



SIGNIFICADOS DA VIOLÊNCIA CONJUGAL NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Joaquim Pedro Alegre Mendes

Tese apresentada à Universidade de Évora
para obtenção do Grau de Doutor em Ciências do Ambiente
Especialidade: Ecologia Humana

ORIENTADOR (A/ES): Professor Doutor *Paulo Filipe de Sousa Figueiredo Machado*
Professora Doutora *Maria de Fátima Campos Bernardo*

Évora, Outubro, 2016



SIGNIFICADOS DA VIOLÊNCIA CONJUGAL NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Joaquim Pedro Alegre Mendes

Tese apresentada à Universidade de Évora
para obtenção do Grau de Doutor em Ciências do Ambiente
Especialidade: Ecologia Humana

ORIENTADOR (A/ES): Professor Doutor *Paulo Filipe de Sousa Figueiredo Machado*
Professora Doutora *Maria de Fátima Campos Bernardo*

INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO E FORMAÇÃO AVANÇADA
ÉVORA, OUTUBRO, 2016

Agradecimentos

Após o difícil e conturbado caminho necessário à conclusão da presente dissertação de doutoramento, é da maior importância e justiça reconhecer e agradecer àqueles que de alguma forma participaram e ajudaram no seu desenvolvimento:

Aos meus orientadores, Prof. Doutor Paulo Machado e Prof^a. Doutora Fátima Bernardo que através dos muitos e doutos ensinamentos disponibilizados e da competência, paciência, tolerância e perseverança demonstradas, me instruíram e ajudaram a tornar este percurso possível de realizar. Devido à proximidade, agradeço à Prof^a. Doutora Fátima Bernardo, o constante acompanhamento.

A todos os sujeitos que participaram na investigação e tornaram possível a concretização de resultados e conclusão dos mesmos.

Aos colegas de profissão que colaboraram na dinamização do trabalho de campo, em especial, aos colegas do Hospital Espírito Santo de Évora.

À minha família, nuclear e extensa, por compreenderem e aceitarem os tantos momentos de ausência. Em particular, à minha querida mulher e à minha adorada filha pelas renúncias e privações a que obriguei e que, mesmo assim, souberam a todo o tempo ser solidárias, esbanjar motivação e apoiar incondicionalmente, sempre com orgulho e amor.

À minha bondosa sogra que perdi neste trajeto.

À minha doce MÃE que também aí me deixou,...., não consegui chegar a tempo de a fazer tão vaidosa. De certeza.....

SIGNIFICADOS DA VIOLÊNCIA CONJUGAL NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Resumo

Este estudo pretende identificar os/as significados/crenças que os profissionais de saúde, Médicos e Enfermeiros, têm sobre a violência conjugal contra a mulher e qual o estereótipo que associam à mulher vítima da violência. O objetivo principal é avaliar como é que os/as significados/crenças para a violência conjugal, os estereótipos e o modelo de intervenção (holístico e/ou biomédico) se relacionam. Utiliza a Escala de Crenças para a Violência Conjugal (ECVC) de Machado, Gonçalves e Matos (2006) e criaram-se as Escalas do Modelo de Intervenção, da Perceção de Competências, de Identificação de Necessidades de Formação e de Caracterização dos Contextos da Prática. Os resultados indicam que as escalas se mostram adequadamente consistentes para a investigação desenvolvida, que os profissionais quanto mais tempo de exercício têm, maior a tendência para aceitar /legitimar a violência conjugal contra a mulher e que, os profissionais que advogam um modelo holístico de intervenção, menos legitimam ou aceitam a violência conjugal. Os resultados sugerem ainda que os estereótipos em relação à vítima influenciam os significados para a prática profissional dos Médicos e Enfermeiros, apontando para uma intervenção mais holística dos enfermeiros, comparativamente aos médicos.

Palavras-chave: violência conjugal; violência no relacionamento íntimo; vítima e vitimização; crenças/significados; modelo ecológico e cuidados de saúde

MEANINGS OF MARITAL VIOLENCE IN HEALTH CARE WORKERS

Abstract

This study intends to identify the meanings/beliefs that the health professionals, doctors and nurses, have on marital violence against women, and which is the stereotype linking to women victims of violence. The main objective is to evaluate how the meanings / beliefs for conjugal violence, stereotypes and the intervention model (holistic and / or biomedical) are related. Machado, Gonçalves e Matos's (2006) Belief Scale to Marital Violence (ECVC) is used and were created the Scales of Intervention Model, Competency Perception Scales, Identification of Training Needs Scales and Characterization Scales of Contexts Practice. The results indicate that the scales show adequately consistent to the develop research, that professionals as more professional exercise time have, the greater the tendency to accept/legitimize marital violence against women and that the professionals who advocate a holistic model of intervention less legitimate or accept marital violence. The results also suggest that the stereotypes of the victim influence meanings for the professional practice of doctors and nurses, pointing to a more holistic intervention of nurses compared to doctors.

Keywords: marital violence; violence in intimate relationships; victim; victimization; beliefs / meanings; ecological model; health care

Índice

O- INTRODUÇÃO	1
1- ENQUADRAMENTO	11
1.1- Violência Doméstica (VD)	11
1.1.1- <u>Evolução histórica da violência doméstica</u>	11
1.1.2- <u>Enquadramento histórico do conceito</u>	14
1.1.3- <u>Enquadramento legal da violência doméstica</u>	21
1.1.4- <u>Políticas públicas e a intervenção da Lei em Portugal</u>	24
1.2- Violência conjugal contra a mulher	29
1.2.1- <u>Consequências da violência conjugal contra a mulher</u>	33
1.2.2- <u>Estereótipos associados à violência conjugal contra a mulher</u>	37
1.2.3- <u>Estereótipos em relação à mulher vítima de violência conjugal</u>	42
1.2.4- <u>Crenças como fatores de causalidade da violência conjugal contra a mulher</u>	47
1.2.4.1- Conduta da mulher	48
1.2.4.2- Desigualdade de género	50
1.2.4.3- Privacidade da família	52
1.2.4.4- Banalização da pequena violência	53
1.2.4.5- Causas externas (drogas, álcool, stress, desemprego)	53
1.3- A Violência conjugal contra a mulher: um problema de saúde	56
1.3.1- <u>Ecologia da saúde</u>	58
1.3.2- <u>Significados da violência conjugal nos profissionais de saúde</u>	61
1.3.3- <u>Significados e práticas dos profissionais de saúde na violência conjugal: ecologia dos cuidados</u>	64
1.3.4- <u>Modelo de cuidados: holístico e biomédico</u>	94
2- MÉTODO	99
2.1- Tipo de estudo	99
2.2- Objetivos do estudo, Questões de investigação, Problema de Investigação	99
2.3- Hipóteses	101

2.4- População.....	101
2.5- Amostra.....	102
2.6- Instrumento.....	105
2.6.1- <u>Construção das escalas</u>	109
2.7- Recolha de dados.....	113
3- TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	115
3.1- Dados quantitativos	115
3.1.1- <u>Avaliação da validade das escalas</u>	115
3.1.2- <u>Resultado das variáveis sociodemográficas nas escalas</u>	117
3.1.3- <u>Associação entre variáveis</u>	121
3.2- Dados qualitativos.....	123
3.2.1- <u>Análise de conteúdo da pergunta “Quando penso nas características... ...de uma mulher vítima....., lembro-me de.....”</u>	123
3.2.1.1- Representação das características físicas das mulheres vítimas de violência conjugal.....	124
3.2.1.2- Representação das características físicas das mulheres vítimas de violência conjugal.....	125
3.2.1.3- Representação das características e estados psicológicas/os das mulheres vítimas de violência conjugal	128
3.2.1.4- Representação das razões pelas quais as mulheres vítimas de violência conjugal se mantêm na relação e não a denunciam.....	131
3.2.2- <u>Análise de conteúdo da pergunta “Quando penso em cuidar de uma mulher..... penso que.....”</u>	133
3.2.2.1- Referência à incapacidade ou necessidade de formação para intervir na mulher vítima de violência conjugal	133

3.2.2.2- Modelo de Intervenção clínica e tipologia de cuidados dos profissionais	
perante a mulher vítima de violência conjugal	135
4- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	139
5- CONCLUSÃO.....	147
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	149
ANEXOS.....	167
Anexo 1 (Instrumento de Colheita de Dados).....	169
Anexo 2 (Pareceres das Comissões de Ética para a Saúde).....	171

Índice de Tabelas

Tabela 1- Distribuição da amostra em função das variáveis sociodemográficas.....	103
Tabela 2- Distribuição da amostra em função das variáveis sociodemográficas (Nº de anos que exerce a profissão; Serviço onde exerce funções)	104
Tabela 3- Estrutura fatorial da Escala de Modelos de Intervenção.....	110
Tabela 4-Estrutura fatorial da Escala de Percepção de Competências.....	111
Tabela 5-Estrutura fatorial da Escala de Necessidades de Formação.....	112
Tabela 6-Estrutura fatorial da Escala de Caracterização dos Contextos da Prática....	113
Tabela 7- Coeficientes de consistência interna Alfa de Cronbach para as escalas em estudo.....	116
Tabela 8- Efeito da variável “profissão” nas/os crenças/significados e nas escalas do domínio das práticas: médias e resultados do teste t student.....	117
Tabela 9- Efeito da variável “gênero” nas/os crenças/significados e nas escalas do do domínio das práticas: médias e resultados do teste de t student.....	118
Tabela 10- Efeito da variável “idade” nas/os crenças/significados e nas escalas do domínio das práticas : médias e resultados do teste de t student.....	119
Tabela 11- Efeito da variável “anos de serviço” nas/os crenças/significados e nas escalas do domínio das práticas: médias e resultados da Anova e teste Pos-hoc Bonferroni.....	120

Tabela 12- Efeito da variável “Conhecimento de problemas de violência conjugal entre os seus familiares e amigos” nas/os crenças/significados e nas escalas do domínio das práticas: médias e resultados do teste t student.....	121
Tabela 13- Coeficiente de correlação de Pearson entre todas as escalas e o número de anos de serviço	122
Tabela 14- Características físicas das mulheres vítimas de violência conjugal	125
Tabela 15- Características sociodemográficas das mulheres vítimas de violência conjugal.....	127
Tabela 16- Características/estados psicológicas/os das mulheres vítimas de violência conjugal.....	130
Tabela 17- Razões pelas quais as mulheres vítimas de violência conjugal se mantêm na relação e não a denunciam.....	132
Tabela 18- Percepção de incapacidade ou necessidade de formação para intervir na mulher vítima de violência conjugal	134
Tabela 19- Representação/Classificação dos cuidados a prestar pelos profissionais de saúde à mulher vítima de violência conjugal	136

Índice de Anexos

Anexo 1- Instrumento.....	169
Anexo 2- Pareceres das Comissões de Ética para a Saúde.....	171

Siglas/Abreviaturas

VD- Violência doméstica

VC- Violência conjugal

VPI- Violência por parceiro íntimo

ECVC- Escala de Crenças sobre a Violência Conjugal

DGAI- Direção Geral da Administração Interna

GNR- Guarda Nacional Republicana

PSP- Polícia de Segurança Pública

DGRSP- Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

0-INTRODUÇÃO

A violência doméstica (VD), não atingindo só as mulheres, mas também crianças, pessoas idosas, deficientes e dependentes, é um fenômeno cuja visibilidade social tem aumentado no mundo atual.

Furtado (2002) defende que a VD, derivando da violência no seio da família, é um conceito mais redutor que se refere à violência contra as mulheres, violência conjugal (VC) ou violência de gênero.

Na atualidade, os estudos que usam o conceito de gênero procuram compreender as relações sociais historicamente construídas entre homens e mulheres. Esta incorporação do gênero como categoria, no quadro conceitual da VD, permite compreender as desigualdades persistentes entre homens e mulheres que radicam nas relações de poder dominante dos homens, inquestionáveis até uma fase bem tardia nos quadros sociais prevalentes nas sociedades Ocidentais e, em outras civilizações, mas de todo generalizáveis a todas as culturas humanas. A violência contra as mulheres é portanto aquela que se desenvolve a partir da assimetria entre homens e mulheres e que se funda nas razões de gênero, perpetuando desigualdades crescentemente contestadas e normativamente erradicadas nas sociedades Ocidentais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) reconhece a violência contra a mulher nas relações de intimidade como uma questão de saúde pública, que afeta negativamente a integridade física e emocional da vítima e advoga ser imperioso quer o envolvimento da sociedade civil, quer do poder político através da criação de políticas públicas que promovam a prevenção e o combate a este fenômeno, assim como o desenvolvimento sustentado das redes de apoio à vítima, formais e informais.

Nesta tese dá-se principal destaque à violência conjugal como a violência na relação de intimidade, presente ou passada, contra a mulher e entende-se como um fenômeno com a mesma essência e natureza da violência de gênero. O conceito de gênero, permite questionar a construção das diferenças de sexo determinadas pela biologia, enfatizando a importância do social, da cultura, como um sistema simbólico de significados e relações entre os sexos, que configuram e refletem posições hierárquicas e antagônicas entre homens e mulheres (Giffin, 1994; Saffioti e Almeida, 1995a; Scott, 1990).

A VC é um fenómeno que traduz as profundas desigualdades entre os sexos e as condições sociais desfavoráveis em que as mulheres se encontram. Inquéritos de vitimização realizados às populações, em diversos Estados europeus, têm demonstrado que cerca de 45% das mulheres já foram vítimas de alguma forma de violência, (Conselho da Europa, 2006a).

De toda a tipologia de violência, aquela praticada contra a mulher pelo parceiro, assume um enfoque diferenciado, visto que o agressor é alguém que partilha com a vítima relações íntimas e familiares, e é o ambiente doméstico o local privilegiado da sua concretização (Almeida, *et al.*, 2011).

Não obstante a constatação do aumento do número de ocorrências de vitimização participadas, e à margem das medidas legislativas e judiciais tomadas pelos países Ocidentais, ainda continua a persistir na mulher vítima resistência à denúncia, daí resultando, necessariamente, uma subnotificação de casos.

A propósito da resistência que a mulher tem para denunciar a situação, contribuindo para a subnotificação deste fenómeno, Harne e Redford (2008) concluíram que, em média, uma mulher sofre trinta e cinco incidentes de VC antes de fazer a denúncia à polícia.

Abordando a frequência da denúncia assumida pela própria mulher em Portugal, só 10 % das situações de violência são objeto de denúncia. Este valor é ainda tido como inferior quando as lesões não requerem tratamento já que o seu carácter privado não facilita a sua confissão (Arruda, 2002).

Sabe-se também que é muito reduzido o número de mulheres que procuram ajuda após a primeira agressão e que 1/3 das mulheres continuam tendo dependência emocional do agressor.

No que se refere à realidade mais recente em Portugal, em 2013, houve um total de 7419 autores de crime para 7265 vítimas de VC. Por oposição ao que acontece com as vítimas, os autores de crimes de VC são, em 87% das situações, do sexo masculino, evidenciando-se a faixa etária entre os 35 e os 40 anos de idade (8,8%), com 653 casos. Na sua maioria, os autores do crime encontravam-se casados com as vítimas num total de 3248 indivíduos, correspondente a 43,8%, estando em união de facto, 12,5 % com um total de 926 casos (APAV, 2015).

Em 79,4% (N=5891) das situações de VC reportadas à Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) em 2013, a vitimização tinha um carácter continuado, com uma duração da vitimização situada entre 2 e 6 anos para 16,1% (N=1192) dos casos. O

local do crime mais utilizado pelos autores do crime de violência conjugal é a Residência Comum em 62,4% com 5314 casos, seguido com valores bastante inferiores pela Residência da Vítima 11,4% (N= 972). (APAV, 2015).

Aquando do contacto com a APAV, 43,8% (N= 3249) das vítimas de VC não havia efetuado queixa/denúncia às autoridades. Das 38,7% (N=2871) vítimas que apresentaram queixa/denúncia, 55,8% (N=1601) fizeram-no junto da Polícia de Segurança Pública e 27,5% (N=789) na Guarda Nacional Republicana (APAV, 2015).

As relações conjugais presentes ou passadas representaram cerca de 79% dos casos (conjugalidade presente: 59% e conjugalidade passada: 20%); 7% das vítimas eram descendentes do denunciado, 7% eram ascendentes e 6% correspondiam a relações de namoro (presente: 2,6% e passado: 3%).

