas	Frequências Acumuladas
Menos de 1 ano	16	13,3	13,3
Entre 1 e 3 anos	24	20,0	33,3
Entre 4 e 6 anos	36	30,0	63,3
7 anos ou mais	44	36,7	100,0
Total	120	100,0	

## 1.2. Caracterização dos serviços prestados

Os resultados do presente estudo revelam que 73,3% dos enfermeiros participantes não questiona directa ou indirectamente as utentes sobre a violência de que possam ser, ou ter sido, vítimas (gráfico 1).

Gráfico 1- Questionamento das utentes sobre violência conjugal

### Questionamento das utentes sobre violência de que possam ter sido vítimas



### Barreiras ao questionamento

Como se pode observar no quadro 3, os participantes concordam com a maioria dos itens apresentados, ou seja concorda que estes são potenciais barreiras ao questionamento efectivo.

Os itens que reuniram maior concordância por parte dos participantes foram: “pouca formação recebida para lidar com o problema” (90%), “falta de recursos da comunidade para onde remeter as vítimas” (80%), “limitações de tempo” (76,7%) e “falta de espaços privados no centro” (70%).

A discordância foi relevante em apenas dois itens: “necessidade de focar atenção em problemas de saúde com maior prioridade” (63,3%) e “o envolvimento em casos de violência significa participação nos procedimentos policiais” (63,3%).

**Quadro 3-** Barreiras ao questionamento

	Discordo		Concordo		Total	
	n	%	n	%	n	%
- Tenho limites de tempo	28	23,3%	92	76,7%	120	100,0%
- Há falta de espaços privados no centro	36	30,0%	84	70,0%	120	100,0%
- Há poucas oportunidades para falar sem a presença de familiares	56	46,7%	64	53,3%	120	100,0%
- Sinto que há pouco que eu possa fazer para ajudar as vítimas	44	36,7%	76	63,3%	120	100,0%
- Existem poucos recursos na comunidade para onde possa remeter as vítimas	24	20,0%	96	80,0%	120	100,0%
- Posso ofender as utentes se as questionar directamente	44	36,7%	76	63,3%	120	100,0%
- Preciso focar a minha atenção em problemas de saúde com maior prioridade	76	63,3%	44	36,7%	120	100,0%
- Envolver-me nestes casos significa que terei de participar nos procedimentos policiais	76	63,3%	44	36,7%	120	100,0%
- Posso provocar retaliações por parte do agressor por me envolver	52	43,3%	68	56,7%	120	100,0%
- Recebi pouca formação para lidar com o problema da violência conjugal	12	10,0%	108	90,0%	120	100,0%

### Atitudes dos profissionais

Relativamente às atitudes dos enfermeiros perante as vítimas de violência conjugal (quadro 4), verifica-se que, a resposta “nunca” reuniu maiores percentagens em todos os itens apresentados, excepto no caso da resposta “escutei e dei suporte emocional às vítimas de violência” que 36,7% dos participantes referiram ter dado algumas vezes.

**Quadro 4-** Atitudes dos profissionais de saúde perante as vítimas de violência conjugal

	Nunca		Uma vez		Algumas vezes		Muitas vezes		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
- Identifiquei ou suspeitei que uma utente teria sido vítima de violência	48	40,0%	28	23,3%	44	36,7%			120	100,0%
- Escutei e dei suporte emocional às vítimas de violência	32	26,7%	32	26,7%	44	36,7%	12	10,0%	120	100,0%
- Documentei informação sobre os casos de violência conjugal.	112	93,3%	4	3,3%	4	3,3%			120	100,0%
- Informei as utentes sobre os seus direitos em relação às situações de violência	44	36,7%	28	23,3%	40	33,3%	8	6,7%	120	100,0%
- Avaliei a que nível de perigo estava a vítima exposta	56	46,7%	36	30,0%	28	23,3%			120	100,0%
- Ajudei as vítimas em situação de perigo a estabelecer planos de segurança	60	50,0%	28	23,3%	32	26,7%			120	100,0%

### 1.3. Caracterização dos recursos do centro de saúde

Relativamente à existência de lista ou directório das organizações locais ou de outros recursos da comunidade para onde possam remeter as vítimas de violência (quadro 5), verifica-se que apenas 23,3% dos participantes têm conhecimento que estes existam nos Centros de Saúde onde trabalham e 50% dos participantes não sabe se esta existirá ou não.

**Quadro 5-** Existência de lista ou directório

	Frequências Absolutas	Frequências Relativas	Frequências Acumuladas
Não sei	60	50,0	50,0
Sim	28	23,3	73,3
Não	32	26,7	100,0
Total	120	100,0	

De salientar também, que em 40 % dos casos os participantes consideram que o sistema existente no Centro de Saúde onde trabalham é inadequado para seguir os casos individuais de violência que tenham sido detectados (quadro 6)

**Quadro 6-** Adequação do sistema existente no Centro de Saúde

	Frequências Absolutas	Frequências Relativas	Frequências Acumuladas
Adequado	8	6,7	6,7
Inadequado	48	40,0	46,7
Mais ou menos adequado	28	23,3	70,0
Não sabe/sem opinião	36	30,0	100,0
Total	120	100,0	

#### 1.4. Caracterização dos conhecimentos sobre a problemática

Como se pode observar no quadro 7, a resposta “falso” reuniu maiores percentagens em todos os itens apresentados. De realçar as afirmações que reuniram maiores percentagens: “geralmente os homens agressivos deixam de o ser quando as mulheres engravidam” (83,3%) e “a violência conjugal é um assunto privado, os estranhos não devem interferir” (80%).

**Quadro 7-** Conhecimentos relativos à violência conjugal

	Não sei		Verdadeiro		Falso		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
- A violência conjugal é um assunto privado, os estranhos não devem interferir	4	3,3%	20	16,7%	96	80,0%	120	100,0%
- Geralmente os homens agressivos deixam de o ser quando as mulheres engravidam			20	16,7%	100	83,3%	120	100,0%
- A violência conjugal é um problema que afecta principalmente as mulheres pobres.	8	6,7%	24	20,0%	88	73,3%	120	100,0%
- Os comportamentos inadequados das mulheres provocam a agressão	16	13,3%	28	23,3%	76	63,3%	120	100,0%

O conhecimento sobre a existência, ou não, de obrigações legais relativamente às vítimas por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, é apresentado no quadro 8, sendo que 53,3% dos participantes consideram que, de acordo com as leis existentes em Portugal, os profissionais de saúde têm obrigações legais relativamente às vítimas de violência conjugal. De realçar que 40% dos enfermeiros inquiridos não tem qualquer tipo de conhecimento (não sabe) sobre a existência de tais leis.

**Quadro 8** – Conhecimento da existência de obrigações legais por parte dos profissionais de saúde

	Frequências Absolutas	Frequências Relativas	Frequências Acumuladas
Não sei	48	40,0	40,0
Verdadeiro	64	53,3	93,3
Falso	8	6,7	100,0
Total	120	100,0	

### 1.5. Caracterização da formação profissional acerca da violência conjugal

Quando questionados sobre a formação em violência conjugal, a maioria dos participantes responderam que se sente mal preparado para lidar com casos de violência conjugal, principalmente no que diz respeito à sua detecção (56,7%) e ao diálogo sobre o assunto com as vítimas (56,7%). No entanto, verifica-se que para falar com as vítimas de violência sexual sobre a sua saúde reprodutiva, 56,7% dos participantes se sente mais ao menos preparado.

**Quadro 9** – Formação sobre violência conjugal

	Mal		Mais ou menos		Bem		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
- Falar com a utente sobre violência conjugal	68	56,7%	40	33,3%	12	10,0%	120	100,0%
- Detectar casos de violência conjugal	68	56,7%	36	30,0%	16	13,3%	120	100,0%
- Fornecer a ajuda necessária às vítimas de violência	56	46,7%	44	36,7%	20	16,7%	120	100,0%
- Avaliar o nível de perigo a que as mulheres estão sujeitas	60	50,0%	48	40,0%	12	10,0%	120	100,0%
- Ajudar a utente a criar um plano de segurança	60	50,0%	48	40,0%	12	10,0%	120	100,0%
- Documentar casos de violência	60	50,0%	45	37,5%	15	12,5%	120	100,0%
- Falar com as mulheres vítimas de violência sexual sobre a sua saúde reprodutiva	32	26,7%	68	56,7%	20	16,7%	120	100,0%

Relativamente à participação em sessões de formação sobre o tema (quadro 10), 90% dos participantes nunca participou em nenhuma.