De acordo com os dados fornecidos pelos relatórios anuais da CIG- Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género e da APAV- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima relativamente ao ano de 2014 e 1º semestre de 2015, constata-se que o fenómeno da violência conjugal praticada pelo homem contra a mulher nas relações de intimidade, não obstante revelar entre o ano de 2013 e os primeiros seis meses de 2015 um decréscimo residual, mantém taxas de prevalência e incidência bastante elevadas.

Com oscilações pouco significativas entre as monitorizações de uma e outra Organização, em 2014 foram registadas pelas Forças de Segurança 27317 participações de violência doméstica, 11726 pela GNR (42,9%) e 15591 pela PSP (57,1%), o que correspondeu a um decréscimo relativamente a 2013 de (-0,004%). Foram registadas 25277 participações no Continente (92,3%), 1079 na RA Açores (3,9%) e 1011 na RA Madeira (3,7%), correspondendo a uma taxa de variação face ao ano anterior de 0,2%, -3% e -0,7%, respetivamente. Do total nacional, as ocorrências participadas no distrito de Lisboa representam mais de um quinto do total nacional (21%), seguindo-se o distrito do Porto que regista quase outro quinto (19%). Estes dois distritos correspondem a 40% do volume nacional de participações, seguindo-se Setúbal com 8%, Aveiro com 7% e Braga com 6%. Os registos efetuados nestes cinco distritos e nas duas Regiões Autónomas (8%) perfazem 70% das participações a nível nacional (APAV, 2015).

Analisando o número global de ocorrências participadas às Forças de Segurança ao longo dos últimos setes anos (2008 a 2014), apesar das oscilações verificadas anualmente, não surge qualquer tendência significativa do ponto de vista estatístico em termos do seu aumento ou diminuição. Em 80% dos casos as agressões sucederam em casa, sendo que em 38% dessas situações as ocorrências foram presenciadas por

menores [proporção que tem vindo a diminuir ligeiramente face a anos anteriores (2012: 42%; 2013: 39%)] e tiveram como consequências para a vítima ferimentos ligeiros (43%) ou ausência de lesões físicas (56%), não excedendo 1% dos casos em que os ferimentos resultantes foram graves (APAV, 2015).

O agressor geralmente é do sexo masculino (87%), casado ou em união de facto (49%), idade média 43 anos, e tem em 41 % dos casos, problemas relacionados com o consumo de álcool e em 12% problemas relativos ao consumo de estupefacientes, enquanto a vítima é predominantemente do sexo feminino (84%), casada ou em união de facto (48%), idade média de 41 anos, sem dependência económica do agressor, verificando-se que 47 % das mulheres encontrava-se empregada. A violência física esteve presente em 70% das situações, a psicológica em 80,5%, a sexual em 2%, a económica em 9% e a social em 13% (APAV, 2015).

No primeiro semestre de 2015 as Forças de Segurança registaram 12998 participações, aproximadamente 50 casos/dia, o que corresponde a uma taxa de variação de -0,6% face ao período homólogo de 2014.

A vítima é maioritariamente a mulher, com uma idade média de (42,8 anos), em (49,1%) dos casos está empregada e em (32,9%) desempregada, casada (48,2%), em união de facto (18,6%), como solteira (12,2%) e como divorciada (11,6%). Com habilitações literárias entre o Ensino superior (32,2%) e o ensino secundário (21%), mantêm com o autor do crime uma relação de conjugalidade em (45,8%) dos casos, coabitam com o companheiro (23,2%) das mulheres, sendo que em (13,4%) das situações, a violência foi perpetrada por ex-companheiro. A tipologia da violência é sobreponível à verificada no ano de 2014 (APAV, 2015).

Em 2014, a pena ou medida de vigilância eletrónica foi aplicada a 313 agressores, dos quais 235 foram considerados finalizados durante esse período.

De acordo com os dados provisórios da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) (1 de Março, 2015), quatro anos decorridos de recurso à pulseira no âmbito da VC, cerca de 319 agressores estão atualmente sob vigilância eletrónica através de pulseira eletrónica devido a casos de VC.

A violência por e contra parceiros íntimos ocorre em todos os países, em todas as culturas e em todos os níveis da sociedade, sem exceção, embora algumas populações (por exemplo, grupos de baixo rendimento) estejam em maior risco de violência por parceiro íntimo do que os outros e inclui a agressão física, a relação sexual forçada e outras formas de coerção sexual, abuso psicológico, como intimidação e humilhação,

(como isolar uma pessoa da família e amigos ou restringir o acesso a informações e assistência) (OMS, 2002, p. 14).

Embora as mulheres possam ser violentas para com os seus parceiros do sexo masculino e a violência ocorra também entre parceiros do mesmo sexo, o predomínio recai na mulher vítima do homem. Universalmente aceita que os homens são predominantemente os autores primários da violência por parceiro íntimo, são os homens heterossexuais a grande maioria das pessoas que usam a violência e outros comportamentos abusivos para controlar e dominar os relacionamentos. (Shipway, 2004; Stapleton, 2007).

Os estudos realizados demonstram claramente que são os (ex) cônjuges/ (ex) companheiros os principais perpetradores de VC, observando-se que esta tem, muitas vezes, continuidade mesmo após a rutura conjugal. Os eventos que desencadeiam a violência nos relacionamentos íntimos são notavelmente consistentes e incluem a desobediência ou a discussão com o homem, questionando-o sobre o dinheiro ou a existência de outras parceiras, assim como o incumprimento dos deveres de esposa e de mãe por parte da mulher (não ter a comida pronta na hora certa, não cuidar adequadamente dos filhos ou da casa, recusa a ter relações sexuais) e a suspeita por parte do homem, da prática de infidelidade pela mulher.

Muitos fatores têm sido associados ao risco de o homem agredir fisicamente um parceiro íntimo, podendo funcionar como predisponentes e/ou precipitantes. Entre os fatores individuais, uma história de violência na família do parceiro masculino (particularmente tendo visto a sua própria mãe ser agredida) e o abuso de álcool pelo parceiro masculino destacam-se em vários estudos (Kantor, 1993 como referido em Cherry, 2002; Dias 2006). Num nível interpessoal, os fatores mais consistentes que surgem como preditivos para a violência por parceiro íntimo são o conflito ou a discórdia no relacionamento e o baixo rendimento. Pode ser unicamente por condicionar a mulher a não deixar o relacionamento violento, mas também pode ser um resultado de outros fatores que acompanham a pobreza, como seja a superpopulação domiciliar (famílias numerosas) e a falta de esperança. (OMS, 2002, p. 15).

Robertson e Murachver (2009) num estudo desenvolvido na Nova Zelândia, investigaram numa amostra constituída por indivíduos da população geral, quais as circunstâncias que, segundo eles, levavam um homem a praticar violência conjugal contra a mulher.

As razões mais frequentemente referidas, incluem o uso do poder e do controlo sobre a mulher, problemas relacionados com a ingestão de álcool, falta de habilidades para lidar com a raiva, a frustração, o stress, histórico de violência na família e o adultério cometido pela parceira. O modelo de abordagem e de intervenção da e sobre a violência conjugal ou nas relações de intimidade tem mudado no decurso do tempo e se, desde sempre, foi considerada como algo da esfera privada, tem vindo nos últimos trinta anos a ser objeto de estudo e de intervenção, inicialmente no âmbito das forças de segurança e justiça e posteriormente na área da saúde pública.

A VC constitui, de facto, um problema social complexo, multifacetado, que afeta as nossas representações sobre a família e que, desde logo, suscita incertezas no seu enunciado, determina indefinições nas suas causas e, por consequência, dificuldades na procura de soluções. Nesse sentido e, tendo por base a equação do problema, no seu binómio, causa-solução, Saffioti (1995) postula que o inimigo da mulher não é o homem, mas sim, toda uma organização social de género alimentada e reforçada pela disseminação da desigualdade. A mulher que sofre violência sente-se estigmatizada por uma sociedade que categoriza as pessoas através de uma identidade social baseada nos preconceitos, que imputam ao homem atributos de agressor e à mulher a condição de vítima.

Questionar-se-á: Será a falta de confiança, e a consequente insegurança para revelar/denunciar a situação que determinam a omissão ao profissional de saúde que presta o acolhimento à mulher vítima de violência nas relações de intimidade?

O reconhecimento de que a saúde humana é afetada por determinantes ambientais incluindo os processos recíprocos entre o meio ambiente e as ações humanas, representa uma forma ecológica de pensar sobre a saúde (Coutts, Forkink e Weiner, 2014).

O ambiente tem sido considerado um determinante da saúde, mas o ambiente concebido simplesmente como as coisas físicas que rodeiam as pessoas não leva em conta a reciprocidade entre o ambiente e as pessoas. O paradigma ecológico reconhece as relações não só entre os organismos, mas também entre os organismos e o seu ambiente físico (Coutts *et al.*, 2014).

Especificamente, a estrutura ecológica propõe dois conceitos chave: (1) que o comportamento individual afeta e é afetado pelo ambiente social e (2) que o comportamento é moldado por múltiplos níveis de influência, fatores individuais, fatores interpessoais, institucionais ou organizacionais, fatores comunitários e fatores de

políticas públicas, os quais podem afetar o comportamento de saúde (Alio, Richman, Clayton, Jeffers, Wathington e Salihu, 2009).

A questão das vítimas de violência conjugal (VC) ou da violência por parceiro íntimo (VPI), não denunciarem a sua situação, pode residir na estrutura social e em aspetos culturais, porém, a não denúncia, também pode estar associada a uma prática não holística dos cuidados, comprometida, pela inexistência ou existência disfuncional de uma capacidade instalada nas Organizações de Saúde quer ao nível dos recursos físicos (espaços), quer ao nível dos recursos materiais e recursos humanos.

É no domínio destas variáveis, ou seja, na interação entre o indivíduo e o contexto de cuidados (ambiente), que se funda o modelo ecológico e se configura a ecologia dos cuidados.

A elevada prevalência e incidência da VC em todo o mundo e também em Portugal, a sua evidência como um problema de saúde pública que afeta gravemente a integridade física e psíquica da mulher, além de constituir uma flagrante violação dos direitos humanos, a tendência das vítimas (com elevada frequência) para não denunciarem os maus tratos, e a falta de sensibilidade e competência de alguns profissionais para rastreamento das situações e intervirem nas mesmas, reclama uma mudança na prestação de cuidados de saúde a essas pessoas, pelo que identifica a necessidade de investigar os/as significados/crenças dos profissionais de saúde sobre a violência nas relações de conjugalidade / intimidade e, perceber como esses/as significados/crenças orientam os profissionais nas e para as suas práticas.

Para efeitos do presente estudo, a VC é definida como um abuso de poder num relacionamento íntimo, exibido por esforços de controlo e agressão física, verbal, sexual, psicológica, emocional e financeira. Este tipo de comportamento tende a repetir-se num ciclo de eventos (Côrtes, 2012, p. 19).

O presente estudo concentrar-se-á na violência contra a mulher perpetrada pelo homem nas relações de intimidade, pretende analisar os/as significados/crenças dos profissionais de saúde para a problemática da VC e, avaliar a sua potencial influência nas práticas profissionais.

Se por um lado sabemos que as crenças influenciam o comportamento dos indivíduos, e sabemos também que certas profissões desempenham papéis fundamentais na forma como a sociedade lida com a violência conjugal, como é o caso das profissões da saúde, então será cientificamente relevante estudar as/os crenças/significados destes profissionais, de modo a melhor compreendermos como eles atuam.

Para enfatizar a relevância e pertinência da temática do estudo, o investigador descreve e sublinha que no desenvolvimento da sua atividade profissional constatou:

- A existência de problemas de violência conjugal/nas relações de intimidade contra a mulher na área de abrangência da Organização de Saúde, pela verificação de um significativo número de casos que ali ocorriam;

- A necessidade de clarificação de conceitos e de apropriação de significados junto dos profissionais de saúde;

- Dificuldades dos profissionais de saúde em identificar eventuais vítimas de violência conjugal / violência nas relações de intimidade, através da informação recolhida aquando do acolhimento e em planear ações de intervenção dirigidas às mesmas;

- Reservas por parte das vítimas para abordarem o assunto com iniciativa e espontaneidade, optando, pelo contrário, por uma atitude expectante;

Esta investigação insere-se na área científica da Ecologia Humana e nas áreas temáticas da violência de género nas relações de intimidade e da saúde e tem como objetivos gerais:

- Compreender o fenómeno da VC como um problema de saúde;

- Identificar os estereótipos dos profissionais de saúde para com a mulher vítima de violência por parceiro íntimo;

- Avaliar a associação entre os/as significados/crenças dos profissionais de saúde sobre a violência nas relações de conjugalidade / intimidade e as práticas profissionais;

Por outro lado, os investigadores desta temática apontam que as mulheres em situação de violência, baseada no género e dentro das relações de intimidade, procuram os serviços de saúde, quer pelo trauma inicial, quer pelas sequelas secundárias do abuso, quer mesmo pelos efeitos indiretos dessa violência. Assim, acreditamos que os serviços de saúde podem constituir-se num espaço privilegiado para colocar em prática ações para a identificação, tratamento, encaminhamento e reabilitação das vítimas e para a sua prevenção.

A estrutura do trabalho que aqui se apresenta organiza-se numa parte teórica e noutra parte empírica. A parte teórica é constituída por três (3) capítulos e respetivos subcapítulos de revisão da literatura.

No primeiro capítulo procurou-se dar uma perspetiva geral da VC enquanto conceito, explicitando a sua evolução terminológica, para nos subcapítulos respetivos, fazer uma abordagem ao enquadramento histórico e legal. Abordou-se a evolução da

legislação dirigida, quer de âmbito Nacional, quer a nível Internacional, o desenvolvimento dos procedimentos judiciais, deu-se uma panorâmica da evolução histórica da prevalência e concetualização da violência e paralelamente do alcance legislativo.

No segundo capítulo e, subcapítulos associados, introduziu-se a abordagem da violência de género, violência conjugal ou violência nas relações de intimidade, nas variáveis e envolvências potencialmente preditoras, por um lado, da dicotomia aceitação/rejeição da violência conjugal/nas relações de intimidade, por parte da própria mulher vítima, na dependência dos estereótipos emergentes da sociedade, assim como, por outro lado, da compreensão e interpretação do fenómeno por parte dos demais atores sociais, independentemente do seu estatuto e desempenho de papéis associados e inventariou-se as consequências da violência para a vítima, quer a nível da sua saúde, e, não só, mas também, a nível social, familiar e económico-financeiro.

Ainda no segundo capítulo e subcapítulos associados, incidiu-se nas dimensões que poderiam subsidiar e viabilizar a aceitação da ocorrência de violência, como por exemplo, a conduta da mulher, subjugada ao cumprimento dos deveres inerentes ao desempenho dos seus papéis tradicionais, a desigualdade de género, privacidade da família, a banalização da pequena violência, assim como as tão teorizadas prováveis causas externas da prática de atos violentos por homens, em contextos de intimidade, contra mulheres que com eles coabitam ou não, como sejam as drogas, álcool, *stress* e desemprego, de entre outras. Recolheu-se também informação sobre a identificação de estereótipos relacionados com a mulher vítima de violência nas relações de conjugalidade/intimidade, procurando, particularmente, deduzir um padrão teórico para as características físicas, sociais e psicológicas.

No terceiro capítulo e respetivos subcapítulos, face à literatura disponível, pretendeu-se enquadrar a violência por parceiro íntimo nas relações de conjugalidade/intimidade contra a mulher como um problema de saúde, dar uma visão das crenças que a sociedade retroalimenta quer em relação ao problema da violência, quer relativamente aos protagonistas, vítima e agressor, assim como aos seus conviventes significativos e/ou familiares, sendo que pudemos observar a solidariedade e o apoio para com a vítima e a punição do agressor, como também, em menor escala, a culpabilização da vítima e a absolvição do respetivo agressor.

Continuando no terceiro capítulo e respetivos subcapítulos, o foco da revisão de literatura, incidiu sobre os/as significados/crenças que os profissionais de saúde

atribuem à violência conjugal ou à violência que ocorre nas relações de intimidade, praticada pelo homem contra a mulher, nas suas práticas com as mulheres vítimas, procurando estabelecer identidades entre essas práticas e os possíveis significados. Desenvolveu-se também o modelo ecológico da saúde e os seus aportes para a ecologia dos cuidados e, por fim, foram abordados os modelos de cuidados de saúde holístico e biomédico.