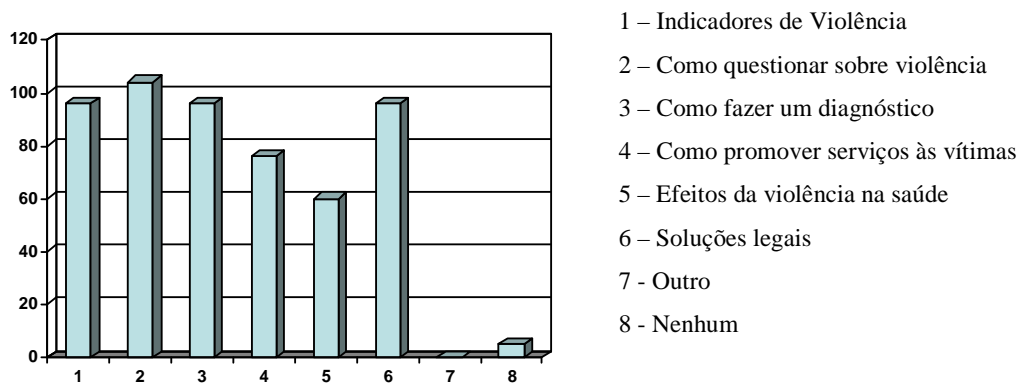
**Quadro 10-** Participação em sessões de formação

	Frequências Absolutas	Frequências Relativas	Frequências Acumuladas
Nenhuma vez	108	90,0	90,0
Uma vez	4	3,3	93,3
Duas vezes	8	6,7	100,0
Total	120	100,0	

Muitos dos participantes gostariam de ter mais formação em vários tópicos relacionados com a violência conjugal (gráfico 2), sendo o tópico “como questionar sobre a violência” o mais referido (86,7%), seguido de “indicadores de violência”, “como fazer um diagnóstico” e “soluções legais”, todos referidos por 80 % dos participantes.

Apenas 3,3% dos participantes consideram não necessitar de nenhum tipo de formação sobre a problemática.

**Gráfico 2-** Tópicos em que gostaria de receber mais formação



## 1.6. Relação entre questionamento das utentes sobre violência conjugal e as barreiras ao questionamento efectivo

### Relação entre questionamento das utentes sobre violência conjugal e limitações de tempo como barreira

Observando o quadro 11, verifica-se que 95,7% dos inquiridos que concordam que as limitações de tempo são uma barreira não questionam as utentes sobre violência conjugal, enquanto que 100% dos que discordam, questionam.

**Quadro 11-** Tenho limites de tempo/No último ano alguma vez questionou

**Tenho limites de tempo \* No último ano alguma vez questionou Crosstabulation**

			No último ano alguma vez questionou		Total
			Sim	Não	
Tenho limites de tempo	Discordo	Count % within Tenho limites de tempo	28 100,0%	0 ,0%	28 100,0%
	Concordo	Count % within Tenho limites de tempo	4 4,3%	88 95,7%	92 100,0%
Total		Count % within Tenho limites de tempo	32 26,7%	88 73,3%	120 100,0%

Relativamente à relação entre estas duas variáveis, verifica-se que esta é estatisticamente significativa no universo em análise havendo assim associação entre as duas ( $p = 0$ ), ou seja, quem concorda que o limite de tempo é factor condicionante, não questiona. Assim o questionamento das utentes é dependente da variável “limitação de tempo”.



## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	100,435 <sup>b</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>a</sup>	95,603	1	,000		
Likelihood Ratio	106,272	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	99,598	1	,000		
N of Valid Cases	120				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,47.

Atendendo que existe uma relação de dependência entre o questionamento das utentes sobre violência conjugal e limitações de tempo, verifica-se que existe uma associação forte e positiva entre as duas variáveis, observando os valores de Ró de Spearman ( $R= 0,915$ ).

## Correlations

			No último ano alguma vez questionou	Tenho limites de tempo
Spearman's rho	No último ano alguma vez questionou	Correlation Coefficient	1,000	,915**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	120	120
	Tenho limites de tempo	Correlation Coefficient	,915**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	120	120

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

### Relação entre questionamento das utentes sobre violência conjugal e falta de espaços privados no centro como barreira

Relativamente à relação entre o questionamento das utentes sobre violência conjugal e a falta de espaços privados no Centro de Saúde como barreira, é possível verificar (quadro 12) que, 100% dos participantes que concordam que a falta de espaços privados no centro é uma barreira, não questionam as utentes, enquanto que 88,9% dos que discordam, questionam.

**Quadro 12-** Análise da relação entre questionamento das utentes sobre violência conjugal e falta de espaços privados no Centro como barreira

**Há falta de espaços privados no centro \* No último ano alguma vez questionou**  
**Crosstabulation**

			No último ano alguma vez questionou		Total
			Sim	Não	
Há falta de espaços privados no centro	Discordo	Count % within Há falta de espaços privados no centro	32 88,9%	4 11,1%	36 100,0%
	Concordo	Count % within Há falta de espaços privados no centro	0 ,0%	84 100,0%	84 100,0%
Total		Count % within Há falta de espaços privados no centro	32 26,7%	88 73,3%	120 100,0%

A relação entre estas duas variáveis é estatisticamente significativa ( $p = 0$ ), existindo associação entre elas, ou seja, quem concorda que há falta de espaços privados no centro de saúde, não questiona. Assim o questionamento das utentes é dependente da variável “falta de espaços no centro de saúde”.

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	101,818 <sup>b</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>a</sup>	97,323	1	,000		
Likelihood Ratio	114,064	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	100,970	1	,000		
N of Valid Cases	120				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,60.

Atendendo que existe uma relação de dependência entre o questionamento das utentes sobre violência conjugal e falta de espaços privados no centro de saúde, verifica-se que

existe uma associação forte e positiva entre as duas variáveis, observando os valores de Ró de Spearman (R= 0,921).

#### Correlations

			No último ano alguma vez questionou	Há falta de espaços privados no centro
Spearman's rho	No último ano alguma vez questionou	Correlation Coefficient	1,000	,921**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	120	120
	Há falta de espaços privados no centro	Correlation Coefficient	,921**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	120	120

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

#### **Relação entre questionamento das utentes sobre violência conjugal e falta de recursos na comunidade como barreira**

Da análise da relação entre a variável questionamento das utentes sobre violência conjugal e falta de recursos da comunidade como barreira (quadro 13) verifica-se que 91,7% dos participantes que concordam que a falta de recursos na comunidade é uma barreira ao questionamento das utentes sobre violência conjugal não questionam as vitimas sobre este tema, enquanto que 100 % dos que discordam, questionam.

**Quadro 13-** Análise da relação entre questionamento das utentes sobre violência conjugal e falta de recursos na comunidade como barreira

**Existem poucos recursos na comunidade para onde possa remeter as vítimas \* No último ano alguma vez questionou Crosstabulation**

			No último ano alguma vez questionou		Total
			Sim	Não	
Existem poucos recursos na comunidade para onde possa remeter as vítimas	Discordo	Count % within Existem poucos recursos na comunidade para onde possa remeter as vítimas	24 100,0%	0 ,0%	24 100,0%
	Concordo	Count % within Existem poucos recursos na comunidade para onde possa remeter as vítimas	8 8,3%	88 91,7%	96 100,0%
Total		Count % within Existem poucos recursos na comunidade para onde possa remeter as vítimas	32 26,7%	88 73,3%	120 100,0%

Relativamente à relação entre estas duas variáveis, verifica-se que esta é estatisticamente significativa no universo em análise havendo assim associação entre as duas ( $p = 0$ ), ou seja, quem concorda que existem poucos recursos na comunidade para onde remeter as vítimas, não questiona. Assim o questionamento das utentes é dependente da variável “poucos recursos na comunidade para onde remeter as vítimas”.