A segunda parte da tese, consagrada aos estudos empíricos organizou-se em quatro capítulos. O capítulo primeiro da segunda parte centrou-se no enquadramento da investigação, nomeadamente no problema em estudo, tipo de estudo, questões de investigação, objetivos e hipóteses.

Nos capítulos seguintes abordou-se os instrumentos de medida, respetiva pontuação, interpretação e pré-teste, procedimentos para a colheita de dados, implicações e limitações do estudo. No capítulo cinco o tratamento e análise dos dados, finalizando os capítulos seis e sete, com a discussão dos resultados obtidos e a conclusão, respetivamente.

1- ENQUADRAMENTO

1.1-Violência doméstica (VD)

1.1.1- Evolução histórica da violência doméstica

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

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

A necessidade de agir sobre o fenómeno e de o manter como foco de atenção dos países levou a Assembleia Geral da ONU a instituir em 1999, o dia 25 de Novembro como o *Dia Internacional para a Eliminação da Violência Contra a Mulher*.

Segundo Garcia, (1991), como referido em Cherry, (2002), pode-se afirmar que na Europa, no período do direito romano (189 aC-411 dC), a família foi um conjunto de pessoas subordinadas à jurisdição do *paterfamilias* ("pai de família), que tinha poder ilimitado e total sobre todos os membros da família. Este poder abrangeu direitos sobre a esposa e sobre as crianças.

Já durante a Idade Média, as mulheres, bem como as crianças ganharam importância no seio da família, ao mesmo tempo, que os direitos do marido / pai diminuíram (Cherry, 2002, p. 144).

Ruff, (2001) descreve que no início da Europa moderna (1500-1800), a forma mais comum de VD neste período, foi o ataque do marido sobre a sua esposa.

De acordo com Anica, (2005), a resistência que, com nitidez a partir da década de 70 de Oitocentos, mulheres comuns desenvolvem contra a dominação patriarcal (perspetiva androcêntrica dominante,...), levanta o problema da relação entre este fenómeno que parece ser uma corrente de fundo civilizacional e a emergência do movimento feminista.

Nas últimas décadas de novecentos, surgiram sinais de mudança e começou a tratar-se as relações de género, violência e justiça, dando particular atenção à violência criminal no contexto da família.

De acordo com Portugal, (2003, 199-214), a família moderna é um lugar de refúgio, de investimento, emocional, um lugar de violência. A idealização da família é apenas um mito que leva à invisibilidade do problema. A casa é o lugar mais perigoso. Dados estatísticos apontam que realidades conjugais e familiares pouco têm a ver com a imagem idealizada da família.

Alves (2005) ilustra-nos que a VC, não obstante as proporções bastante elevadas que tem assumido por todo o mundo, é um fenómeno que só foi denunciado a partir dos anos 60/70 do séc. XX pelos movimentos feministas.

Davis (1998), entende que historicamente a sociedade tem conhecimento da VD, ou seja, tudo o que ocorre dentro da suposta unidade ideal da família humana (cônjuge, abuso infantil, abuso de idosos) e que, não sendo esse tipo de violência uma questão nova, durante a última década tornou-se uma importante e ainda mal compreendida questão política.

De facto, estamos perante uma problemática secular. Nos anos 80 do séc: XIX (1886...), a imagem da esposa e da mãe estruturava-se em torno de 2 núcleos temáticos: o valor económico e o valor simbólico da mulher na família. A boa mãe de família dedicava-se ao trabalho de enriquecimento da casa, cuidando de restringir os consumos ao mínimo e de se comprometer na produção. Contudo, o papel de boa esposa, não se restringia aos aspetos materiais, dela dependia a reprodução da honra masculina e do capital simbólico da família que, por sua vez, era indispensável à prosperidade económica da casa. O homem tinha os deveres de “ganha-pão” e de “pai de família”.

Em termos de análise histórica no séc. XX, Costa (2005), considera a violência conjugal um problema ancestral que, no passado, foi tolerado pelos modelos culturais enraizados no costume que a entendiam (a violência) como matéria do foro íntimo dos casais, escondido pelas vítimas, muitas vezes envergonhadas pela humilhação e evitando submeter-se aos comentários de parentes ou estranhos quase sempre propensos a incriminá-las pela evolução da relação conjugal que culminou na violência.

É uma forma de violência que persiste no tempo e se estende praticamente a todas as classes sociais. Desde a década de 50 do século XX surge referida na literatura de diferentes modos, desde a violência intrafamiliar, à violência contra a mulher até à VD.

A sua natureza e magnitude têm sido objeto de estudo de diversas áreas como a criminologia, antropologia, sociologia, psicologia, epidemiologia, saúde pública entre outras; contudo a determinação das suas dimensões tem-se revelado difícil (Desai e

Saltzman, 2001; Ellsberg e Heise, 2005). Tem-se assistido à evolução histórica das dinâmicas de reconhecimento, aceitação e/ou repúdio do fenómeno, quer pela sociedade, quer pelas Organizações competentes.

Andringa (2002), no que respeita a Portugal, advoga que até 1969 não podia haver VD, no sentido em que a entendemos hoje, porque a vida familiar era em si, uma violência. A mulher era um objeto do homem e não podia tomar qualquer decisão. Neste sentido, até 1969, evidentemente não havia denúncia de casos de VD. Era proibido que houvesse casos de violência, porque o marido podia tranquilamente maltratar a mulher sem que ninguém se preocupasse com isso: “... , era um bom Pai de família e seguia a política de Salazar ,...” ; “ ,... um abanão dado a tempo evitava muitos males ,...”

A partir da década de noventa passa a ser referida na literatura como violência de género, designação que, para distinguir aquela que surge em contexto íntimo, assume a terminologia de violência conjugal ou violência nas relações de intimidade.

Ao longo das duas últimas décadas, o fenómeno da violência conjugal assumiu um lugar de destaque em Portugal, à semelhança do que já vinha a acontecer noutros países (Coelho, 2010), tendo-se registado em Portugal um aumento no número de ocorrências de VC participadas às forças de segurança e, em 2009, este crime foi o quarto mais registado no total de crimes, e o segundo nos crimes contra as pessoas (DGAI, 2010a). Este aumento do número de ocorrências também poderá estar relacionado com as diversas alterações de carácter legislativo que sucessivamente foram efetuadas (Quaresma, 2010).

Côrtes (2009), atendendo aos dados disponíveis sobre as ocorrências de VC participadas às forças de segurança em Portugal, verifica que entre os anos 2000 e 2007, o número de participações quase duplicou (+96%), com uma taxa de variação anual média na ordem dos 11% (DGAI, 2010a) e que, no ano de 2009, foram registadas pelas forças de segurança, GNR e PSP, 30543 participações de VC, o que corresponde a uma taxa de incidência de 2,9 %, ou seja, cerca de 3 habitantes em cada mil, efetuaram uma participação de VC.

Segundo Lisboa et al., (2008; 2010), 38,1% das mulheres residentes em Portugal continental, foram alvo de pelo menos um ato de violência de género, nos últimos 12 meses ou em anos anteriores (valor que num estudo realizado em 1995 era de 48%). Ainda de acordo com os dados disponíveis, assume-se que a VC constituiu o segundo crime com maior peso na categoria de crimes contra as pessoas (a seguir ao crime de

ofensas à integridade física voluntária simples) e o quarto no total de crimes participados (DGAI, 2010a).

1.1.2- Enquadramento histórico do conceito

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

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

Com o início da vida em comum, o casal forma o primeiro subsistema familiar: o conjugal onde, cada um dos elementos do casal transporta os seus valores pessoais, culturais e sociais (Calvinho. 2013).

A Organização das Nações Unidas (ONU) no artigo 1º da *Declaração para a Eliminação da Violência contra as Mulheres*, define a violência contra a mulher como: “(...) qualquer acto violento baseado no género que resulte ou tenha o intuito de provocar sofrimento físico, psicológico ou sexual que provoque sofrimento na mulher, incluindo coerção, privação da liberdade, tanto ocorridas na vida pública como na vida privada.” (1994, p.3).

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

Em 2004 a Organização das Nações Unidas [ONU] revê o conceito e define a VD como a “violência que ocorre na esfera da vida privada, geralmente entre indivíduos que estão relacionados por consanguinidade ou por intimidade. A VD pode assumir diferentes tipos de violência, incluindo a física, a psicológica e a sexual”.

Assim, o conceito de violência doméstica apresenta-se como um conceito dinâmico reportando-se a uma transgressão das normas e dos valores socialmente instituídos em cada momento, e constitui uma forma de exercício de poder, mediante o uso da força (física, psicológica, económica, política), pelo que define inevitavelmente dois papéis: o de vitimador e o de vítima.

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

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

Pensar a VC é, necessariamente, pensar nas relações entre o homem e a mulher, relações assimétricas, hierarquizadas.

As mulheres que são batidas pelos companheiros são-no numa relação de afetividade, de intimidade conjugal que permite a proximidade e em ambiente privado. Parece ser comum que a violência se desenvolve num *continuum* crescente em intensidade e em frequência (Ramos, 2004). O padrão habitual da escalada da violência relaciona-se com o aumento da gravidade das lesões físicas e ao aumento da frequência dos episódios violentos (Antunes, 2002; Calvinho, 2007). Uma das formas mais comuns de violência contra as mulheres é a praticada pelo marido ou por um parceiro íntimo. Esta violência perpetrada por parceiro íntimo ocorre em todos os países, independentemente de grupo social, económico, religioso ou cultural (Casique e Furegato, 2006).

Costa, (2005), diz-nos que o reconhecimento da VC como problema social de âmbito internacional pode situar-se em 1975, surgindo por esta altura as primeiras reflexões sobre o tema nas Nações Unidas. Este autor, tendo presente que a VC constitui um tema relativamente recente nas preocupações sociais do mundo ocidental, elenca alguns fenómenos sociais que foram contribuindo para o aparecimento do conceito. Dentro destes evidencia a alteração dos papéis sociais das mulheres, donde ressalta a entrada no mercado de trabalho assalariado. Em 1980 este organismo define o uso da violência contra as mulheres como uma violação dos seus direitos fundamentais, que ofende a liberdade individual e a integridade física.

Fica assim reconhecido pelas Organizações Internacionais que a violência por parceiro íntimo contra a mulher, deve ser percebida como uma questão de direitos humanos que impede o pleno desenvolvimento da mulher (Fonseca e Lucas, 2006).

Paralelamente à evolução histórica das dinâmicas de reconhecimento, aceitação e/ou repúdio do fenómeno, quer pela sociedade, quer pelas Organizações competentes, o seu conceito foi também, paralelamente, sofrendo alterações.

Nesse sentido, e segundo Shipway (2004), historicamente, o termo “mulher agredida” ou “esposa espancada” foi a terminologia aceite, mas, mais recentemente, muitos vêem-no como um termo inapropriado e redutor, já que ignora o significado do *ferimento* psicológico, sexual e emocional e a privação financeira experienciada por vários milhares de mulheres, diariamente, por longos períodos das suas vidas.

(Feeley (1994), como referido em Anica, 2005), articula dois conceitos chave para a compreensão das relações sexo/género e crime. Patriarcado e Controlo social. Com o conceito de patriarcado, Feeley procura explicar a maior frequência das mulheres no papel de vítimas do que no de agressoras, através da dominação dos homens, isto é, o sistema androcêntrico, no qual os homens controlam as mulheres (individualmente ou como grupo) em diversas áreas como as da produção, reprodução, sexualidade e socialização. O conceito de controlo social foi aplicado para afirmar que as mulheres têm sido objeto de um controlo social mais diversificado e intenso do que os homens, o que justifica o seu maior conformismo.

Continuando a percorrer os processos de mutação da terminologia associada ao conceito, refere-se que com o termo “violência conjugal” (VC) entendia-se a violência que ocorre entre marido e mulher ligados por um sacramento ou contrato de casamento legalmente instituído. É certo que a violência não se confinava às relações conjugais legalmente instituídas.

Existem inúmeras definições de violência na literatura acerca do tema, o que reflete, de certo modo, a subjetividade e as diversas influências (e.g. sociais, culturais, étnicas, legais) a que se encontra sujeita.

A utilização do termo "violência doméstica" é mais comum para indicar a violência contra parceiros, especialmente contra a mulher. Paralelamente, existem outras expressões que ajudam a particularizar as especificidades dos diferentes tipos de violência que podem ocorrer nas teias das relações íntimas, tais como, "violência no relacionamento", "violência conjugal" e "violência intra-familiar" (Coelho, 2010). Os termos violência doméstica, violência conjugal e violência nas relações de intimidade são comumente utilizados com significados próximos, ou seja, referem-se à violência nas relações interpessoais íntimas. Englobam todos os atos de violência física, psicológica e sexual cometidos contra pessoas, conceito que foi alargado a ex-cônjuges

e a pessoas do outro ou do mesmo sexo com quem a vítima mantenha ou tenha mantido uma relação, com ou sem coabitação.

Gomes, Erdman, Bettinelli, Higashi, Carneiro e Diniz (2013), tendo por referência resultados de investigações realizadas, referem que em relação ao principal autor da violência praticada contra as mulheres, os estudos mostram que é principalmente aquele com quem a vítima tem ou teve um relacionamento íntimo, o que configura a violência conjugal, definida como qualquer ato de violência existente num relacionamento íntimo. Em todo o mundo, esta é a forma mais frequente de violência inter- pessoal (Silva, 2010).

O fenómeno da violência conjugal, caracteriza-se pela existência de um “Ciclo da Violência”, que integra três fases que se sucedem ciclicamente. A fase do *aparecimento da tensão* que se caracteriza pela falta de comunicação, tensão, medo de causar explosões de violência, a fase da *ação* (fase da tempestade) caracterizada por explosões de violência, abusos e a fase da *Lua-de-mel* que se caracteriza pela afeição, reconciliação e aparente fim da violência (Coelho, 2010)

Segundo Wilson (2009), a violência em relações íntimas tem uma elevada carga punitiva, com o intuito de intimidar e controlar a vítima.

“Os estereótipos de género continuam a ser determinantes na construção das desigualdades entre mulheres e homens, afetando todas as esferas da vida social, política, económica e cultural, condicionando os nossos valores, linguagem, expectativas, comportamentos e opções. Urge, assim, desenvolver um esforço concertado de combate aos estereótipos de género em todas as áreas e, em particular, na educação e formação, na saúde, no mercado de trabalho, no desporto e na cultura, na comunicação social, bem como em todos os domínios da vida política e pública” (III Plano Nacional para a Igualdade, Cidadania e Género, 2007-2010, Diário da República, 1.ª série — N.º 119 — 22 de Junho de 2007, p. 3951).

Em 1993 ficou estabelecida pela Assembleia Geral das Nações Unidas a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres, definindo a Violência contra as mulheres do seguinte modo: “*consiste em qualquer acto de violência baseada no género que resulta, ou poderá resultar, em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico para as mulheres, incluindo ameaças de tais actos, coacção ou privações arbitrárias da liberdade, quer ocorram em público ou no âmbito da vida privada*”. (resolução 48/104 da ONU, 20 de Dezembro de 1993)

Nos termos do despacho, do Ministro da Administração Interna nº16/98, de 9 de Março é entendido como ato de VD, *qualquer crime, previsto no Código Penal, alegadamente cometido contra a vítima por alguém que com ela resida habitualmente no seu alojamento, independentemente da relação de parentesco, de consanguinidade ou afinidade, ou outra qualquer relação entre agressor e vítima* (Manita, et al, 2009, p.149). A revisão da literatura mostra-nos que a violência de género é um fenómeno complexo, começando pela diversidade de termos que se utilizam para se referir a este tipo específico de violência. Violência contra a mulher, violência intrafamiliar, violência conjugal (VC), violência doméstica (VD) contra a mulher, mulher golpeada ou, mais recentemente, violência de género, para citar somente alguns exemplos (p. 16).

Enquanto uns autores se referem a este tipo de violência como um fenómeno social, em estreita relação com as condições socioeconómicas, (Diniz, et al., 2013), outros enfatizam as relações de poder baseadas no género e na sexualidade para tentar compreender a sua ocorrência (Heise et al., 1994:41, como referido em Angulo-Tuesta , 1997). Estes autores, assinalam ainda que a forma mais endémica de violência contra a mulher é a violência conjugal.

Manita, Ribeiro e Peixoto, (2009), corroboram das explicações para o fenómeno da violência contra a mulher nas relações de intimidade, através das relações de poder baseadas no género, referindo que as teorias têm concetualizado a violência sobre as mulheres, e de forma mais específica, a VC, como uma questão de género, alicerçada na perpetuação da desigualdade entre mulheres e homens numa sociedade com uma organização social desigual hierarquizada pelo género. Fala-se por isso, de violência de género.

A violência de género, especialmente a sua forma mais comum – violência conjugal (VC) ou violência por parceiro íntimo (IPV) - é prevalente em todo o mundo.

A propósito das relações de poder baseadas no género, Franzoi, Fonseca e Guedes, (2011), referem que a sociedade, embora em constante transformação, produz e reitera valores androcêntricos que reforçam a assimetria do poder nas relações entre homens e mulheres.

A VC refere-se à violência exercida pelo homem sobre as mulheres em meio familiar, estando pelas suas características e especificidades, separada das outras formas de violência familiar (violência infantil e violência sobre o idoso).

A sua ocorrência com maior frequência num espaço privado, em que o agressor mantém, ou já manteve, uma relação íntima com a vítima faz com que dificilmente seja

presenciada por alguém. Desse modo, a violência conjugal foi inicialmente entendida como um assunto a gerir dentro de casa, sendo alheio à possível intervenção de terceiros (Machado *et al.* 2006).

Já conhecido o conceito de VC como problema social, como problema socioeconómico e como problema de direitos humanos, Arruda (2002), apresenta-nos o conceito de VC como problema de saúde. A prova de que esse tipo de violência causa sérios danos à saúde das mulheres, é agora esmagadora (Taft e Small, 2014).

Pode caracterizar-se de diversos modos, desde marcas visíveis no corpo, caracterizando a violência física, até formas mais subtis, porém não menos importantes, como a violência psicológica, que traz danos significativos à estrutura emocional da mulher (Arruda, 2002, p. 3).

As formas ou modos de infligir a violência, cursam entre o abuso físico ou ameaça de abuso físico, o abuso sexual ou ameaça de abuso sexual (qualquer contacto que viole a integridade sexual), o abuso verbal, psicológico e emocional (incluindo insultos, ridicularização, conduta degradante, ameaças, ciúme), o abuso económico (incluindo não pagar as necessidades domésticas, venda de mobiliário/imobiliário, intimidação (ou seja, fazer ameaças ou enviar ameaças), assédio (observação, vadiagem, fazendo telefonemas, cartas, embalagens, e-mails, faxes, etc, danos ou destruição da propriedade, entrar na residência da vítima, sem o consentimento da mesma, quando as partes não compartilham a mesma residência (Arruda, 2002; Bagshaw e Chung, 2000; Fonseca e Lucas, 2006; Machado e Gonçalves 2003 como referido em Alves, 2005; Samson, 2010; Stapleton, 2007; Taylor, 2006).

Nos pressupostos acima, a violência conjugal pode ser descrita como um fenómeno que compromete, de forma grave, a integridade psicológica e física do indivíduo, sendo que pode existir uma componente verbal como forma de atemorizar a vítima, comprometendo a sua liberdade pessoal (Baldry, 2003; Celmer, 2010; Jeanjot, Barlow e Rozenberg, 2008).

A violência conjugal é um fenómeno transversal a toda a sociedade, independente de idade, género, etnia, orientação sexual, classe social ou localização geográfica (Richards *et al.*, 2008). Esclarecer os fatores que aumentam o risco para a violência, levará a uma melhor prevenção (Cummings e Sandoval, 2012).

Reconhecendo a maioria dos teóricos a proliferação de definições de VC que colocam a tónica quase que exclusivamente na mulher, é pertinente o alerta de Shipway, (2004). Diz-nos esta autora que qualquer definição de VC deve reconhecer todos os

grupos que podem ser vítimas de abuso num relacionamento íntimo, incluindo mulheres, homens, pessoas transexuais, e casais em relações do mesmo sexo, deve reconhecer que a maioria dos abusadores são do sexo masculino, deve reconhecer os aspetos de poder e de controlo que sustentam o abuso, deve identificar a tipologia do abuso, incluindo físico, psicológico, financeiro, emocional e sexual, pode incluir as influências históricas, sociais e políticas que sustentam a violência conjugal e, finalmente, pode incluir os efeitos sobre as crianças que presenciam o abuso íntimo.

A propósito das definições, Taylor (2006) relativamente às variáveis que podem concorrer para a definição de VC, introduz a dimensão cultural. Neste sentido, concretiza os seus pressupostos, defendendo que a definição de VC depende do ponto de vista da sociedade e dos limites que as pessoas colocam sobre a aceitação de certos comportamentos dentro de um relacionamento conjugal: em outras palavras, as definições de VC são culturalmente específicas.

De acordo com diferentes autores, a VC tende a evoluir através de diferentes fases que se repetem ciclicamente. De acordo com este modelo, a VC tende a evoluir seguindo dois grandes processos (Samson 2010; Walker 1979, como referido em Aguiar, 2002):

A- O “ciclo de violência” propriamente dito, que engloba três fases centrais: fase do aumento da tensão, fase do ataque violento ou do episódio de violência, e fase de apaziguamento, reconciliação ou “lua-de-mel”;

B- Um processo segundo o qual os atos de violência tendem a aumentar de frequência, intensidade e perigosidade ao longo do tempo. (p.26)

A- Fases do “ciclo de violência”

1- Fase do aumento de tensão

Em todas as relações íntimas ocorrem episódios de tensão, divergência ou conflito entre os pares, mas enquanto numa relação não violenta o processo de escalada da tensão é, a dado momento, interrompido pelo recurso a estratégias de negociação ou resolução dos diferentes problemas de forma não violenta (o designado “ritual de interrupção”), nas relações abusivas o agressor, não sabe ou não quer recorrer a este tipo de estratégias. Utiliza basicamente todas as situações do quotidiano para produzir uma escalada de violência

2- Fase do ataque violento ou do episódio de violência

Geralmente, começa com violência verbal, rapidamente associada a violência física, e vai escalando para uma combinação de diferentes tipos de violência. Muitas vítimas não reagem porque percebem intuitivamente, ou pela experiência anterior, que isso poderá agravar a violência perpetrada e procuram apenas defender-se dos ataques mais violentos, reagindo passivamente, na esperança de que “a não resposta” atenua a ira do agressor. É nesta fase que o agressor tende a invocar razões, atenuantes ou desculpas para a sua ação e a atribuir frequentemente a culpa à vítima (processos de racionalização) do tipo “foi ela que me provocou”, ou “vê o que me obrigaste a fazer”) ou a fatores externos (“não fui eu foi o álcool”, “foi um dia mau”, “não sei o que me passou pela cabeça”, “não estava em mim”), atribuições que ajudam a racionalizar comportamentos que, de outra forma, sentiria como inaceitáveis.

3-Fase de apaziguamento, reconciliação ou de “lua-de-mel”

Na sequência das estratégias e racionalizações já referidas, o agressor tende a manifestar arrependimento e a prometer não voltar a ser violento. No fundo invoca motivos para que a vítima desculpe o seu comportamento. Em muitos casos, este período corresponde a um autêntico período de “enamoramanto” do agressor à vítima, pelo que esta fase é também chamada de “lua-de-mel”. Esta oscilação comportamental do agressor e consequente ressonância e impacto cognitivo-afetivo na vítima constitui um dos fatores que mais dificultam a ruptura por parte desta, fazendo-a acreditar que por ora existe amor na relação. A esperança na mudança é reforçada pela vontade que esta tem de ver o seu projeto de vida a dois ser bem-sucedido e pela ideia de que ainda existe amor.

1.1.3- Enquadramento legal da violência doméstica

Nas últimas décadas tem-se observado um esforço e um empenho dos Estados de todo o mundo para prevenir e combater a VD e, em particular, a VC ou nas relações de intimidade.

O Comité de Ministros do Conselho da Europa, adotou a Recomendação R (85) 4 sobre a Violência na Família, em 1985, posteriormente foi aprovada a Recomendação R (90) 2, em 1990, sobre Medidas Sociais Relativas à Violência na Família, e a Recomendação Rec (2002) 5 sobre proteção das mulheres contra a violência, em 30 de Abril de 2002.

A década de 90 foi, neste âmbito, pródiga no desenvolvimento de iniciativas legislativas e, internacionalmente, no seu decurso foram desenvolvidas várias atividades contra a violência em contexto familiar em geral e contra a violência conjugal em particular:

1990- O Comité de Ministros do Conselho da Europa recomenda medidas preventivas gerais e medidas específicas. Nestas inclui medidas de informação; deteção célere da violência no seio da família por parte dos profissionais que lidam com ela e da opinião pública; sinalização dos casos de violência por parte da sociedade em geral (incluindo os vizinhos, amigos), encorajando que o façam às autoridades com competência para ajudar;

1992- A ONU inclui a violência na definição de discriminação em razão do sexo;

1993- A conferência Mundial para os Direitos Humanos reconhece os direitos da mulher;

1995- Na 4ª Conferência Mundial sobre as Mulheres, da Organização das Nações Unidas, realizada em Pequim em 1995, a Violência contra as Mulheres figura como uma das áreas críticas para atingir a igualdade entre mulheres e homens. Na Declaração de Pequim foi definido que a VD configura uma grave violação dos direitos humanos, tendo sido criada uma Plataforma de Ação para prevenir e combater a violência contra as mulheres em todo o mundo.

1997- A Comissão Europeia lança a iniciativa DAFNE (1997/99) que passa a programa preventivo. O Parlamento Europeu reclama campanha de tolerância zero à violência contra as mulheres; O Fórum das mulheres Europeias cria o Centro Europeu de Ação Política relativamente à violência contra as mulheres e o Observatório Europeu da violência contra as mulheres

1998- O Conselho da Europa avalia a situação jurídica da violência contra as mulheres em 29 países; Conferência de peritos em Viena adota 52 normas e recomendações (Dezembro, Presidência Austríaca)

1999- Campanha Europeia contra a VD (Janeiro) no dia Internacional da Mulher; Conferência em Colónia (Presidência Alemã), adota 10 recomendações; Os Ministros da Justiça e da Administração Interna dos Estados membros debatem a VD (Junho); Fórum das mulheres Europeias apresenta os primeiros resultados estatísticos da investigação relativa à VD na União Europeia; Sondagem Eurobarómetro sobre atitudes dos Europeus em relação à violência doméstica; Conferência sobre VD (Novembro, Presidência Finlandesa)

2000- Programa DAFNE apoia as atividades das ONG (Janeiro); Nações Unidas definem o Dia Internacional de Eliminação da Violência contra a Mulher (25 de Novembro)

No âmbito da União Europeia, o Roteiro para Igualdade entre Homens e Mulheres (2006-2010) apelou à urgência dos Estados Membros em eliminar todas as formas de violência em razão do sexo, ratificado por Portugal em 1980, um dos primeiros países a fazê-lo e que entrou em vigor em 1981. Posteriormente em 1992, o Comité CEDAW, na sua 11ª sessão, efetuou uma recomendação específica para clarificar que o artº 1º da Convenção sobre a discriminação inclui a violência baseada no género, isto é, violência que é dirigida contra a mulher porque é mulher ou que afeta as mulheres desproporcionalmente e inclui atos que infligem dano ou sofrimento físico, mental ou sexual, ameaças de tais atos, coação e outras privações de liberdade. A Convenção inclui um protocolo opcional (ONU, 1999), ratificado por Portugal em 2002;

Em Varsóvia, em Maio de 2005, os Estados- membros assumiram o compromisso de erradicar a violência contra as mulheres, incluindo a VD.

Em 11 de Maio de 2011, em Istambul, foi assinada a Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a VD a qual se constitui como um marco importante em termos internacionais, uma vez que adota, de uma forma pioneira, um quadro legal decididamente ambicioso e vinculativo na vertente não só da VD, bem como de outras formas específicas de violência contra as mulheres. Entre as formas de violência que esta convenção contempla, destacam-se a violência

física, psicológica, *stalking*, o casamento forçado, a mutilação genital feminina, aborto e esterilização forçados, violência sexual, incluindo violação. (p.147 e 148)

De acordo com Quaresma (2010), importa igualmente salientar a Estratégia Europeia de Combate à Violência contra as Mulheres, 2011-2015, a qual visa a erradicação de todas as formas de violência sobre as mulheres no espaço da União Europeia. Pretende-se que sejam reforçados até 2015, em todos os Estados-membros, os sistemas de prevenção, de proteção das vítimas e de penalização efetiva dos perpetradores. (p.149)

1.1.4-Políticas públicas e a intervenção da Lei em Portugal

Durante muito tempo, o Código Penal Português apresentou graves lacunas em relação a este crime. “Até 1852, a lei Portuguesa autorizou o marido a bater na mulher, e o Código Penal de 1886 considerava o adultério da mulher como atenuante de homicídio, não sendo reconhecido à mulher a mesma atenuante” (Lourenço, Lisboa e Pais, 1997, como referido em Alves, C., 2005, p. 14).

Os deveres conjugais estavam previstos nos n.ºs 1.º e 3.º do art.º 1184.º, respetivamente o dever de guardar mutuamente fidelidade conjugal, de socorrer-se e ajudar-se mutuamente e o do art.º 1185 do código civil (decreto de 1 de Julho de 1867), segundo o qual incumbia à mulher prestar obediência ao marido. O crime de infidelidade conjugal, estava previsto no art.º 401 do código penal (Decreto de 16 de setembro de 1886)].

Nem sempre a violência conjugal, tal como hoje a conhecemos, foi tratada a nível legal de forma coerente e equilibrada, sem atitudes discriminatórias. Se, até 1982, as agressões do marido à mulher eram consideradas legítimas, com a publicação do Código Penal de 1982 e respetiva entrada em vigor, em 1983, o crime de maus tratos foi consagrado autonomamente, designado de “maus tratos ou sobrecarga de menores e de subordinados ou entre cônjuges” (Ferreira, 2005).

Em Portugal, à semelhança de muitos outros países, a violência nas relações afetivas é maioritariamente praticada por homens sobre as mulheres. A probabilidade de um homem ser vítima de violência conjugal é 3 vezes menor do que a da mulher (Portugal, 2009a).

Em Portugal tem sido crescente a preocupação com este fenómeno, traduzida em ações de organizações governamentais e da sociedade civil; na produção de leis específicas e consubstanciada como crime público no Código Penal Português, no art. 152º conforme a Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro publicada no *Diário da República*, 1.ª série — N.º 170 — 4 de Setembro de 2007 e de planos nacionais contra a violência doméstica; A lenta evolução de mentalidade torna ainda possível que nas relações afetivas e na família os direitos fundamentais não estejam totalmente integrados nas atitudes e comportamentos, com o poder ainda centrado no masculino e que se impõe à fragilidade do feminino (Calvinho, 2013, p. 46)

A violência conjugal contra a mulher, mereceu, nas últimas décadas, a atenção do poder político e do poder judicial. Em resultado dessa preocupação crescente, foi produzida legislação para suporte legal e apoio social das vítimas, com aplicação e impacto em várias áreas:

- Lei nº 61/91 de 13 de Agosto: garante a proteção adequada às mulheres vítimas de violência, cujo âmbito de aplicação se limita aos delitos em que são vítimas as mulheres, sempre que a motivação do delito seja o resultado de uma atitude discriminatória por parte do agressor. O procedimento criminal estava dependente da verificação da queixa por parte da vítima (crime semi-público). A regulamentação da Lei teve lugar em 1999 através da Resolução da Assembleia da República nº 31/99 de 14 de Abril.

Das medidas previstas na Lei nº 61/91 de 13 de Agosto, destacam-se a criação de uma rede de casas de apoio às mulheres vítimas de crimes de maus tratos, a nível nacional (para atendimento, abrigo e encaminhamento); a criação de um gabinete SOS para atendimento telefónico das mulheres vítimas de violência com funcionamento ininterrupto.