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	82,500 <sup>b</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>a</sup>	77,879	1	,000		
Likelihood Ratio	84,107	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	81,813	1	,000		
N of Valid Cases	120				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,40.

Atendendo que existe uma relação de dependência entre o questionamento das utentes sobre violência conjugal e a falta de recursos na comunidade para onde remeter as vitimas, verifica-se que há uma associação forte e positiva entre as duas variáveis, observando os valores de Ró de Spearman ( $R = 0,829$ ).

#### Correlations

			No último ano alguma vez questionou	Existem poucos recursos na comunidade para onde possa remeter as vitimas
Spearman's rho	No último ano alguma vez questionou	Correlation Coefficient	1,000	,829**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	120	120
	Existem poucos recursos na comunidade para onde possa remeter as vitimas	Correlation Coefficient	,829**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	120	120

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

#### Relação entre questionamento das utentes sobre violência conjugal e participação em sessões de formação

Da análise da relação entre a variável "questionamento das utentes sobre violência conjugal e participação em sessões de formação", observando o quadro 14, verifica-se que dos inquiridos que nunca participaram em sessões de sensibilização ou formação relativamente á violência conjugal, 70,4% não questiona as vitimas, mas dos que já participaram, 100% também não questiona.

**Quadro 14-** Análise da relação entre questionamento das utentes sobre violência conjugal e participação em sessões de formação

**Quantas vezes participou em sessões de sensibilização ou formação relativamente à violência conjugal \* No último ano alguma vez questionou Crosstabulation**

			No último ano alguma vez questionou		Total
			Sim	Não	
Quantas vezes participou em sessões de sensibilização ou formação relativamente à violência conjugal	0	Count % within	32 29,6%	76 70,4%	108 100,0%
	1	Count % within	0 ,0%	4 100,0%	4 100,0%
	2	Count % within	0 ,0%	8 100,0%	8 100,0%
Total	Count % within	32 26,7%	88 73,3%	120 100,0%	

Assim, a relação entre questionar as utentes vitimas de violência conjugal e participação em sessões de sensibilização ou formação relativamente a este tipo de violência, não é estatisticamente significativa no universo em análise ( $p = 0,089$ ), não havendo associação entre as duas, ou seja, "não questionar as utentes" não tem relação com o nível de formação que se possui.

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,848 <sup>a</sup>	2	,089
Likelihood Ratio	7,918	2	,019
Linear-by-Linear Association	4,416	1	,036
N of Valid Cases	120		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,07.

### **Relação entre questionamento das utentes sobre violência conjugal e adequação do sistema existente no Centro de Saúde**

Pela observação do quadro 15, verifica-se que 100 % dos participantes que considera o sistema existente no Centro de saúde onde trabalha adequado e 85,7% que considera mais ou menos adequado para seguir casos individuais de violência que tenham sido detectados, questiona as utentes sobre violência conjugal. Os participantes que consideram inadequado o sistema e os que não sabem ou não tem opinião sobre este tema, não questionam as utentes.

**Quadro 15-** Análise da relação entre o questionamento das utentes sobre violência conjugal e adequação do sistema existente no Centro de Saúde

**Quão adequado é o sistema existente no CS onde trabalha para seguir os casos individuais de violência que tenham sido detectados \* No último ano alguma vez questionou Crosstabulation**

			No último ano alguma vez questionou		Total
			Sim	Não	
Quão adequado é o sistema existente no CS onde trabalha para seguir os casos individuais de violência que tenham sido detectados	Adequado	Count % within Quão adequado é o sistema existente no CS onde trabalha para seguir os casos individuais de violência que tenham sido detectados	8 100,0%	0 ,0%	8 100,0%
	Inadequado	Count % within Quão adequado é o sistema existente no CS onde trabalha para seguir os casos individuais de violência que tenham sido detectados	0 ,0%	48 100,0%	48 100,0%
	Mais ou menos adequado	Count % within Quão adequado é o sistema existente no CS onde trabalha para seguir os casos individuais de violência que tenham sido detectados	24 85,7%	4 14,3%	28 100,0%
	Não sabe/sem opinião	Count % within Quão adequado é o sistema existente no CS onde trabalha para seguir os casos individuais de violência que tenham sido detectados	0 ,0%	36 100,0%	36 100,0%
Total	Count % within Quão adequado é o sistema existente no CS onde trabalha para seguir os casos individuais de violência que tenham sido detectados	32 26,7%	88 73,3%	120 100,0%	

A relação entre questionar as utentes e a adequação do sistema do centro de saúde para seguir as mesmas, é estatisticamente significativa no universo em análise ( $p = 0$ ), observando-se uma relação de dependência.



**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	102,468 <sup>a</sup>	3	,000
Likelihood Ratio	116,213	3	,000
Linear-by-Linear Association	3,373	1	,066
N of Valid Cases	120		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,13.

Atendendo que existe uma relação de dependência, entre o questionamento das utentes e a adequação do sistema do centro de saúde, verifica-se uma associação positiva mas fraca entre estas duas variáveis, observando o valor de Ró de Spearman (R=0,12).

**Correlations**

		No último ano alguma vez questionou		Quão adequado é o sistema existente no CS onde trabalha para seguir os casos individuais de violência que tenham sido detectados
Spearman's rho	No último ano alguma vez questionou	Correlation Coefficient	1,000	,120
		Sig. (2-tailed)	.	,193
		N	120	120
	Quão adequado é o sistema existente no CS onde trabalha para seguir os casos individuais de violência que tenham sido detectados	Correlation Coefficient	,120	1,000
		Sig. (2-tailed)	,193	.
		N	120	120

## IV- Discussão

A informação mundial sobre violência e saúde, alerta-nos para a inércia que se tem vivido sobre a temática. O século XX será recordado como um século marcado pela violência, com um legado de destruição massiva. Menos visível mas igualmente devastador é o sofrimento individual e quotidiano das crianças maltratadas por pessoas que deveriam protegê-las, das mulheres feridas e humilhadas pelo seu companheiro violento, das pessoas idosas maltratadas pelos seus cuidadores, dos jovens intimidados por outros jovens e pessoas de todas as idades que actuam violentamente contra si mesmas.

Sabendo que todos estes itens referidos, são tão importantes uns quanto outros, parece-nos o da violência conjugal o de maior atenção, pela forma dissimulada com que muitas vezes é tratado e ultrapassado.

Assim, o propósito deste estudo foi descrever as barreiras contextuais e individuais que afectam os enfermeiros perante as vítimas de violência conjugal, e explorar as relações existentes entre essas barreiras e o não questionamento por parte dos enfermeiros sobre este tipo específico de violência. Partiu-se de uma interrogação principal que funcionou como o primeiro fio condutor de um longo caminho: existe uma relação entre o não questionamento por parte dos enfermeiros sobre violência conjugal e as barreiras contextuais e individuais que o afectam?

Do conjunto das informações sóciodemográficas obtidas, ressalta a ideia de que estamos na presença de um grupo maioritariamente feminino, com idade acima dos 44 anos, a trabalhar há mais de 7 anos nos centros de saúde em questão.

Dados facultados pela Ordem dos Enfermeiros mostram que dos 15.703 Enfermeiros inscritos a nível nacional, 9074 exercem funções no distrito do Porto e destes 2168 nos Cuidados de saúde Primários, sendo 1917 do sexo feminino e 251 do sexo masculino, estando 524 na faixa etária dos 36 aos 45 anos. Da análise destes dados, parece-nos que a amostra pode ser considerada significativa da classe profissional escolhida para o estudo.

Os resultados mostraram que muitos casos de violência conjugal parecem ficar por detectar por parte dos enfermeiros, o que vai de encontro a vários estudos sobre a mesma problemática (Cann et al, 2001; Häggbloom et al, 2005). Isto, provavelmente dever-se-á ao facto de a maioria (73,3%) dos enfermeiros participantes não questionar rotineiramente as suas utentes sobre a violência conjugal de que são, ou possam ter sido, alvo. O mesmo é verificado noutros estudos que mostram que os profissionais de saúde identificam muito poucas vítimas de violência conjugal, apesar de a maioria destas procurarem ajuda médica após os incidentes violentos (Carbonell et al, 1995; Moore et al, 1997; Cann et al, 2001; Chung et al, 1996; Ghelton et al, 1987; Warshaw, 1989; Henderson, 1992).

De facto, as restrições de tempo são identificadas como sendo uma barreira ao questionamento efectivo em vários estudos (McCosker- Howard et al, 2005; Bates et al, 1998; Chez et al 1999; Corbally, 2001; Ellis, 1999; Goff et al, 2001; Kahan et al, 2000). A posição dos enfermeiros face às prioridades de trabalho, perturba, muitas vezes, o questionamento efectivo acerca da violência conjugal, dificulta a construção de elos de comunicação entre os enfermeiros e as suas utentes, e aumenta os elementos de tensão no local de trabalho (McCosker-Howard et al, 2005).

Deste modo, é óbvio que existem alguns obstáculos que impedem o questionamento efectivo por parte dos enfermeiros às vítimas (Wright et al, 1997; Muelleman et al, 1996; Richardson et al, 1996; Corbally, 2001; Sugg & Inui, 1992). Neste estudo, dos 10 itens apresentados, sobressai-se a concordância com 4 deles: a pouca formação recebida para lidar com o problema (90%), a falta de recursos da comunidade para onde remeter as vítimas (80%), as limitações de tempo (76,7%) e a falta de espaços privados no Centro de Saúde (70%). Estas barreiras, identificadas pelos participantes, poderão ser possíveis explicações para o facto de a maioria dos enfermeiros nunca terem dado nenhuma resposta às vítimas de violência conjugal, à excepção da escuta e suporte emocional às vitimas que, mesmo assim, foi verificada em apenas 36,7 % dos casos.

Uma outra explicação poderá ser a inadequação do sistema existente no Centro de Saúde para seguir os casos individuais de violência que tenham sido detectados, sentida por 40% dos participantes, uma vez que vários estudos mostram que um sistema de acompanhamento adequado e até mesmo a existência de um protocolo de enfermagem aumenta o

questionamento por parte dos enfermeiros e conseqüentemente a identificação das vítimas de violência conjugal (Tilden et al, 1987; Lazzaro et al, 1991; Chung et al, 1996).

As crenças culturais podem também afectar as respostas dos enfermeiros às vítimas de violência conjugal (Chung et al, 1996). No entanto, no estudo em questão, é possível verificar que a maioria dos enfermeiros não concorda com a ideia tradicional de que a violência conjugal é um assunto privado (80%), que afecta principalmente as mulheres pobres (73,3%). Apesar disso é de realçar que 23,3 % dos enfermeiros ainda considera que os comportamentos inadequados das mulheres provocam agressões.

Cerca de 90% dos enfermeiros inquiridos nunca participou em nenhuma sessão de formação sobre a violência conjugal, a maioria sente-se mal preparado para lidar com esta problemática, especialmente a nível do questionamento e detecção deste tipo de violência (56,7%). Conseqüentemente, a maioria dos enfermeiros considera necessitar de mais formação, principalmente acerca de como fazer um diagnóstico de violência. O mesmo foi verificado num estudo realizado em Hong Kong, no qual 94% dos enfermeiros participantes afirmaram não ter formação para lidar com a violência conjugal (Chung et al, 1996). Dadas as características da violência conjugal, é importante tornar acessível aos profissionais, noções básicas de identificação, suporte e encaminhamento das situações de violência para que estes possam sentir-se capazes de lidar com o problema (Monteiro, 2000).

Uma vez que os enfermeiros consideram não ter a formação adequada para lidar com a problemática, não é de estranhar que as respostas por eles dadas às vítimas sejam, frequentemente confusas e inapropriadas (Cann et al, 2000).

Pretendia-se com este estudo, por um lado, saber se as barreiras contextuais afectam o questionamento por parte dos enfermeiros, e por outro, saber se as barreiras individuais afectam esse mesmo questionamento.

O estudo revelou que quanto maior a concordância com as barreiras apresentadas (limitações de tempo, falta de espaços privados, adequação do sistema existente no Centro de saúde e falta de recursos da comunidade) menor a taxa de questionamento por parte dos enfermeiros sobre violência conjugal. Ou seja, os participantes que durante a sua actividade profissional se

deparam com uma série de restrições institucionais e comunitárias, que consideram limitativas, tendem a questionar menos as utentes sobre violência conjugal, a relação entre estas variáveis e o questionamento por parte dos enfermeiros sobre violência conjugal apresenta-se significativa. Isto pode dever-se a que, perante as pressões existentes, os enfermeiros sintam que as instituições onde trabalham valorizam mais outros tipos de intervenções clínicas (Cohen et al, 1997).

Por fim, no que diz respeito às barreiras individuais, é de revelar que a relação entre a participação em sessões de sensibilização ou formação relativamente á violência conjugal e o questionar as utentes vitimas deste tipo de violência não é significativa. Esta relação é de fraca intensidade. Muitas vezes, os profissionais de saúde que não se sentem preparados para atender às necessidades das vítimas (Rittmayer et al, 1999), deixam de questionar as mulheres sobre a sua experiência de violência conjugal, mas alguns destes questionam. Será a sensibilidade humana e a solidariedade que motivam este processo?

Em suma os resultados reforçam a convicção de que certas barreiras individuais e contextuais afectam o questionamento por parte dos enfermeiros às utentes sobre a violência conjugal de que possam ser, ou ter sido, alvo. Assim, actualmente, e de acordo com Hoff (1994) já não se põe a questão de saber quando é que os profissionais de saúde devem ser preparados para tratarem este problema, mas sim saber como é que esta tarefa pode ser realizada de forma sistemática e quais são as responsabilidades destes para apoiar as vitimas/sobreviventes.

Existem, no entanto, potenciais limitações para este estudo que é necessário considerar, e que pode limitar a sua aplicabilidade e generalização à população. Por um lado, este estudo foi limitado a centros de saúde, logo, os resultados não podem ser generalizados a outros serviços de saúde. Por outro lado, este foi realizado apenas com enfermeiros de centros de saúde com um misto de rural/urbano dado que se localiza nos limites da cidade do Porto – concelho de Gondomar, que poderão ter atitudes e conhecimentos diferentes dos enfermeiros de centros de saúde urbanos.

## V - Conclusão

A violência é uma constante na vida de grande número de pessoas em todo o mundo e afecta-nos a todos de uma maneira ou de outra. Para muitos, permanecer a salvo consiste em fechar portas e janelas e evitar lugares perigosos. Para outros não há escapatória, porque a ameaça da violência está dentro dessas portas e janelas, oculta aos olhos dos demais.

Face ao estudo realizado, quantitativo, descritivo e transversal, e às características dos dados, considerou que a maior parte dos resultados evidenciados pela análise da informação colhida, é por si só fonte de reflexão.

É sempre mais valia fazer uma apreciação dos mesmos, procurando realçar os aspectos mais significativos e confronta-los com os resultados de estudos congéneres.

Procurará ainda levantar algumas questões que possam constituir uma base para outros trabalhos de investigação.

Ao fazer uma leitura global dos dados, depois de analisados, sobressaem desde logo alguns aspectos:

- os Enfermeiros não questionam directa ou indirectamente as utentes sobre a violência de que possam ser, ou ter sido vitimas;
- os Enfermeiros reconhecem que têm obrigações legais relativamente às vitimas de violência conjugal;
- os Enfermeiros consideram barreiras ao questionamento efectivo, as limitações de tempo, a falta de espaços privados, a falta de recursos da comunidade para onde remeter as vítimas, e a adequação do sistema existente no centro de saúde.

Isto significa que os Enfermeiros participantes, na presença destas barreiras tendem a não questionar as utentes sobre esta problemática.