Mais tarde, com a reforma penal efetuada pelo Decreto-Lei n.º 48/95 de 15 de Março, introduziram-se reformas importantes, passando o artigo 152º e a sua epígrafe a ser “maus tratos ou sobrecarga a menores, ou incapazes ou cônjuge”. Assim, consagram-se quer os maus tratos físicos quer os psíquicos, nas relações entre cônjuges, e portanto quer casados, quer nas uniões de facto.

- Lei nº 59/98 de 25 de Agosto que altera o artigo 200º do Código de Processo Penal para a inclusão da medida de afastamento do agressor da casa de morada comum com a vítima, em caso de VD.

-Lei n.º 65/98 de 2 de Setembro, através da qual o procedimento criminal torna-se independente da queixa. O Ministério Público passa a ter legitimidade para *ex officio* iniciar o procedimento sem queixa. Este novo normativo evita que grande parte dos ilícitos relativos à violência doméstica fique impune face às conhecidas resistências entrepostas pela vítima. A continuidade do processo, contudo, passou a depender da vontade da vítima. É o chamado crime semi-público mitigado.

- Lei n.º 107/99 de 3 de Agosto, prevê a “ criação da rede pública de casas de apoio a mulheres vítimas de violência”. Esta Lei ficou regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 323/2000 de 19 de Dezembro que estabelece o quadro geral da rede pública de casas de apoio (casas abrigo) às mulheres vítimas de violência.

- Lei n.º 129/99 de 29 de Agosto aprova o regime aplicável ao adiantamento pelo Estado de indemnização devida às vítimas de violência conjugal. O regime foi alargado a todas as vítimas de violência conjugal, inclusive às vítimas do sexo oposto. O Estado passaria a antecipar a indemnização à vítima logo a partir da instauração do processo.

Importa salientar ainda que este conjunto de medidas legislativas, embora possam ter surgido da crescente consciencialização pública face a um fenómeno que também era necessário intervir ao nível legal, vieram ao encontro de um conjunto de recomendações internacionais que desde a década de oitenta se têm vindo a produzir neste domínio.

- Lei n.º 7/2000 de 27 de Maio, altera a redação do artigo 152º do Código Penal e artigos 281º e 282º do Código de Processo Penal, onde o crime de maus tratos passou a crime público, com a particularidade da possibilidade de se requerer a suspensão provisória do processo em determinados casos. A nova lei 7/2000 de 27 de Maio altera o artigo 152º do Código Penal, deixando este de fazer depender a denúncia da apresentação de queixa, passando assim as situações de VD a constituir-se crime público. O reconhecimento do estatuto de crime público, não faz depender o procedimento criminal, de queixa da vítima.

Basta que o Ministério Público tenha conhecimento da sua ocorrência para instaurar o procedimento criminal, não sendo necessária uma queixa do lesado ou do seu representante legal para dar início ao processo (ao contrário dos crimes de natureza particular), e não admite desistência (ao contrário dos crimes de natureza particular ou semipública). Acresce a este facto que pelo disposto no artº 242º do Código de Processo Penal, a denúncia deste crime é obrigatória para todos os funcionários públicos (na

ação do artº 386º do Código Penal), que no exercício das suas funções ou por causa delas tomem dele conhecimento.

Atualmente, o artigo 152º do Código Penal tem como epígrafe apenas a violência doméstica, separando os maus tratos e a violação ou regra de segurança, nos artigos 152º-A e 152º-B, respetivamente.

No que toca às penas acessórias, esta nova redação da lei, agrava a proibição do contacto com a vítima, quer pelo afastamento do agressor da residência ou do local de trabalho da vítima, a ser fiscalizado por meios técnicos de controlo à distância, quer ainda, pela possibilidade de ser decretada a inibição do exercício das responsabilidades parentais.

- Decreto-Lei n.º 201/2007, de 24 de Maio - Isenta as vítimas de VD do pagamento de taxas moderadoras no acesso à prestação de cuidados de saúde.

- Lei n.º 59/2007, de 4 de Setembro - surge pela primeira vez tipificado o crime de VD (artº 152º). Este artigo do Código Penal refere ainda que “podem ser aplicadas penas acessórias de proibição de contacto com a vítima (ex: afastamento da residência ou do local de trabalho da vítima), que pode ser fiscalizada por meios técnicos de controlo à distância; de proibição de uso e porte de armas, pelo período de seis meses a cinco anos; e de obrigação de frequência de programas específicos de prevenção da VD”. Quem for condenado por este crime pode ainda vir a ser inibido de exercer o poder paternal, da tutela ou da curatela por um período de um a dez anos.

- Lei n.º 112/2009 estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e à assistência das suas vítimas prevendo a proteção policial, o estatuto de vítima, a tutela social, a rede institucional e a educação para a cidadania. É uma lei de extrema importância, na medida em que, coadjuvada pela portaria n.º 220-A/2010, de 16 de Abril, prevê as condições ou utilização inicial dos meios técnicos de teleassistência e de controlo à distância.

Na última década, para além da intensa produção de legislação, foram também desenvolvidas estratégias nacionais, integradas, destinadas a prevenir e combater a VD, nomeadamente, a criação dos Planos Nacionais contra a VD:

-Resolução do Conselho de Ministros n.º 55/99, de 15 de Junho - Aprovou o I Plano Nacional contra a VD (1999-2002).

-Resolução do Conselho de Ministros n.º 88/03, de 7 de Julho - Aprovou o II Plano Nacional contra a VD (2003-2006), É um plano focalizado, principalmente, na violência doméstica exercida sobre as mulheres.

-Resolução do Conselho de Ministros n.º 83/07, de 22 de Junho - Aprovou o III Plano Nacional contra a VD (2007-2010), Tem como objeto primordial de intervenção o combate à violência exercida diretamente sobre as mulheres, no contexto das relações de intimidade, sejam elas conjugais ou equiparadas, presentes ou passadas.

- Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2010, de 17 de Dezembro- Aprovou o IV Plano Nacional contra a VD (2011-2013). As medidas contempladas no plano centram-se necessariamente no combate à violência exercida sobre as mulheres e preconizam o combate à VD em três domínios, na vertente jurídico-penal, na proteção integrada das vítimas e na prevenção da violência doméstica e de género.

- Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2013- Aprovou o V Plano Nacional contra a VD (2014-2017)

O V Plano Nacional de Prevenção e Combate à VD e de Género 2014 -2017 (V PNPCVDG) enquadra-se nos compromissos assumidos por Portugal nas várias instâncias internacionais, designadamente no âmbito da Organização das Nações Unidas, do Conselho da Europa, da União Europeia e da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Destaca-se, desde logo, que Portugal foi o primeiro país da União Europeia a ratificar a Convenção de Istambul, (Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a VD), em 5 de fevereiro de 2013.

É de destacar que as mudanças legislativas recentes relativas à VD no País, se deram tendo como enfoque a via penal. Num primeiro momento, este fenómeno passou a ser considerado ‘crime público’ (em 2000), o que conduziu a uma nova redação e designação legislativa. Desde 2007, o ‘combate’ a este crime foi considerado uma prioridade na política nacional de segurança pública, criando-se assim um conjunto de medidas legislativas destinadas a assegurar a proteção às vítimas (por exemplo: previsão de indemnização, ‘estatuto de vítima’ e previsão de detenção policial fora do flagrante delito.

De acordo com Furtado (2002), um dos objetivos prioritários da solução penal é a proteção da vítima. Por outro lado, a solução penal pode também visar a prevenção da violência.

1.2- Violência conjugal contra a mulher

A perplexidade, a vergonha e a humilhação são sentimentos que as mulheres vítimas de violência conjugal/nas relações de intimidade amiúde vivenciam, remetendo-se ao silêncio. É frequentes as mulheres auto-culpabilizarem-se pelo sucedido, procurando no seu próprio comportamento atitudes possíveis para explicar o comportamento agressivo do companheiro. Este é, frequentemente, o principal motivo que as impede de reagir. A violência contra a mulher determina risco de vida que muitas vezes aumenta com a decisão da mulher romper com a relação abusiva (Calvinho, 2013, p. 33).

Segundo Paim (2006), um dos motivos que leva as mulheres a permanecerem numa relação violenta é o medo de que o parceiro realize as ameaças que tece como, por exemplo, ameaças de morte. Além desse medo, está também presente a esperança de que o agressor mude os seus comportamentos, a vergonha de procurar ajuda, a dependência económica, crenças religiosas ligadas ao casamento – e não só – e, finalmente, a falta de uma rede de suporte adequada como, por exemplo, família, amigos ou serviços públicos.

O mesmo autor refere que as mulheres permanecem nestas relações, muitas vezes, por falta de conhecimento da existência de serviços que as podem ajudar ou mesmo por desconfiança desses serviços, por medo de mais episódios ou por receio que os episódios escalem caso sejam revelados e pela esperança de que o parceiro vai alterar o seu comportamento. Afonso (2010) diz-nos, que por vezes o silêncio é a única opção das mulheres uma vez que não conseguem proteger-se, a si e aos eventuais filhos, de forma independente e, muitas vezes, as relações cessam mas tal não significa que as agressões também cessem, pois mesmo depois de as mulheres ou os agressores terem saído de casa, a violência continua (Shipway, 2004).

Barroso (2007) refere que há mulheres, com filhos, que permanecem numa relação violenta pois é a estratégia que encontram para sobreviver, como forma de protecção e de maximizar a sua segurança e a dos seus filhos, sendo que os motivos para a adopção dessas estratégias prendem-se, quase sempre, ao medo de represálias, ao facto de não terem outro suporte financeiro, inexistência de suporte social, preocupação com os filhos, esperança que os comportamentos do agressor mudem e à dependência emocional ao agressor.

Segundo Fonseca e Lucas (2006), é comum questionarmos-nos acerca das razões que levam uma mulher a permanecer numa relação violenta. Estas autoras referem-se a alguns estudos realizados, incluindo o realizado pelo Ministério da Saúde Brasileiro (2001), os quais demonstram ser multifatorial as razões para que as mulheres permaneçam numa relação violenta.

Quaresma (2010) diz que a procura das razões para a permanência da mulher numa relação conjugal violenta não deve focar-se apenas no terminar da relação, isso será redutor, mas sim, tentar perceber e analisar as iniciativas da vítima para se manter livre da violência.

Muitos profissionais, argumentam porém, que as condições da mulher no espaço doméstico não se modificaram tão substancialmente como no espaço público, devido ao papel tradicional atribuído à família na construção de papéis diferenciados e opostos para homens e mulheres. Essa realidade, percebe-se como uma situação histórica, através de diversas gerações (avós, pais).

Segundo Côrtes (2005), uma mulher pode vivenciar uma relação que lhe traz dor e sofrimento durante anos sem nunca prestar queixa das agressões sofridas.

Este autor adianta que, mesmo quando se decide a fazer a denúncia, em alguns casos, a mulher é coagida a desistir dessa intenção e explica que as razões para a não rutura da relação e a sujeição à continuação da violência vivenciada, estão aliadas ao medo, à baixa autoestima, ao sentimento de culpa, à vergonha, à afetividade envolvida na relação, à confiança na mudança do companheiro, à pressão social e familiar que muitas vezes evoca “*ruim com ele, pior sem ele*”, à deficiência do sistema judicial, à inexistência de informação sobre a rede de atendimento (Côrtes, 2005, p.156).

No que se refere a estes aspetos, o autor acima referido, na investigação realizada constatou que as vítimas permaneceram em média de 2 a 5 anos no relacionamento e que a violência acaba sendo protegida como um segredo, em que agressor e agredida fazem um pacto de silêncio em favor do agressor que, assim, se escapa à punição.

Segundo Costa (2005) as mulheres continuam a submeter-se à violência que sobre elas exercem os seus cônjuges por fatores de natureza estrutural derivados da desigualdade de poderes, como sejam, a dependência económica, a dependência social com receio de comprometer a segurança dos filhos ou o medo da censura dos parentes ou o receio de perda de reputação que pode resultar de um rompimento mal-entendido pela rede de relações.

Fonseca e Lucas (2006, p.18), dizem-nos que as mulheres que decidem romper um relacionamento violento também estão rompendo com uma série de sonhos e expectativas em relação ao casamento e à família. Há prós e contras nesta decisão, com perdas e ganhos relacionados, que não devem ser ignorados pelos profissionais de saúde. Reconhecê-las, implica poder trabalhá-las e, assim, fortalecer a mulher no redirecionamento e estabelecimento de novos projetos de vida.

Constatou-se, a partir dos dados colhidos nas entrevistas realizadas, que as razões de algumas mulheres permanecerem numa relação conjugal violenta estão intrinsecamente ligadas, principalmente, a questões de dependência financeira, à esperança de que o companheiro modifique o seu comportamento, ao medo provocado por ameaças de morte ou, ainda, em função dos filhos, frutos do relacionamento. Cabe ressaltar que o fator dependência financeira, na maioria dos casos, foi alegado para justificar a manutenção do relacionamento. Por diversas vezes, a dependência financeira esteve intimamente relacionada à presença de filhos, associada à impossibilidade de criá-los sem o auxílio do companheiro.

Jolin, Steffen, como referido em Cherry (2002, p.41), a propósito da sociedade alemã, afirmam que as vítimas de maridos ou parceiros íntimos estão relutantes em trazer esses crimes à atenção da polícia, por muitas razões, incluindo o medo de retaliação, a crença de que as autoridades farão pouco para ajudá-los, vergonha e, em alguns casos, o desejo de proteger o seu marido ou companheiro de um processo criminal.

Scutt, 1980, como referido em Taylor (2006, p.50), num estudo efetuado com o objetivo de perceber as razões da não denúncia e os porquês das vítimas permanecerem na relação, concluiu que cerca de metade das mulheres inquiridas nunca haviam falado sobre os ataques que sofreram a ninguém. Destas mulheres, os motivos mais comuns para manter o silêncio foram os sentimentos de vergonha ou de medo. Décadas depois, reflexões semelhantes continuam a ser encontradas em submissões de muitas vítimas.

Samson (2010, p.45) também aborda a pergunta: “Porque é que ela continua com ele?” e aponta como razões possíveis, o déficit de autoestima, a manutenção da esperança por parte da mulher de voltar a viver o período de amor romântico que marcou a relação, o sentimento de isolamento social que a mulher experimenta, o sentimento de vergonha e de medo. Nos casais com filhos, algumas ameaças bem direcionadas podem ser suficientes para prender a mulher à relação violenta. Esta

situação revela-se ainda mais revoltante quando o agressor assumiu o controle total das finanças do casal

Já Miller 1999, como referido em Fonseca e Lucas (2006), alega o caráter cíclico da violência para compreender as razões da permanência da mulher numa relação violenta. O autor citado afirma: “estas constantes promessas de mudança dão à violência um caráter cíclico, traduzido por momentos intercalados de agressões e amor, facto que contribui para que a mulher permaneça durante anos vivenciando uma relação violenta. Por esta razão, é importante que a mulher conheça as especificidades do ciclo em que está envolvida, a fim de encontrar meios de sair da situação” (p.8)

Em face de tal realidade e, porque a mulher se subordina aos maus tratos, desenvolvem-se concepções populares de que as mulheres “*gostam de apanhar*”, ou ainda de que “*algo fizeram para merecerem isto*”. Estas ideias, que mais não são do que mitos sociais, negam a complexidade do problema e atribuem à violência um caráter individual, oriundo de aspetos específicos da personalidade feminina (Grossi, 1996, p.14).

Segundo Dias (2006), a mulher pode vivenciar um conflito, por não desejar separar-se do companheiro, procurando frequentemente justificar as atitudes do agressor, através de argumentos como o ciúme e a proteção, que acredita ser demonstrações de amor.

Vários estudos apontam que, após a tomada da decisão de terminar a relação, as mulheres ainda enfrentam uma situação de instabilidade ocasionada por ameaças de perder a casa, a guarda dos filhos e a realidade de sobreviver sozinha. Assim, elas só tomam a decisão quando não têm mais alternativas e não suportam a dor.

Ainda assim, muitas se mantêm numa relação de dor para não verem a família destruída, como relata Cardoso (1997), como referido em Menezes (2000).

Miller (1999), enumera um outro fator que impede a separação entre a vítima e o agressor que é a falta de apoio social, refletido pelo escasso número de pessoas (parentes, amigos ou vizinhos) ou entidades (instituições, igrejas), aos quais a mulher pode confiar o suficiente para relatar as agressões e acreditar que algo será feito para evitar a sua (re) incidência. O recurso às casas-abrigo, que funcionam para acolher mulheres em situação de violência, representam, para muitas, enfrentar um futuro desconhecido.