No que concerne à hipótese que alega uma relação entre o não questionamento sobre violência conjugal e a participação em sessões de formação, os resultados são pouco conclusivos. De facto, a formação dos enfermeiros sobre a problemática é muito importante, na medida em que aumenta a sua sensibilidade e capacidade para lidar com um problema de saúde e social tão complexo, e para providenciar intervenções apropriadas às mulheres vítimas (Chung et al, 1996). Assim como recomenda Mandt (1993), é necessário modificar o curriculum escolar para que os enfermeiros, no fim da sua formação escolar se sintam preparados para dar respostas efectivas a problemas sociais tão graves como a violência conjugal. Mas quem é sensível a enveredar por uma profissão cuja arte é “ajudar e “cuidar”, possivelmente construiu a sua personalidade valorizando princípios de solidariedade com o próximo.

Ao longo do presente trabalho, inúmeras ideias foram surgindo para investigações futuras. Em primeiro lugar, considera-se aliciante a possibilidade de realizar estudos semelhantes com outra metodologia de cariz mais qualitativo, que explore a base racional por detrás tanto das atitudes como dos comportamentos dos enfermeiros para compreensão do não questionamento efectivo.

Em segundo lugar, é necessário intervir traçando estratégias para desmanchar essa rede complexa de considerações profissionais, culturais e institucionais que afectam a capacidade e vontade dos enfermeiros enfrentarem a violência conjugal, sendo as barreiras evidenciadas ao longo do trabalho as coartadoras das respostas eficazes ao problema.

Em terceiro lugar, a realização de estudos que identifiquem a melhor forma de providenciar formação, em termos de conteúdo e de estratégias de ensino seria também muito importante, assim como a realização de estudos que avaliem as mudanças nos comportamentos e atitudes dos enfermeiros após estas formações.

Por fim, a implementação de um protocolo relativo aos procedimentos em casos de violência conjugal nos centros de saúde, que atenda á Declaração das Nações unidas sobre eliminação

da violência contra a mulher, é também crucial para uma identificação atempada das vítimas (AMA, 1994).

Ainda e com carácter de importância suprema, a necessidade de divulgar a esta e todas as equipas profissionais passíveis de contactar com este tipo de violência, algumas das recomendações da “World Report on Violence and Health” (OMS,2002) :

- Criar, aplicar e supervisionar um plano nacional de acção para prevenir a violência
- Aumentar a capacidade de recolha de dados sobre violência
- Reforçar as respostas ás vítimas de violência
- Integrar a prevenção da violência nas políticas sociais e educativas e promover a igualdade social e entre sexos
- Implementar a colaboração e o intercâmbio de informação sobre prevenção de violência
- Promover e supervisionar cumprimento dos tratados internacionais e da legislação e outros mecanismos de protecção dos direitos humanos.



## **Bibliografia**

Abbott, J., Johnson, R., Koziol-McLain, J. e Lowenstein, S. (1995). Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. *Journal of the American Medical Association*, 273(22), pp.1763-1767.

Adeodato, V.G., Carvalho, R.R., Siqueira, V.R. e de Matos e Souza, F.G. (2005). Quality of life and depression in women abused by their partners. *Rev Saude Publica*, 2005 Feb, 39(1), pp. 108-113.

Agudelo, S. (1990). La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la region. *Boletim Epidemiológico de la OPS*, 11, pp.1-7.

Aldarondo, E. (1996). Cessation and persistence of wife assault: a longitudinal analysis. *American journal of orthopsychiatry*, 66(1), pp. 144-151.

Alpert, E.J., Tonkin, A.E., Seeherman, A.M. e Holtz, H.A. (1998). Family Violence Curricula in U.S. Medical Schools. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), pp. 273-282.

Amaro, H., Fried, L., Cabral, H. e Zuckerman, B. (1990). Violence during pregnancy and substance use. *American Journal of Public Health*, 80(5), pp.575-579.

American Psychiatric Association (APA).(1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: IV. Washington, D.C., APA, Jun. 1994. 886, pp. 9.

Bailey, J., Kellermann, A., Somes, G., Banton, J., Rivara, F. e Rushforth, N. (1997). Risk factors for violent death of women in the home. *Archives of Internal Medicine*, 157(7), pp. 777-782.

Barnett, O. e Violette, A. (1993). *It could happen to anyone: why battered women stay*. California, Sage publications.

Blanc, A., Wolff, B., Gage, A., Ezeh, A., Neema, S. e Sekamatte-Ssebuliba, J. (1996). Negotiating reproductive outcomes. *Institute of Statistics and Applied Economics and Macro International*, Uganda.

Bokunewicz, B. e Carman-Copel, L. (1992). Attitudes of Emergency Nurses Before and After a 60 minute Educational Presentation on Partner Abuse. *Journal of Emergency Nursing*, 18 (1), pp. 24-27.

Bonger Institute of Criminology. (1997). *Domestic Violence*. Amsterdam, University of Amsterdam

Bowlby, J. (1958/1976). A natureza da ligação da criança com a mãe, in: L. Soczka (Ed.). *As ligações infantis*, Lisboa, Bertrand.

Campbell, J. (1994). Addressing battering during pregnancy: Reducing low birth weight and ongoing abuse. *Seminars in Perinatology*, 19(4), pp. 301-306.

Campbell, J., Jones, A. e Dienemann, J. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med*, 162, pp. 1157-1163.

Caralis, P.V. e Musialowski, R. (1997). Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *Southern Medical Journal* 90(11), pp. 1075-1080.

Carmen, E., Rieker, P. e Mills, T. (1984). Victims of violence and psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 141(3), pp. 378-383.

Cascardi, M., O'Leary, K., Lawrence, E. e Schlee, K. (1995). Characteristics of women physically abused by their spouses and who seek treatment regarding marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), pp. 616-623.

Casimiro, C. (2000). Representações sociais da violência conjugal. *Análise Social*, nº163, pp. 603-630.

Chapman, J. (1989). A longitudinal study of sexuality and gynecologic health in abused women. *Journal of the American Osteopathic Association*, 89(5), pp. 619-624.

Chung M.Y., Wong T.W. e Yiu J.K. (1996). Wife Battering in Hong Kong: Accident and Emergency Nurses' Attitudes and Beliefs. *Accident and Emergency Nursing*, 4, pp. 152-155.

CIDM, (2002), *Urgências, saúde e violência doméstica: uma questão de vida ou de morte*. Porto, CIDM.

Cohen, S., De Vos, E. e Newberger, E. (1996). Barriers to physician identification and treatment of family violence: Lessons from five communities. *Academic Medicine*, 72(1 Suppl.), pp. S19-S25.

Collett, B., Cordle, C., Stewart, C. e Jagger, C. (1998). A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic non pelvic pain and those with no history of pain attending general practitioners. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105(1), pp. 87-92.

Costa, M. e Duarte, C. (2000), *Violência familiar*, Porto, Ambar.

Cronin, C. e O'Connor, M. (1993). The Identification and Treatment of Women Admitted to an Accident and Emergency Department as a Result of Assault by Spouses/Parteners, Unpublished Report, St. James's Hospital, Dublin.

Danielson, K., Moffitt, T., Caspi, A. e Silva, P. (1998). Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: Evidence from an epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 155(1), pp. 131-133.

Davies, K. e Edwards, L. (1990). Domestic Violence: A Challenge to Accident and Emergency Nurses. *Accident and Emergency Nursing*, 7, pp. 26-30

Davison, J. (1997). Domestic Violence: The Nursing Response. *Professional Nurse*, 12 (9), pp. 632-634.

Delvaux, M., Denis, P. e Allemand, H. (1997). Sexual abuse is more frequently reported by IBS patients than by patients with organic digestive diseases or controls. Results of a multicentre inquiry. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 9(4), pp. 345-352.

Dias, I. (2004). *Violência na família-uma abordagem sociológica*, Porto, Afrontamento.

Dickinson, L., Degruy, F., Dickinson, W. e Candib, L. (1999). Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse. *Archives of Family Medicin*, 8(1), pp. 35-43.

Dobbash, R. e Dobbash, R. (1992). *Woman violence & social change*. New York, Routledge.

Doerner, W. e Lab, S. (1995). *Victimology*. Cincinatti, Anderson Publishing Co.