Miller (1999), como referido em Fonseca e Lucas (2006), num estudo realizado refere que o fator financeiro foi o mais destacado pelas mulheres, ao afirmarem

dependem economicamente do companheiro. Algumas, pelo facto de estarem desempregadas e terem medo de não conseguirem sustentar a si mesmas e/ou aos seus filhos; outras, por receio de perderem as suas residências.

A mesma autora, nesse mesmo estudo, aponta também um outro fator que pode contribuir para a dificuldade da mulher romper com a relação violenta e que é o seu carácter cíclico. O ciclo da violência caracteriza-se através de momentos alternados de agressões e afetos e nutre uma esperança nas mulheres de que o seu companheiro possa arrepende-se das suas atitudes e restabelecer um ambiente familiar harmónico.

Richards *et al.* (2008), como referido em Quaresma (2010), referem que muitas vítimas fazem frequentemente tentativas repetidas para se libertar da relação violenta, mas diversos fatores podem contribuir para o insucesso dessas tentativas. Entre eles, o medo de novas agressões, falta de conhecimento da rede de suporte social, dependência económica, preocupações com as crianças, dependência social, isolamento social, dependência emocional, falta de autoconfiança e questões culturais.

Por outro lado, o isolamento social para além de provocado pelo agressor, também pode ser potenciado pela própria vítima, já que partilhar a situação com terceiros é muitas vezes difícil e embaraçoso, devido ao estigma social ainda existente associado à VC (Kelly, 2000, como referido em Harne e Redford, 2008, p.7).

Ao longo do tempo, como os incidentes aumentam em frequência e gravidade, muitas mulheres ainda têm a esperança de que a violência vai parar e mantêm a crença de que um dia a sua relação vai voltar a ser como era antes. No entanto, se a violência continua, algumas mulheres são capazes de desenvolver estratégias sofisticadas para enfrentar o problema e permanecem na relação.

Taylor (2006), como já alguns autores anteriormente citados defenderam, também releva a dependência emocional como determinante para impedir as mulheres de deixar um relacionamento abusivo.

1.2.1- Consequências da violência conjugal contra a mulher

De acordo com alguns investigadores, estima-se uma elevada taxa de procura dos serviços de saúde e constata-se significativos custos sociais e médicos deste problema (Lisboa *et al.*, 2003; Stark, 2001; Wilson, 1997)

Gayford (1983, p.125), como referido em Costa (2005) ao analisar a epidemiologia dos casos de mau trato conjugal, concluiu que: “ por cada mulher que se apresenta à procura de auxílio profissional, ou aceita refúgio num abrigo para mulheres maltratadas, há muitas outras que escondem as suas injúrias ou, quando forçadas a procurar cuidados médicos, dão uma justificação esporádica para a sua condição. Daqui que a epidemiologia se torne virtualmente impossível e todas as estimativas sejam extremamente incorretas”

Nesse sentido, pode-se extrapolar que os dados estatísticos acerca da violência conjugal sobre as mulheres são difíceis de reunir, uma vez que na maior parte das vezes não são sequer registados ou são-no com lacunas, nomeadamente de identificação de situações. Esta limitação que configura uma subnotificação, é manifesta noutros países, assim como, em Portugal (Alves, 2005)

A VC envolve repetidos episódios de violência e constitui o crime cuja probabilidade de revitimização é mais elevada, estimando-se que no Reino Unido mais de duas mulheres perdem a vida, por semana (Richards, Letchford e Stratton, 2008).

Os resultados do estudo realizado por (Nicholas, Kershaw e Walker, 2007, como referido em Richards, *et al.*, 2008), indicaram que cerca de 42% das vítimas foram alvo de mais do que um episódio de violência.

Diversos estudos e a Organização Mundial da Saúde (OMS) têm revelado e chamado a atenção para a violência conjugal contra a mulher como fenómeno complexo que tem repercussões sobre a saúde da mulher, quer em termos físicos, quer no que respeita à sua vulnerabilidade emocional, o que condiciona o seu papel na família e na sociedade. O fenómeno da violência contra a mulher deteriora a saúde individual e familiar da mulher, sendo que as mulheres que resistem a uma relação abusiva, indefinidamente, acabam perdendo a saúde individual (física e mental), afetando por consequência, a saúde da família.

Segundo Balista, Basso, Cocco e Geib (2004), a violência impõe consequências orgânicas, psicológicas, comportamentais (autoritarismo, delinquência, entre outros) e desequilíbrio familiar. As orgânicas estão relacionadas com sequelas a nível corporal como lesões abdominais, oculares, fraturas, queimaduras e lesões permanentes ou temporárias, podendo levar à morte. As psicológicas caracterizam-se por raiva, medo, ansiedade e revolta frente ao agressor, resultando em desconfiança, sentimentos de exclusão e receio nos relacionamentos interpessoais. Entre as consequências comportamentais, o autoritarismo revela uma pessoa que perpassou por momentos de

sofrimento, levando a mesma às atitudes de imposição, negação e de intolerância a ideias contrárias.

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

O contexto de violência conjugal fere gravemente os fatores de resiliência pessoais, pela vitimização da mulher e pelo prejuízo que causa nos seus ambientes familiar e social. O empobrecimento das relações significativas e a falta de suporte informal e formal não lhe permitem manter as capacidades de resiliência, tornando-a vulnerável e exposta a riscos acrescidos para a saúde, que podem variar conforme a forma como o fenómeno é elaborado psiquicamente (Ramos, 2004)

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

Naturalmente que associados às consequências acima descritas, existem custos pessoais, em particular no âmbito da saúde, mas também a nível financeiro e social já que o absentismo laboral e o conseqüente desemprego podem surgir, assim como, o refúgio no isolamento que, a curto e médio prazo condicionará um embotamento afetivo, característico do défice relacional.

As alterações da saúde são o motivo principal do prejuízo da participação laboral (Calvinho, 2007). Os resultados obtidos no estudo realizado por (Fanslow e Robinson, 2004), permitiram concluir que mesmo as mulheres sujeitas a violência de menor intensidade apresentavam pior saúde quando comparadas com as mulheres que nunca tinham sofrido nenhum episódio violento.

Desta investigação os autores concluíram que existe uma forte ligação entre a violência conjugal e o empobrecimento do estado de saúde da mulher, que é tanto maior quanto a intensidade da violência. Estas conclusões reiteraram o que tem vindo a ser demonstrado por diversos estudos citados pelos autores como os de Banyard *et al.*, 2001; Bennice *et al.*, 2003 e Spertus *et al.*, 2003 como referido em (Campbell, 2002a; Wijma *et al.*, 2007).

No que diz respeito aos custos, os mais visíveis decorrentes da VC são os custos tangíveis, como por exemplo, os custos com a Polícia, com as Instituições de refúgio (e.g. Casas Abrigo) e serviços de saúde. Os custos indiretos incluem as consequências sociais e emocionais dos maus-tratos. Isso pode incluir depressão, baixa autoestima e discriminação. Estes custos afetam as vítimas e os seus filhos, mas incluem uma ampla gama de grupos como sejam, os vizinhos, amigos e a comunidade como um todo. Ou seja, a abrangência de consequências da VC, extravasa a esfera pessoal (danos físicos, emocionais e psicológicos) acarretando também elevados custos sociais e económicos (despesas relacionadas com a saúde, segurança social, absentismo laboral, polícia, justiça, serviços de atendimento (Manita, *et al.*, 2009, Laing, 2001, como referido em Taylor, 2006).

As mulheres vítimas de violência física, sexual e psicológica, apresentavam mais sofrimento e problemas de saúde mental, nomeadamente ansiedade, depressão, somatização e distúrbios do sono (Laing, 2001, como referido em Taylor, 2006).

Shipway (2004) corrobora os autores anteriores ao dizer que a VC é um problema social prevalente e persistente que provoca problemas de saúde, desagregação familiar, exclusão social, morte. Enfatiza a autora que “*o custo deste crime para os nossos serviços públicos e, por consequência para as nossas comunidades é vasto, para a pessoa e vida familiar, os custos são incalculáveis*”. (p. 32)

Gomes *et al.* (2013), tem uma visão mais abrangente dos custos relacionados com a violência conjugal, saindo da esfera pessoal para avaliar também o impacto sobre a economia de qualquer País, nomeadamente, porque onera o setor da saúde, pelos tratamentos e pela reabilitação das vítimas, e tem impacto sobre a produtividade, pelo absentismo a ela associado.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a violência contra a mulher nas relações de intimidade, como uma questão de saúde pública, que afeta negativamente a integridade física e emocional da vítima. O recurso constante aos serviços de saúde aumenta significativamente as despesas nesta área (Grossi, 1996,

como referido em Fonseca e Lucas, 2006; Heise *et al.* (1994), como referido em Angulo-Tuesta, 1997).

Para além da saúde física, os aspetos mais visíveis ocorrem também nas manifestações de afetação da saúde mental, como seja a desordem de stress pós-traumático, medo, fadiga, baixa de autoestima, complexo de inferioridade, depressão, ansiedade, disfunção sexual, desordens da alimentação, desordens múltiplas de personalidade, disfunção do sono, insegurança para o desempenho das atividades de vida diária no uso das competências sociais subjacentes [inclui o direito ao emprego e o desempenho dos demais papéis sociais (como p. ex. mãe e esposa)]. Essas consequências também têm sido assinaladas por outros estudiosos do problema (Franzoi, *et al.*, 2011; Heise, *et al.*, 1999; Heise e Garcia-Moreno, 2002; Koss, 1990; Stark *et al.*, 1979; Tjaden e Thoennes, 2000; Tolman e Rosen 2001).

Woodtli (2001), no estudo que desenvolveu com profissionais de saúde nos Estados Unidos, concluiu que as características pessoais das mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo, tais como, a baixa autoestima e o isolamento social, associadas à incapacidade para mobilizar para o ambiente de agressão mecanismos de sobrevivência à dinâmica da violência, constituem barreiras que resultam em grande dificuldade de sair da situação e, de facto, muitas vezes impedem-na de sair.

Segundo Lawoko *et al.* (2012), citando outros autores, as mulheres que experimentaram violência por parceiro íntimo relataram: doenças físicas, como resultado de agressões físicas (Koenig, Ahmed, Hossain, e Khorshed, 2003).

Em termos de saúde, para além dos ferimentos físicos, a VC conduz muitas vezes a sintomas psicossomáticos, perturbação de stress pós-traumático, fobias, depressão, ansiedade, propensão para o abuso da nicotina, do álcool e de fármacos, maior propensão para o suicídio e problemas na área sexual e reprodutiva (Kenny e Riain, 2008, como referido em Quaresma, 2010).

1.2.2- Estereótipos associados à violência conjugal contra a mulher

Devido ao facto de ser considerada como algo privado, a violência que a mulher sofre nos relacionamentos de intimidade, durante muito tempo permaneceu em silêncio e, à época atual, potencialmente ainda permanece. Essa tendência, favoreceu a criação de mitos e crenças que a sociedade legitimou, não obstante nem sempre estarem em

conformidade com a realidade atual. Os mitos sobre a violência conjugal dizem-nos que ela é uma ocorrência rara, que só ocorre em grupos socioeconômicos mais baixos, homens e mulheres são igualmente maltratados, os agressores são violentos em todas as suas relações, e as mulheres podem facilmente deixar uma relação violenta (Casique *et al.*, 2006).

Samson (2010, pp.64 e 65), fala de cultura e, como a sociedade guiada por essa cultura, sustenta determinados mitos e estereótipos sobre a violência conjugal:

- As expectativas dos Pais

Frequentemente, as expectativas parentais incitam os rapazes a desenvolver a sua agressividade e as raparigas a apostar na passividade.

- A atitude do Pai em relação às mulheres

As crianças aprendem muito ao observar os Pais. Se um casal com filhos partilha um amor estimulante, estes últimos aprenderão o que é a reciprocidade e o prazer de ver o outro desenvolver-se e triunfar na vida. Se o casal, pelo contrário, partilha um amor opressivo, as crianças irão aprender algo muito diferente:

- os homens são os patrões da casa. São eles que decidem aquilo que os outros membros da família farão;

- num lar bem organizado, os homens são servidos e as mulheres servem-nos;

- no plano sexual, os homens devem ter a iniciativa, enquanto que as mulheres devem obedecer;

- A mulher pertence ao homem

Os homens educados no seio deste género de família talvez nunca cheguem a conseguir encarar a esposa como uma potencial companheira, vendo-a antes como um objeto.

Manita (2009), fala-nos que, não obstante atualmente, ser quase consensual a condenação da violência contra as mulheres, alguns preconceitos e mitos, profundamente enraizados na nossa cultura/sociedade, continuam a dificultar a

revelação/denúncia das situações de VC e, sobretudo a dificultar a intervenção neste domínio.

“ Entre marido e mulher não se mete a colher”

Crença socialmente difundida durante décadas e que ao vincular o caráter privado da violência conjugal traduz uma posição perfeitamente contrária àquela que é hoje a conceção de violência conjugal tornada crime público, face ao qual toda a sociedade tem a responsabilidade de agir, revelar, denunciar, prevenir.

“ A mulher só é agredida porque não faz nada para o evitar ou porque merece (associado à crença de que o homem “tem o direito” de bater na mulher) ”

Este mito leva, frequentemente, a atribuir a responsabilidade pela VC, à vítima e está intrinsecamente associado à questão: Porque é que ela não deixa o agressor/não sai de casa?

A primeira ideia assenta na falsa conceção de que a mulher tem o poder de interromper a situação abusiva quando quiser. Tal não é verdade, fruto das estratégias de manipulação e controlo que o abusador implementa. Muitas vítimas tendem a só tomar plena consciência da sua situação quando a violência se tornou já regular e grave e a rutura é complexa e exige capacidades que, por efeito de estratégias de coação/intimidação exercidas pelo agressor, medo/terror paralisante sentido pela vítima, dependência emocional, económica ou social do agressor, crença de que o casamento é um investimento no projeto conjugal como elemento central da sua identidade e realização pessoal.

A segunda crença enraíza-se num conjunto de estereótipos sobre os papéis de género em que sobressai os deveres de “obediência e serviço” das mulheres aos maridos, ainda hoje presentes em diversos segmentos da nossa sociedade.

“ Bater é sinal de amor” ou ***“uma bofetada de vez em quando nunca fez mal a ninguém”***

A VC não é uma bofetada de vez em quando, é um padrão continuado de atos violentos das diferentes tipologias, exercidos sobre a vítima com a intenção de a subjugar/dominar/controlar.

“ A VC só ocorre nos estratos socioeconómicos mais desfavorecidos”

A violência conjugal/violência no relacionamento íntimo é transversal aos diferentes padrões culturais, religiosos, económicos, profissionais, pelo que vítimas e agressores são provenientes de qualquer estrato socioeconómico.

Não obstante, vários estudos constataam que existe uma maior frequência nos estratos socioeconómicos mais desfavorecidos o que pode ser um efeito de fatores culturais e educacionais mais fortemente legitimadores da violência, presentes nestes estratos socioculturais ou, simplesmente, um efeito da maior visibilidade que vítimas e agressores destes estratos têm, dado que, por falta de alternativas económicas e sociais, tenderão a recorrer mais às instâncias públicas de apoio a vítimas.

Casique *et al.* (2006), dos/as muitos/as mitos e crenças populares existentes sobre violência/conjugal/nas relações de intimidade, também referem que violência acontece em estratos sociais baixos, onde prevalece a pobreza e a baixa escolaridade;

“ A VC só ocorre sob o efeito do álcool ou outras drogas ”

Não obstante o abuso de álcool ou outras drogas surgir associado a situações de violência conjugal/violência no relacionamento íntimo, o seu consumo funciona fundamentalmente como desculpa e/ou estratégia de racionalização visando a desresponsabilização pelos comportamentos violentos (Casique *et al.*, 2006; Manita, 2009).

“ A VC resulta de problemas de saúde mental ”

Segundo Casique *et al.* (2006) e Manita *et al.* (2009), esta é uma ideia generalizada entre cidadãos e profissionais de diferentes áreas, contudo, refere a autora, estudos internacionais demonstram que apenas 5 a 10 dos perpetradores de violência conjugal/violência no relacionamento íntimo terão algum tipo de psicopatologia/perturbação mental associada.