Dutton, D., Saunders, K., Starzomski, A. e Bartholomew, K. (1994). Intimacy-anger and insecure attachment as precursors of abuse in intimate relationships. *Journal of applied social psychology*, 24(15), pp. 1367-85.

Edleson, J., Eisikovits, Z., Guttman, E. e Sela-amit, M. (1991). Cognitive and interpersonal factors in woman abuse. *Journal of family violence*, 6(2), pp. 167-181.

Ehlert, U., Heim, C. e Hellammer, D. (1999). Chronic pelvic pain as a somatoform disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(2), pp. 87-94.

Ellsberg, M., Caldera, T., Herrera, A., Winkvist, A. e Kullgren, G. (1999). Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women. *American Psychologist*, 54(1), pp. 30-36.

Epstein, J., Saunders, B., Kilpatrick, D. e Resnick, H. (1998). PTSD as a mediator between childhood rape and alcohol use in adult women. *Child Abuse and Neglect*, 22(3), pp. 223-234.

Fawcett, G., Venguer, T., Vernon, R., e Pick, S. (1998). Deteccion y manejo de mujeres victimas de violencia domestica: Desarrollo y evaluacion de un programa dirigido al personal de salud. [SPA] [Detection and management of female victims of domestic violence: Development and evaluation of a program for health care personnel]. Mexico City, Population Council, pp. 1-30.

Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., Koss, M. e Marks, J. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), pp. 245-258.

Ganley, A.L., Fazio, J., Hyman, A., James, L., e Ruiz-Contreras, A. (1998). Improving the health care response to domestic violence, A trainer's manual for health care providers. *San Francisco, Family Violence Prevention Fund*, Apr. 1998, p.301.

Gelles, R. (1976). Abused wives: why do they stay?. *Journal of marriage and the family*, 38(4), pp. 659-668.

Gelles, R. (1993). *Family Violence-Preventing and treatment*. Newbury Park, California, Sage Publications, pp.1-24.

Gelles, R., Loseke, D. (1994). *Current controversies on family violence*. London, Sage publications.

Gelles, R. (1997). *Intimate violence in families*. Thousand Oaks, California, Sage publications.

Giddens, A. (1994). *Sociologia*, Madrid, Alianza Universidad Textos.

Giffin, K. (1994). Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(supp),pp.146-155.

Gilbert, L. (1996). Urban violence and health, South Africa. *Social Science and Medicine*, 43(5), pp. 873-886.

Golding, J. (1996). Sexual assault history and women's reproductive and sexual health. *Psychology of Women Quarterly*, 20, pp. 101-121.

Golding, J., Cooper, M. e George, L. (1997). Sexual assault history and health perceptions, seven general population studies. *Health Psychology*, 16(5), pp. 417-425.

Golding, J., Wilsnack, S. e Learman, L. (1998). Prevalence of sexual assault history among women with common gynecologic symptoms. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 179(4), pp. 1013-1019.

Gondolf, E., Muley, E. e Lidz, C. (1990). Characteristics of perpetrators of family and non family assaults. *Hospital and community psychiatry*, 41(2), pp. 191-93.

Gonçalves, C. (1998). *Emergência e Consolidação dos Economistas em Portugal*. Dissertação de Doutoramento em Sociologia, Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

Grunfeld, A.F., Ritmilller, S., Mackay, K., Cowan, L. e Hotch, D. (1994). Detecting Domestic Violence Against Women in the Emergency Department: A Nursing Triage Model. *Journal of Emergency Nursing*, 20 (4), pp. 271-274.

Hackler, J. (1991). The reduction of violent crime through economic equality for women. *Journal of Family Violence*, 2, pp. 199-216

Hamberger, L. K., Saunders, D. G., e Hovey, M. (1998). Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. *Family Medicine*, 24, pp. 283-287.

Hattendorf, J. e Tollerud, T.R. (1997). Domestic Violence, Counselling Strategies that Minimise the Impact of Secondary Victimization. *Perspectives in Psychiatric Care*, 33 (1), pp. 14-23.

Heise, L., Pitanguy, J. e Germain, A. (1994). *Violencia contra la Mujer, La Carga Oculta sobre la Salud. Organización Panamericana de la Salud*, Washington, D.C., Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

Hewison, A. (1995). Nurses' Power in Interactions with Patients. *Journal of Advanced Nursing*, 21, pp. 75-82.

Hoff, L.A. (1994). *Violence issues, an interdisciplinary curriculum guide for health professionals*. Canada, Mental Health Division.

Holtzworth, M., Jacobson, N., Fehrenbach, P. e Fruzzetti, A. (1997). Violent married couples attributions for violent and nonviolent self and partner behaviors, *Behavioral assessment*, 14(1), pp. 53-64.

Ingram, R. (1994). Taking a Pro-active Approach, Communicating with women Experiencing Violence from a Known Man in the Accident and Emergency Department. *Accident and Emergency Nursing*, 2 (3), pp. 143-148.

James, K. e Mackinnon, L. (2004). The incestuous family revised: a critical analysis of family therapy myths. *Journal of marital and family therapy*, 1, pp. 71-88.

Jamieson, D. e Steege, J. (1997). The association of sexual abuse with pelvic pain complaints in a primary care population. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 177(6), pp. 1408-1412.

Jasinski, J. e Williams, L. (1998). *Partner Violence. A Comprehensive Review of 20 years of research*. California

Jeziarski, M. (1999). Family Violence Screening Opportunities in the Pre-hospital Settings. *Journal of Emergency Nursing*, 25 (3), pp. 201-205.

Kaslow, N., Thompson, M., Meadows, L., Jacobs, D., Chance, S., Gibb, B., Bornstein, H., Hollins, L., Rashid, A. e Phillips, K. (1998). Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), pp. 533-540.

Killpatrick, D., Acierno, R., Resnick, H., Saunders, B. e Best, C. (1997). A two-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), pp. 834-847.

Kim, J. e Motsei, M. (1999). *Women enjoy punishment, Attitudes and experience of gender violence among PHC nurses in South Africa*. Unpublished, p.10.

Kirkwood, C. (1993). *Leaving abusive partners. From the scars of survival to the wisdom for change*, London, Sage publications.

Koss, M., Koss, P. e Woodruff, W. (1991). Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine*, 151(2), pp. 342-347.

Lane, M. e Beales, J. (1998). Health Promotion in the Relation to Domestic Violence. *Emergency Nurse*, 6 (1), pp. 26-29.

Langeland, W. e Hartgers, C. (1998). Child sexual and physical abuse and alcoholism, a review. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(3), pp. 336-348.

Lee, N.C., Dicker, R.C., Rubin, G.L., e Ory, H.W. (1984). Confirmation of the preoperative diagnoses for hysterectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 150(3), pp. 283-287.



Leserman, J., Drossman, D., Li, Z., Toomey, T., Nachman, G. e Glogau, L. (1996). Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: How types of abuse impact health status, *Psychosomatic Medicine*, 58(1), pp. 4-15.

Lipoyetsky, G. (2000), *A era do vazio*, Lisboa, Relógio de água editores.

Lisboa, M., Carmo, I., Vincente, L. e Nóvoa, (2003). *Os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres*, Lisboa, CIDM.

Lourenço, N., Lisboa, M. e Pais, E. (1997). *Violência Contra as Mulheres*; Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres – Cadernos da Condição Feminina n.º48, Lisboa.

Machado, L. (2001). *Masculinidades e violência. Género e mal estar na sociedade contemporânea*, Brasília, Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília.

Martin, S., Beaumont, J. e Kupper, L. (2000). Substance use before and during pregnancy: links to intimate partner violence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 4, pp. 36-49.

Matos, M. e Gonçalves, R. (1999). Narrativas da violência conjugal. Processos de construção de identidade, in A. Soares, S. Araujo, S. Caires (Ed.). *Avaliação psicológica: formas e contextos*. Braga, APPORT.

McCauley, J., Kern, D., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A., Dechant, H., Ryden, J., Bass, E. e Derogatis, L. (1995). The "battering syndrome:" Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary health care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 123(10), pp. 737-746.

McCauley, J., Kern, D., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A., Dechant, H., Ryden, J., Bass, E., Derogatis, L. e Bass E. (1998). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse, unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association*, 277 (17), pp. 1362-1368.

McFarlane, J., Cristoffel, I., Bateman, L., Miller, V. e Bullock, L. (1991). Assessing for abuse: Self report versus nurse interview. *Public Health Nursing*, 8, pp. 245-250.

McLeer, S.V. e Anwar, R. (1989). A Study of Battered Women Presenting in an Emergency Departement. *American Journal of Public Health*, 79 (1), pp. 65-66.

Moore, M.L., Zaccaro, D. e Parsons L.H. (1998). Attitudes and practices of registered nurses toward women who have experienced abuse/domestic violence. *JOGNN Clin. Stud.*, 27, pp. 175-182.

Monteiro, F. (2000), *Mulheres agredidas pelos maridos: de vítimas a sobreviventes*, Lisboa, CIDM.

Moreira, M.I., Ribeiro, S.F. e Costa, K.F. (1992). Violência contra a mulher na esfera conjugal: jogo de espelhos. In: Costa, A. e Bruschini, C. (Ed.). *Entre a Virtude e o Pecado*, Rio/ S. Paulo, Ed. Rosa dos Tempos/ F. Carlos Chagas, pp. 169-190.

Nelson, E. e Zimmerman, C. (1996). *Household survey on domestic violence in Cambodi*. Phnom Penh, Cambodia, Ministry of Women's Affairs and Project Against Domestic Violence.

Odujinrin, O. (1994). Wife battering in Nigeria. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, (41), pp. 159-164.

Olds, D., Henderson, C., Kitzman, H. e Cole, R. (1995). Effects of prenatal and infancy nurse home visitation on surveillance of child maltreatment. *Pediatrics*, nº95, pp. 365-372.

OPAS (Organizacion Panamericana de la Salud). (1993). Resolución XIX: Violência e Salud. Washington, DC: OPAS.

Pagelow, M. (1994). *Family violence*. New York, Praeger Publishers.

Pahl, J. (1985). Health Professionals and violence against Women. In: Kingston, P. e Penale, B. (ed.). *Family Violence and the Caring Professionals*. MacMillan, Malaysia.

Pais, E. (1996). Violência (s): Reflexões em torno de um conceito, *Interacções*, n.º 4, pp. 23-39.

Pakieser, R.A., Lenaghan, P.A. e Mulleman, R.A. (1998). Battered Women: Where They Go For Help. *Journal of Emergency Nursing*, 24 (1), pp. 26-29.

Paluzzi, P.A. (1996). Nurse-Midwives and domestic violence. *Journal of Nurse-Midwifery*, 41 (6), pp. 428-429.

Parker, V.F. (1996). Battered. *RN*, 58(1), pp. 26-29.

Parsons, L.H., Zaccaro, D., Wells, B. e Stoball, T.G. (1995). Methods of and attitudes toward screening obstetrics and gynaecology patients for domestic violence. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 173 (2), pp. 382-385.

Parsons, L.H. e Moore, M.L. (1997). Family violence issues in obstetrics and gynecology, primary care, and nursing texts. *Obstetrics and Gynecology*, 90(4 Pt.1), pp. 596-599.

Prasad, S. (1999). Medicolegal response to violence against women in India. *Violence against Women*, 5(5), pp. 478-506.

Rittmayer, J. e Roux, G. (1999). Relinquishing the need to fix it. Medical intervention with domestic abuse. *Qualitative Health Research*, 9(2), pp. 166-181.

Roberts, B. (1975). *Biographical Research*, Buckingham and Philadelphia, Open University Press

Rodriguez, R. (1996). Violence in transience: Nursing care of battered migrant women. *AWHONN's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, 4 (3), pp. 437-440.

Rodgers, K. (1994). Wife assault: The findings of a national survey. *Canadian Centre for Justice Statistics*, 14(9), pp. 1-22.

Romans, S., Martin, J. e Mullen, P. (1997). Childhood sexual abuse and later psychological problems. *Behavior and mental health*, 7(4), pp. 327-338.

Saffioti, H.I. (1994). Violência de gênero no Brasil atual. *Revista Estudos Feministas*, Número especial, pp. 443-461.

Saffioti, H.I. e Almeida, S.S. (1995). Cidade maravilhosa: A outra face. In: Saffioti, H.I.e Almeida, S.S. (Ed.). *Violência de Gênero: Poder e Impotência*, Rio de Janeiro, Ed. Revinter, pp. 29-55.

Saltzman, L.E., Petersen, R., Gazmararian, J.A., Spitz, A.M., Rowley, D.L., Goodwin, M.M. e Marks, J.S. (1997). Violence and adverse pregnancy outcomes: a review of the literature and directions for future research. *American Journal of Preventive Medicine*, 1997 Sep-Oct,13(5), pp. 366-73.

Saltzman, L.E., Green, Y.T., Marks, J.S. e Thacker, S.B. (2001). Violence against women as a public health issue: comments from the CDC. *Am J Prev Med.*, 2001 Nov,19(4), pp. 325-329.

Schei, B. e Bakketeig, L. (1989). Gynaecological impact of sexual and physical abuse by spouse: A study of a random sample of Norwegian women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 96(12), pp. 1379-1383.

Schei, B. (1990). Psycho-social factors in pelvic pain. A controlled study of women living in physically abusive relationships. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 69(1), pp. 67-71.

Schei, B. (1991). Physically abusive spouse, a risk factor of pelvic inflammatory disease?. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 9(1), pp. 41-45.

Schraiber, L.B., d'Oliveira, A.F., Franca, I. Jr. e Pinho, A.A. (2002). Violence against women: a study in a primary healthcare unit. *Rev Saude Publica*, 2002 Aug, 36(4), pp. 470-477.

Sen, P. (1999). *Ending the presumption of consent. Non-consensual sex in marriage: A worldwide programme*, London, Change.

Sheehan Berlinger J. (1998). Why don't you just leave him?. *Nursing* 98 April, pp. 35-39.

Serra, P. (1993). Physical violence in the couple relationship: a contribution toward the analysis of the context. *Family Process*, 1, pp. 21- 33.

Smith, P. Moracco, K. e Butts, J. (1998). Partner homicide in context: A population-based perspective. *Homicide Studies*, 2(4), pp. 400-421.

Snell, J. (1964). The wivebeater's, *Archives of general psychiatry*, 11, pp.107-112.

Soares, L.E., Soares, B.M e Carneiro, L.P. (1996). Violência contra a mulher: as DEAMs e os pactos domésticos. In: Soares, L.E. (Ed.). *Violência e Política no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Ed. Relume Dumará/ISER, pp. 65-106.

Straus, M., Gelles, R. e Steinmetz, S. (1988). *Behind closed doors - violence in American family*. Newbury Park, California, Sage publications.

Sugg, N. e Inui, T. (1992). Primary Care Physician's Response to Domestic Violence. *Journal of American Medical Association*, 267 (23), pp.3190-3193

Thompson, M., Kaslow, N., Kingree, J., Puett, R., Thompson, N. e Meadows, L. (1999). Partner abuse and posttraumatic stress disorder as risk factors for suicide attempts in a sample of low-income, inner-city women. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), pp. 59-72.

Thompson, R.S., Meyer, B.A., Smith-Di, K., Caplow, M.P., Maiuro, R.D., Thompson, D.C., Sugg, N.K. e Rivara, F.P. (1998). A training program to improve domestic violence identification and management in primary care: preliminary results. *Violence and Victims*, 13 (4), pp. 395-410.

Tilden, V., Schmidt, T., Limandri, B., Chiodo, G., Garland, M., e Loveless, P. (1994). Factors that influence clinician's assessment and management of family violence. *American Journal of Public Health*, 84(4), pp. 628-633.

Ustun, T. (1999). The global burden of mental disorders. *American Journal of Public Health*, 89(9), pp. 1315-1318.

Watts, C., Nodlovu, M., Njovana, E. e Keogh, E. (1997). *Women, violence and HIV/AIDS*, Musasa Project, Harare, Zimbabwe.

Walker, L. (1994). *Abused women and survivors therapy. A practical guide for the psychotherapist*. Washington DC, American psychological Association.