“As crianças vítimas de maus tratos serão, no futuro, os agressores”

Esta ideia traduz a “transmissão intergeracional” da violência. Tal como se verifica com o álcool e as drogas, é correto afirmar que uma criança vítima, direta ou indiretamente de violência poderá ter maior probabilidade de vir a ser agressor no futuro, todavia, não há uma relação de causa-efeito validada determinista de que as vítimas se tornarão agressores.

Alves (2005), citando Costa (2003); Casique *et al.* (2006) dizem-nos que relativamente à violência conjugal existem ainda outros mitos e preconceitos que retratam um padrão de características físicas, psicológicas e socioeconómicas, que configuram um determinado estereótipo da mulher vítima:

- ***“A mulher sofre porque quer, senão já o tinha deixado”***.

A mulher maltratada pode não dispor de meios económicos para se poder afastar; É importante dizer que *“algumas mulheres são ameaçadas de morte se revelarem serem vítimas de agressão por parte dos seus companheiros.”*

- ***“As mulheres sentem-se dependentes”***.

Muitas vezes a mulher não tem apoios para abandonar o local com os filhos do agressor;

- ***“A mulher alguma coisa fez...”***

Nada justifica a violência, nem ninguém tem o direito de maltratar;

- ***“É preciso aguentar para bem dos filhos”***.

A separação dos pais pode não causar tanto sofrimento à criança quanto os maus-tratos à mãe.

Taylor (2006), no estudo realizado na comunidade Australiana, também se debruçou sobre as crenças relacionadas com a violência conjugal contra a mulher, contudo, não restringe a sua análise às crenças ou preconceitos que incidem no agressor e na vítima, mas interpreta também aquelas que influenciam ou podem eventualmente influenciar a resposta à violência.

- ***“A VC não é um problema da comunidade”***

A percepção de que *“o que acontece em casa, acontece na casa”*, visivelmente predominante entre os membros da comunidade Australiana, é uma crença universal, transversal à maioria das sociedades e que afirma que a VC não é um problema em que a comunidade deva intervir (Austin e Sootsman-Eicher, 2004, como referido em Taylor, 2006; Casique *et al.*, 2006).

Devido à visão aceite pela sociedade de que a mulher é o *'homemaker'*, o sucesso do casamento era principalmente, responsabilidade das fêmeas. A partir deste resultado, os investigadores concluem que, muitos atos abusivos em casa permanecem aceites ou tolerados e mantêm-se em silêncio ou são justificados por esta e/ou outras crenças socialmente interpretadas.

Samson (2010), a propósito da convivência e aceitação das crenças e dos mitos, expõe um mecanismo que o cérebro humano mobiliza para justificar qualquer acontecimento. O autor identifica esse mecanismo como racionalização.

Tomando como exemplo a crença “*Ele ama-me; é natural que tenha ciúmes*”, o autor explica que pode ser tentador para a vítima adotar este mito, já que permite à mesma confirmar o desejo que para ela é o mais importante e que é sentir-se amada pelo agressor. Desse modo, a vítima racionaliza o facto de continuar envolvida numa relação violenta. Outros exemplos de crenças demonstram processos de racionalização que perpetuam a permanência da vítima numa relação de abuso e maus tratos.

“Ele não comunica o suficiente. Logo, a dada altura explode”

Esta racionalização responsabiliza os problemas de comunicação do parceiro pelos seus acessos de violência. A vítima convence-se de que, uma vez que ele não é capaz de verbalizar as emoções em relação às coisas que o afrontam, ao ritmo em que vão surgindo, ele vai acumulando o ressentimento, acabando por expulsá-lo em vagas de atos violentos.

“É o álcool. Sempre que ele bebe, perde o controlo!”

Um abusador é um abusador. As suas dependências não podem desculpar-lhe o comportamento, e ele não pode esconder-se atrás delas.

1.2.3- Estereótipos em relação à mulher vítima de violência conjugal

Existe um conjunto de ideias pré-concebidas na sociedade sobre aquilo que a mulher não pode, ou não deve fazer, na sua vida pessoal, familiar, social e profissional sem que comprometa a sua imagem, o seu estatuto de deveres e direitos, ou seja, o estereótipo de papéis a cumprir que a sociedade construiu, lhe atribui, válida e aceita. A mulher vítima de maus tratos no contexto das suas relações conjugais e de intimidade, não fica isenta de cumprir com esses mesmos papéis. Estudos efetuados com profissionais de saúde sobre a problemática da violência perpetrada pelo homem contra a mulher em contexto de intimidade, revelam que alguns dos profissionais denunciam nas suas opiniões elementos que vinculam à mulher precisamente a exibição de

atitudes/comportamentos e o desempenho de atividades sejam elas laborais ou de lazer que se enquadram na norma do “é isso que deve fazer”, ou “é isso que lhe compete fazer para que seja bem comportada”, o que traduz, inquestionavelmente, uma visão estereotipada sobre a forma de estar e fazer da mulher na sociedade atual.

As crenças podem ser vistas e analisadas através do estudo das atitudes dos sujeitos, ou predisposições para avaliar determinadas situações ou objetos de forma desfavorável ou favorável (Schwarz, 2008).

Em conformidade com essa linha de pensamento, Alves (2005), num estudo realizado, verificou que profissionais de saúde manifestaram que o facto de a mulher “sair todos os dias de casa” para ir trabalhar, pode provocar violência, pela resistência dos parceiros em aceitar que as suas parceiras participem do espaço público. No entanto, esses profissionais também consideram que a independência económica da mulher pode aumentar as possibilidades para enfrentar a violência.

Em alguns profissionais aparece a representação da “culpabilização da mulher” na busca da redefinição do seu papel na família e na sociedade. A autoestima, a autossuficiência, a capacidade intelectual e a independência económica conseguidas pelas mulheres aparecem como elementos que ameaçam a identidade masculina e são vistos como fatores que obstaculizam a união entre o homem e a mulher.

Relativamente às dificuldades que os profissionais sentiram para identificar e atuar diante da violência contra a mulher no âmbito doméstico, os resultados revelam a propensão da mulher para ocultar o problema, preferindo o silêncio por sentir vergonha de falar e, por outro lado, medo de denunciar o parceiro por temor de novas e mais violentas agressões. Alguns dos profissionais disseram que as mulheres não falam da violência porque acham que é parte das suas vidas, visão reforçada pelas próprias experiências familiares, onde é aceite que a violência é uma conduta que faz parte da convivência conjugal.

Importante reter que esse padrão de comportamento manifestado pelas mulheres nas várias esferas e facetas da sua vida, ou seja, um padrão de realização pré-definido, constantemente regulado, supervisionado e sujeito a censura, porque obedece àquilo que a sociedade espera delas, cria uma imagem pré-configurada e quase mecanizada da mulher se apresentar, agir e reagir, que acaba por definir perfis de características que formatam determinados estereótipos e que, depois pelo seu carácter repetitivo de exibição, permitem àqueles que convivem e se interrelacionam com essas mulheres, antecipar os modos e as formas delas se apresentarem e procederem.

Um dos aspetos que contribui para a dificuldade em identificar as mulheres vítimas de violência na intimidade que emerge dos próprios profissionais, é a sua preparação em termos do conhecimento para a causa, ou seja, dentro dos seus conteúdos funcionais, qual o seu papel e, também importante, dentro do seu código deontológico, quais são os atributos éticos e legais para com esta área de intervenção dos cuidados. Num estudo realizado por Cho *et al.* (2015), com enfermeiros que prestam cuidados em contexto de urgência, 70,2% dos enfermeiros participantes do estudo sabiam que deviam denunciar a descoberta de situações de abuso contra a mulher nas relações de intimidade, contudo, 45,0% desses profissionais desconheciam a responsabilidade legal para com o não relato.

Isto mostra que muitos dos profissionais de saúde vêem a violência conjugal como um assunto de família, pessoal e privado.

Segundo Summers e Hoffman, como referido em Cherry (2002) os fatores que contribuem para a VC incluem: problemas psicológicos, a violência testemunhada na família pelas crianças, abuso de substâncias, fatores culturais que toleram o abuso de cônjuges e filhos, e, até mesmo, a influência dos meios de comunicação. Não parece haver qualquer consistência num padrão para a personalidade de mulheres vítimas de abuso, no entanto, existem alguns traços característicos das mulheres que permanecem em relacionamentos abusivos por períodos prolongados. Elas, na maioria das vezes, vêm de famílias com vivências de abuso físico ou sexual e, portanto, não têm noção de uma família "normal" ou o que constitui uma intimidade saudável.

São mulheres que têm uma grande necessidade de aprovação e afeto e exibem muitas vezes dependências de álcool e drogas. Frequentemente, também têm crenças tradicionais sobre expectativas de papéis sexuais (ou seja, o papel de esposa e dona de casa).

Apesar de alguns autores não afirmarem que exista um perfil típico para a vítima, Portugal (2003, p.6) apresenta algumas características mais comuns: “são geralmente, envergonhadas, caladas, incapazes de reagir, conformadas, passivas, emocionalmente dependentes e deprimidas”.

Estudos do perfil da personalidade da vítima pela aplicação do (Inventário multifásico da personalidade de Minnesota), revelam mulheres de baixa pontuação em afetividade, estabilidade emocional e maturidade.

De acordo com Fonseca e Lucas (2006) e Arruda (2002), são mulheres sensíveis, pouco responsáveis, dependentes, tímidas, com pouco interesse em estabelecer novas

relações, assim como pelas suas tarefas profissionais ou domésticas, desconfiadas, inseguras, introvertidas, deprimidas, com baixa autoestima e manifestando sentimentos de culpa e de insegurança.

As mulheres vítimas de violência conjugal, na generalidade, estão emocionalmente envolvidas com quem as vitimiza e dependem economicamente deles (García-Moreno, Heise, 2002).

Segundo Lino (2012), no estudo realizado sobre as práticas dos enfermeiros com mulheres vítimas de violência conjugal, as características psicológicas predominantes são o medo (“discurso amedrontado da vítima”), a ansiedade e a depressão, angústia, a irritabilidade/agitação, a incoerência na descrição dos factos, comportamento de submissão, redução da autoestima, autoconceito negativo, sentimento de desamparo e de culpa, mulher apática, preocupada em garantir a sua segurança, desânimo e apreensão. Estes resultados são sobreponíveis àqueles encontrados por Gomes, Silva, Oliveira, Acosta e Amarijo (2015) no estudo realizado com o objetivo de identificar os estereótipos que os enfermeiros têm da mulher vítima de VC.

Ainda de acordo com Lino (2012), ao nível das características sociais foi evidente a atitude de passividade, assim como, a dificuldade em romper com a relação.

No que respeita às características físicas os sujeitos do estudo não definiram um padrão físico ou até mesmo estético, evocando sim os sinais/sintomas físicos que a mulher apresenta como consequência das agressões, valorizando os danos corporais e a gravidade dos mesmos: “fraturas graves de costelas”, “fraturas maxilo-faciais extensas”, lesões abdominais”, “presença de incapacidades físicas”. Outras necessidades físicas identificadas são as “alterações do padrão de sono”, “disfunções sexuais”, assim como, as “perturbações alimentares ” (Campbell, 2002).

A vergonha e a humilhação são sentimentos que as mulheres vítimas de violência conjugal/nas relações de intimidade frequentemente vivenciam. Tem um sentimento de impotência, isola-se (isolamento imposto pelo companheiro, mas também pela necessidade da mulher manter em segredo o que se passa consigo (Calvinho, 2013, p. 33). Esta autora caracteriza a mulher vítima de violência por parceiro íntimo como uma pessoa vulnerável e passiva.

Uma mulher vítima de violência por parceiro íntimo sente vergonha, medo, desesperança, incapacidade para decidir e muitas vezes está deprimida (Calvinho, 2007).

Ramos (2004) considera que a mulher vítima de violência por parceiro íntimo tem um inadequado suporte familiar e comunitário, está desempregada e economicamente carente, tem dificuldade em mobilizar as competências sociais para as atividades cotidianas, abuso de álcool ou de drogas, afetivamente dependente de proteção masculina, culpabiliza-se pela desarmonia familiar.

As vítimas são, na sua maioria, a parte mais frágil da relação e apesar de alguns autores não afirmarem que exista um perfil típico para a vítima, são geralmente envergonhadas; caladas; incapazes de reagir; conformadas; passivas; emocionalmente dependentes e deprimidas (Correia, 2013; Alves, 2005).

Barroso (2007) diz-nos que muitas mulheres admitem arrependimento por terem apresentado queixa contra o agressor.

De acordo com os resultados do estudo de Woodtli (2001), com profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, a mulher vítima de violência conjugal tem "baixa autoestima e sente-se isolada dos outros", incluindo a sua família e amigos, está "sempre em perigo potencial" de episódios ainda mais violentos porque a violência aumenta. Os participantes do estudo referiram ainda que a mulher agredida por parceiro íntimo tem uma "falta de visão" de sobrevivência para a dinâmica da violência.

Alguns autores (Calvinho, 2013; Diniz *et al.*, 2007; O'Campo *et al.*, 2011; Wade, 2009; Wallach e Sela, 2008; Zolotor, Denham e Weil, 2009) definem algumas atitudes e comportamentos da mulher vítima e circunstâncias sociofamiliares que também a caracterizam: A resignação da mulher à situação conjugal de violência; A *auto-culpabilização*- a mulher pensa que está a fazer algo de mal que provoque o comportamento agressivo por parte do parceiro; O *sentimento de vergonha*- a mulher não quer revelar a situação por vergonha de se expor; *Dificuldade em reconhecer a violência psicológica* (a dificuldade da mulher reconhecer a violência, por ela mesma a minimizar ou por desculpar o comportamento do companheiro; *Negligência com cuidados de saúde*- por exemplo não comparece às consultas; *Défice de recursos pessoais internos*- baixa autoestima, com inércia ou acomodação; *Dependência afetiva*; *Replicação dos modelos familiares*- Repetição de padrões de relacionamento conjugal que acabam por naturalizar a situação de violência na relação conjugal; *Desculpabilização do cônjuge*- assume muitas vezes a culpa ou racionaliza e arranja explicações externas à pessoa do agressor; *Dependência económica*- o défice de recursos pode inibir a vontade de denunciar a situação e abandonar o companheiro até para proteger os filhos; *Crenças religiosas e culturais*- fatores culturais e religiosos da

mulher e do seu contexto familiar e social podem influenciar a não tomada de decisão, por exemplo a censura social pelo divórcio, ou o receio de ser criticada pela família, vizinhança ou amigos; *Necessidade de proteção e segurança*- a vítima pode ter medo do agressor e recear pela sua segurança e pela segurança dos seus filhos;

1.2.4- Crenças como fatores de causalidade da violência conjugal contra a mulher

Há evidências de que as crenças de tolerância face aos maus-tratos conjugais podem interferir junto daqueles que intervêm formalmente na violência na intimidade, praticada pelo homem contra a mulher. Neste sentido, é prioritário compreender as atitudes dos profissionais sobre esta problemática, perceber quais as crenças subjacentes à sua atuação e identificar as dimensões da legitimação social destas condutas abusivas ao nível discurso técnico (Koss, Ingram e Pepper, 2001).

A violência contra as mulheres é um fenómeno complexo que precisa ser compreendido integrado no contexto social e nas normas sociais e culturais que o permeiam. As atitudes do público em relação à violência contra as mulheres refletem essas normas e influenciam o clima social em que a violência ocorre pelo que compreender as atitudes em relação à violência contra as mulheres é fundamental para identificar as suas causas e, desenvolver medidas de intervenção mais eficazes (Gracia e Marisol, 2015).

Segundo Hastie (2001), como referido em Taylor (2006), tem sido demonstrado que as tentativas de entender a VC são condicionadas pelas crenças e / ou teorias escolhidas para explicar o comportamento doméstico violento nos homens. A partir deste argumento, os investigadores sugerem que a forma de ver e responder à VC por parte das pessoas, também pode ser influenciada por uma série de crenças prevalentes na comunidade. Estas crenças têm sido frequentemente usadas para reduzir a responsabilização do agressor pelas suas ações. Não obstante, os resultados permitiram concluir que, a fim de alcançar uma mudança significativa nas atitudes em relação ao comportamento violento no relacionamento íntimo, a consistência dos significados é essencial.