Walker, E., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Bernstein, D. e Katon, W. (1997). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine*, 59(6), pp. 572-577.

Warshaw, C. (1989). Limitations of the medical model in the care of battered women. *Gender and Society*, 3, pp. 506-517.

Warshaw, C. e Ganley, A.L. (1998). Improving the health care response to domestic violence: A resource manual for health care providers. *San Francisco, Family Violence Prevention Fund*, May, p.134.

Woodtli, M.A. e Breslin, E.I. (1996). Violence-Related Content in the Nursing Curriculum: A National Study. *Journal of Nursing Education*, 35 (8), pp. 367-374.

World Health Organisation. (1991). Mission and Functions of the Nurse. Health for All Nursing Series N° 2 Copenhagen.

Zeifman, D. e Hazan, C. (1997). A process model of adult attachment formation In: Duck, S. (Ed.). *Handbook of personal relationships. Theory, research and interventions*. New York, John Wiley & Sons.

## **Anexos**



## **Anexo 1 - Questionário**

Maribel Santos Fernandes

## **Questionário**

**Conhecimentos, atitudes e práticas dos enfermeiros**  
**em relação à violência conjugal**

**Universidade do Porto**  
**Faculdade de Medicina**  
**Mestrado Saúde Pública**

Porto 2006

**Propósito do estudo:** Maribel Santos Fernandes, Enfermeira Chefe do Centro de Saúde de Rio Tinto e São Pedro da Cova-Unidade de Rio Tinto, encontra-se a realizar o trabalho de investigação intitulado “Os Enfermeiros e as mulheres vítimas de violência conjugal”, com o objectivo de identificar as barreiras ao questionamento efectivo por parte dos enfermeiros dos centros de saúde, em situações de violência conjugal, pelo que solicita a vossa colaboração para o preenchimento deste questionário.

É de referir que o questionário foi adaptado com permissão, com base no original de “Provider Knowledge, Attitudes and Practices Survey Questionnaire” (Bott et al, 2004).

**Instruções:** O preenchimento deste questionário deverá levar menos de 30 minutos.

O questionário é formado apenas por questões de resposta fechada, divididas em cinco grupos, todas elas de resposta obrigatória.

**Por favor não escreva o seu nome no questionário**

As suas respostas serão totalmente confidenciais e não afectarão, de maneira nenhuma, o seu emprego nem a sua posição. A informação será analisada como um todo, não individualmente.

**Neste estudo, violência conjugal pode incluir:**

- Violência física
- Violência sexual
- Violência psicológica

## I – INFORMAÇÃO GERAL:

1. Sexo:

Masculino

Feminino

2. Há quanto tempo trabalha neste Centro de Saúde?

Menos de 1 ano

Entre 1 e 3 anos

Entre 4 e 6 anos

7 anos ou mais

3. Qual é a sua idade?

Menos de 25 anos

25-34 anos

35-44 anos

Mais de 44 anos

## II - INFORMAÇÃO ACERCA DOS SERVIÇOS PRESTADOS:

Alguns profissionais de saúde questionam as mulheres **directa e especificamente** acerca da violência de que possam ser vítimas, enquanto outros questionam **indirectamente ou apenas quando a utente fala do assunto**.

**Exemplos de questões directas e específicas acerca da violência:**

“O seu marido/companheiro alguma vez a agrediu fisicamente?”

“Alguma vez se sentiu forçada a ter relações sexuais com alguém?”

4. No último ano, alguma vez questionou as suas utentes sobre a violência que possam ser, ou ter sido, vítimas? (**Escolha uma opção**)

Sim, questionei-as directa ou indirectamente pelo menos uma vez.

Não, no último ano não questionei nenhuma utente sobre violência.

5. Tendo em conta a sua experiência, até que ponto as seguintes barreiras tornam difícil o questionamento sobre a violência conjugal? (Assinale um número para cada uma das frases).

<b>Às vezes é difícil questionar porque:</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>
a. Tenho limitações de tempo.	1	2
b. Há falta de espaços privados no Centro	1	2
c. Há poucas oportunidades para falar com as utentes sem a presença de familiares	1	2
d. Sinto que há pouco que eu possa fazer para ajudar as vítimas.	1	2
e. Existem poucos recursos na comunidade para onde possa remeter as vítimas.	1	2
f. Posso ofender as utentes se as questionar directamente acerca da violência.	1	2
g. Preciso focar a minha atenção em problemas de saúde com maior prioridade.	1	2
h. Envolver-me nestes casos significa que terei de participar nos procedimentos policiais.	1	2
i. Posso provocar retaliações por parte do agressor se me envolver.	1	2
j. Recebi pouca formação para lidar com o problema da violência conjugal.	1	2

6. Os profissionais de saúde podem dar vários tipos de respostas às vítimas de violência conjugal. No último ano quantas vezes fez o seguinte: (Assinale um número para cada frase).

	Nunca	Uma vez	Algumas vezes	Muitas vezes
a. Identifiquei ou suspeitei que uma utente teria sido vítima de violência.	1	2	3	4
b. Escutei e dei suporte emocional às vítimas de violência.	1	2	3	4
c. Documentei informação sobre os casos de violência conjugal.	1	2	3	4
d. Informe as utentes sobre os seus direitos em relação às situações de violência.	1	2	3	4
e. Avaliei a que nível de perigo estava a vítima exposta.	1	2	3	4
f. Ajudei as vítimas em situação de perigo a estabelecer planos de segurança.	1	2	3	4

### III - RECURSOS NO CENTRO DE SAÚDE E NA COMUNIDADE

7. No Centro de Saúde onde trabalha existe alguma lista ou directório das organizações locais ou de outros recursos da comunidade para onde possa remeter as vítimas de violência?

Sim

Não

Não sei

8. Na sua opinião, quão adequado é o sistema existente no Centro de Saúde onde trabalha para seguir os casos individuais de violência que tenham sido detectados?

Adequado

Mais ou menos adequado

Inadequado

Não sabe/ sem opinião

#### IV – CONHECIMENTOS ACERCA DA PROBLEMÁTICA

9. Assinale a letra (V, F, NS) que indica o que pensa sobre as seguintes frases.

	Verdadeiro	Falso	Não sei
a. A violência conjugal é um assunto privado, os estranhos não devem interferir.	V	F	NS
b. Geralmente os homens agressivos deixam de o ser quando as mulheres engravidam.	V	F	NS
c. A violência conjugal é um problema que afecta principalmente as mulheres pobres.	V	F	NS
d. Os comportamentos inadequados das mulheres provocam a agressão.	V	F	NS

10. De acordo com as leis existentes em Portugal relacionadas com a violência conjugal, os profissionais de saúde têm alguma obrigação legal relativamente às vítimas?

Sim

Não

Não sei

#### V - FORMAÇÃO SOBRE VIOLÊNCIA CONJUGAL

11. Quão bem formado ou preparado se sente para:

	Mal	Mais ou menos	Bem
a. Falar com as utentes sobre violência conjugal?	1	2	3
b. Detectar casos de violência conjugal?	1	2	3
c. Fornecer a ajuda necessária às vítimas de violência?	1	2	3
d. Avaliar o nível de perigo a que as mulheres estão sujeitas?	1	2	3
e. Ajudar a utente a criar um plano de segurança?	1	2	3
f. Documentar casos de violência?	1	2	3
g. Falar com as mulheres vítimas de violência sexual sobre a sua saúde reprodutiva?	1	2	3

**12.** Nos últimos três anos, quantas vezes participou em sessões de sensibilização ou formação relativamente à violência conjugal? (Selecione uma opção):

- 0                       1                       2                       3 ou mais vezes

**13.** Em quais dos seguintes tópicos relacionados com a violência conjugal gostaria de ter mais formação? (Indique todas as opções aplicáveis assinalando um “X” nos quadrados apropriados)

- Indicadores de violência
- Como questionar sobre violência
- Como fazer um diagnóstico
- Como promover serviços às vítimas
- Efeitos da violência na saúde
- Soluções legais
- Outro
- Nenhum

Obrigado pelo seu tempo e participação.