1.2.4.1- Conduta da mulher

Um fator comum mencionado num número substancial de pesquisas como uma explicação ou justificação da violência contra as mulheres é a maneira como as mulheres se comportam.

Atitudes de acusação da vítima (atitudes culpando a vítima) estão entre os fatores sociais e culturais que influenciam as taxas de violência contra as mulheres, através da criação de um clima de tolerância e de aceitação deste tipo de violência e têm sido associadas com o envolvimento pessoal daqueles que rodeiam a vítima e que podem disponibilizar ajuda à mesma. (Gracia, 2004; Gracia e Herrero, 2006; Gracia *et al.*, 2008, 2009, 2011; Valor-Segura, Expósito, e Moya, 2011; Ocidental e Wandrei, 2002; WHO, 2002).

A percepção das pessoas de quem é responsável pela violência conjugal/nas relações de intimidade é extremamente importante, já que o impacto da manifestação de atitudes de acusação da vítima pode conduzir à banalização da violência e estimular a sua tolerância ou, até mesmo, a sua aceitação. Implícita nas atitudes de acusação da vítima de violência por parceiro íntimo é a ideia de que, em determinadas circunstâncias (por exemplo, quando uma mulher se comporta de forma provocadora), a violência é justificada e, portanto, legítima (Gracia, 2014).

Quando a causa da violência é atribuída às vítimas, os incidentes são mais propensos a ser banalizados e vistos como compreensíveis e mais admissíveis. Essas atitudes servem para desculpar e em parte absolver os autores da violência e para criar a noção na opinião pública que, por vezes, as mulheres são justamente vítimas.

Na revisão bibliográfica realizada por Gracia *et al.* (2015), 18 estudos efetuados em 11 países, Chipre, Dinamarca, Estónia, Luxemburgo, Malta, Polónia, Roménia, Eslovénia, Espanha, Suécia e Reino Unido, abordaram as atitudes de culpabilização da vítima em relação à violência perpetrada por parceiro íntimo contra a mulher. Na maioria desses estudos, procurou-se o nível de concordância com a afirmação: "As vítimas de violência doméstica são, muitas vezes, culpadas de serem agredidas", tendo-se constatado níveis de concordância entre os 30,9% (Roménia) e os 54% (Estónia). Os resultados mostraram que os homens estavam mais de acordo do que as mulheres e que os indivíduos com mais baixa escolaridade e com rendimentos inferiores foram os que sustentavam esta visão mais fortemente. É importante notar que as atitudes de atribuição

de “culpa à vítima” foram mais comuns entre aqueles que relataram conhecer mais vítimas no seu círculo íntimo de relações (família e amigos).

Robertson *et al.* (2009) num estudo desenvolvido na Nova Zelândia, com uma amostra constituída por indivíduos da população geral e com uma amostra que integrava estudantes verificaram que os participantes da amostra de estudantes eram mais propensos a estabelecer relação entre a violência por parceiro íntimo perpetrada por homens contra as mulheres e a prática de adultério por parte da mulher, ou, tão simplesmente, comportamentos que envergonhem o homem.

Num estudo realizado em Portugal com diferentes grupos profissionais em que integraram Agentes da Polícia de Segurança Pública; Militares da Guarda Nacional Republicana; Magistrados do Ministério Público e Deputados, concluíram que os agentes da PSP revelaram valores mais elevados num dos fatores (legitimação da violência pela conduta da mulher) (Matos e Claudio, 2010). Segundo os autores, estas conclusões vêm corroborar estudos que indicam que existem membros das forças de segurança que manifestam ainda uma visão estereotipada e simplista do fenómeno da violência conjugal, o que pode mesmo originar comportamentos profissionais pouco adequados perante as vítimas (Logan, Shannon e Walker, 2006; Russel e Light, 2006; Stalans e Finn, 2006).

As mulheres são especialmente vulneráveis a abusos por parte dos homens, em particular, nas sociedades onde existem desigualdades marcantes entre homens e mulheres, papéis de género rígidos, normas culturais que apoiam o direito de um homem ao sexo, independentemente dos sentimentos de uma mulher, e sanções fracas contra esse tipo de comportamento.

Esses fatores podem tornar difícil ou perigosa uma mulher deixar um relacionamento abusivo. Até porque, deixar um relacionamento abusivo não garante a segurança - a violência às vezes pode continuar e pode até aumentar, depois da relação ter terminado. Este padrão é encontrado em todos os países.

A vulnerabilidade e as consequências da violência conjugal na saúde da mulher não são compreendidas pela maioria dos profissionais que a consideram resignada à situação, com sentimentos ambivalentes sobre a relação conjugal e da qual não sai por condições socioeconómicas desfavoráveis para que, sozinha consiga fazer frente às suas necessidades e dos filhos, por amar o companheiro ou por querer protegê-lo. (Calvinho, 2007)

O sentimento de estar refém do agressor, a realização pessoal da mulher estar centrada na realização conjugal, crenças na mudança de comportamento do agressor e a preocupação com os filhos, são, na opinião de (Lino, 2012), fatores que podem condicionar a decisão da mulher em terminar a relação que mantém com o agressor.

1.2.4.2- Desigualdade de gênero

Furtado (2002) diz que as causas da violência estão particularmente enraizadas no facto de se aceitar a dominação masculina ou uma ideia de dominação masculina. Dos estudos realizados nesta temática, de acordo com a autora, resulta claramente que as causas da violência são a dominação masculina ou o chamado machismo, seguida de má formação moral.

Ainda no que respeita à rigidez dos papéis de gênero, várias linhas de pesquisa sugerem que a adesão quer da pessoa individual, quer da sociedade ao desempenho dos papéis validados e sustentados pela e na rigidez de gênero, aumenta a probabilidade de violência contra as mulheres.

A evidência sugere que as rígidas visões estereotipadas sobre os papéis de gênero tornam os homens mais propensos a agredir as mulheres.

Furtado (2002), enfatiza que na dependência direta da dominação masculina, uma das causas da violência contra a família, reside sobretudo na aceitação social desta prática. A autora adianta ainda que a cumplicidade da sociedade para esta prática, é corroborada pela própria família, enquanto célula fundamental da sociedade.

Como já foi visto, a partir das concepções de gênero, as relações entre homem e mulher são marcadas por uma desigualdade de poder que favoreceu o estabelecimento de um modelo de família patriarcal, na qual à mulher cabe a submissão e o não questionamento dos comportamentos masculinos.

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

Segundo Borin (2007) a construção social da posição submissa da mulher fez com que o homem desfrutasse de uma relação de poder em relação à mesma, exacerbando, com isso, a violência de gênero. O paradigma patriarcal pressupõe papéis

sociais rígidos para o homem e para a mulher, podendo ser condicionados culturalmente devido às suas características biológicas.

A violência conjugal não pode ser analisada ou considerada sem ter em conta o contexto social onde se produz, já que o meio ambiente pode favorecer ou desencorajar a desigualdade de género (intrínseca aos papéis de género desempenhados), variável que vários autores consideram estar na génese da violência conjugal contra a mulher (Correia, 2013; Turgeon, 2003)

Kronbauer e Meneghel (2005) afirmam que género é um conceito cultural vinculado à forma como a sociedade constrói as diferenças sexuais, atribuindo *status* e papéis diferentes a homens e mulheres, sob os quais se sustenta, no senso comum, a associação do feminino com fragilidade ou submissão, e que até hoje servem para justificar preconceitos. Ainda para estes autores a palavra sexo designa apenas a caracterização anátomo-fisiológica das pessoas, enquanto género se refere à dimensão social da sexualidade humana.

Cook (2016), a propósito da contribuição biológica para o desenvolvimento da identidade do indivíduo afirma que esta é, desde logo, de tipo patriarcal já que, não obstante a mulher contribuir com metade do material genético e com a gestação e o homem apenas com metade do material genético, este reclama metade da parentalidade.

Segundo o mesmo autor, a invocação da importância dos vínculos biológicos (laços biológicos), não deve desempenhar qualquer papel na distribuição de papéis, de responsabilidades e, em última análise, de poder, ou seja, não deve reforçar o *status quo* masculino. Pelo contrário, o nosso compromisso para com a igualdade de género deve-nos tornar cétricos quanto a este apelo baseado em preconceitos masculinos em que os laços biológicos afetam a distribuição de funções e as assimetrias de poder dentro de uma família. A ser assim, submeter-nos- ia a normas de dominação masculina (Cook, 2016)

A violência de género afeta as mulheres pelo simples facto de serem deste sexo, ou seja, é a violência perpetrada pelos homens mantendo o controlo e o domínio sobre as mulheres. A categoria género pressupõe a diferenciação entre o sexo biológico e o sexo social. Enquanto o biológico refere-se às diferenças anátomo-fisiológicas, entre os homens e as mulheres, o social diz respeito à maneira como estas diferenças se comportam nas diferentes sociedades, ao longo da história.

Num número significativo de culturas do mundo, as mulheres vivem em condições de desigualdade social em relação aos homens. Estas desigualdades adquirem diferentes

manifestações e magnitudes. É a manifestação do género como forma básica de representar relações de poder em que as ações dominantes são apresentadas como naturais e inquestionáveis.

É neste quadro que a inquietude internacional perante este problema se adensa e se replica ao longo dos tempos, tendo surgido a declaração das Nações Unidas sobre a erradicação da violência contra as mulheres, na Assembleia Geral da ONU, em 1993, onde ficou definido a violência contra as mulheres como qualquer ato de violência apoiado no género que produza ou possa produzir danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais na mulher incluindo as ameaças, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade tanto na vida pública como na privada.

1.2.4.3- Privacidade da família

A atitude de submissão aos comportamentos masculinos é também reafirmada pela ideia de sacralidade da família, tida como uma entidade inviolável, devendo ser protegida de qualquer interferência externa. Nesta tentativa de preservação da imagem familiar, persiste a intenção de ocultar os atos violentos e os filhos são tidos frequentemente como elos de ligação da vítima ao seu agressor.

As atitudes de silêncio e/ou os comportamentos de ocultação dos atos de violência nos relacionamentos íntimos, contra a mulher, muitas vezes por parte das vítimas, acabam por ser formas de aceitação e de legitimação da violência relacionadas com a intenção de assegurar a privacidade da família.

Furtado (2002), diz que a VC é um termo muito utilizado para ilustrar uma realidade que se prende com a violência contra as mulheres na família, contudo, acrescenta que a violência no espaço doméstico não atinge só as mulheres, abrange crianças, idosos e homens. É a domesticidade da família moderna que torna os atos dos seus membros invisíveis.

Nesse sentido, Portugal (2003:199-214) afirma: “A privacidade da família transforma a vida conjugal numa intimidade fechada nos seus segredos”.

A família moderna é um lugar de refúgio, de investimento emocional, um lugar de violência. A idealização da família é apenas um mito que leva à invisibilidade do problema (Alves, 2005).

Num estudo realizado com enfermeiros (Bispo *et al.*, 2002) verificaram que existem profissionais que acreditam haver uma cumplicidade entre a mulher e os

acompanhantes em omitir o caso, pois a mulher não quer expor o espaço privado e tem medo do agressor. É possível perceber a representação do profissional de saúde relativa à violência conjugal como um problema do âmbito privado. Essa percepção tem implicações na prática e faz com que, não obstante o profissional identificar o problema, não intervenha.

No estudo em foco, quando a questão da privacidade foi abordada, a maioria dos médicos e enfermeiros demonstrou acreditar que a maioria das vítimas não quer discutir a violência conjugal com um profissional de saúde. Quer para médicos, quer para enfermeiros, as suas respostas corretas aumentaram significativamente após um programa de formação. Após o programa de formação, os enfermeiros apresentaram uma significativa maior compreensão das afirmações gerais por parte das vítimas de abuso emocional sendo pior que o abuso físico, apesar de que o acerto dos médicos sobre o abuso emocional diminuiu (Wanderbroocke e Moré, 2012).

Num outro estudo sobre a representatividade da VC, Bispo, Almeida e Diniz, (2007) referem ainda que os resultados evidenciaram que os profissionais de saúde representam a violência conjugal contra a mulher como um problema do âmbito privado e representam a assistência prestada à mulher como mais um atendimento.

1.2.4.4- Banalização da pequena violência

Segundo Casinha (2012), o boato, assim como, a falta de colaboração entre os elementos do casal e, particularmente o ciúme, são muitas vezes causas que podem despoletar a VC. Por vezes, nesses momentos de quebra de confiança entre os membros do casal, surge a instabilidade emocional que pode conduzir a atos de violência física de menor impacto, como seja o “puxão de cabelos”, ou o “empurrão”, ou até mesmo, uma “bofetada” que, a mulher racionaliza, com a crise de ciúmes. Descuidando o caráter cíclico dos atos de violência, desvaloriza o padrão de escalada da agressividade.

1.2.4.5- Causas externas (drogas, álcool, stress, desemprego)

Os resultados de um estudo realizado por Angulo-Tuesta (1997), com profissionais da saúde, no que respeita à percepção das causas, evidenciaram o reconhecimento do problema como muito complexo e estreitamente relacionado com o desemprego, condições socioeconómicas e de educação da população. Segundo a visão

desses profissionais enfrentar a questão da violência passa por melhorar as condições de vida da população.

No que respeita à percepção relativa às mudanças na relação de género, a maioria dos sujeitos desta pesquisa consideraram a entrada da mulher no mercado de trabalho como um aspeto central para falar sobre as mudanças no relacionamento homem/mulher. Esses profissionais coincidem em afirmar que o facto de a mulher “ter saído de casa” provocou mudanças tanto para a mulher como para a relação homem/mulher.

Portugal (2003: 199-214), divide as causas da violência contra a mulher por parceiro íntimo em dois grupos: os fatores internos e externos à família com o seu enquadramento social, cultural e ideológico.

Na percepção feminina, as razões para a violência, são: o álcool, discordâncias, ciúmes e dinheiro.

Relatos de mulheres abusadas indicam que o agressor masculino estava "sob a influência de..." na hora de cometer violência.

Kantor (1993) como referido em Cherry, (2002) indica que os padrões de consumo (álcool, drogas) dos homens estão relacionados com a VC em todas as classes étnicas e sociais. No entanto, os especialistas concordam que o abuso de substâncias não é a causa da VC. Os mesmos especialistas defendem que o abuso de substâncias é considerado um fator de risco no que diz respeito à VC, mas a natureza exata da relação ainda é um mistério.

Num estudo realizado com a população em geral, por Gracia (2015), foi apurado que entre os fatores individuais que se julgam estar associados à violência contra as mulheres, o consumo de álcool ou o uso de drogas foram os mais citados.

Segundo Dias (2006), a mulher pode vivenciar um conflito e racionalizar os atos do agressor, associando a ocorrência de violência a fatores externos, como o stress, decorrente principalmente do trabalho, das dificuldades financeiras e do cansaço. O autor argumenta que o álcool estimula este tipo de comportamento dos homens, mas age apenas como um catalisador. Ou seja, funciona como um fator desencadeante de uma vontade pré-existente.

Azevedo (1985), como referido em Fonseca e Lucas (2006), enuncia dois grandes grupos de fatores responsáveis pelas condições favoráveis à ocorrência de violência: constituem o primeiro grupo, os fatores condicionantes, que se referem à opressão perpetrada pelo sistema capitalista, pelo machismo e pela educação

diferenciada; e o segundo grupo, formado pelos fatores precipitantes como o álcool e drogas ingeridas pelos agentes nos episódios de violência, além do stress e cansaço, que podem desencadear o descontrole emocional e os atos agressivos.

Angulo-Tuesta (1997), revela a forte associação entre o uso de álcool e a ocorrência de agressões efetuadas no contexto de relações conjugais, presentes ou passadas. Em 30,3% da amostra analisada, as vítimas disseram que o agressor é alcoólatra ou estava embriagado no momento da agressão. Em 88,6% desses casos, nos quais a vítima menciona a existência de embriaguez ou alcoolismo, o agressor é marido/companheiro ou ex-marido/companheiro da vítima.

Segundo Casinha (2012), outra das causas que pode gerar a VC é a falta de dinheiro. Na terrível crise da economia que estamos a atravessar, é muito normal um dos elementos do casal ficar no desemprego, ou até os dois. Começa a faltar o dinheiro para as despesas do dia-a-dia, ao ponto do insuportável. Tudo isto são passaportes para a VC.

Os autores sustentam que os fatores culturais desempenham um papel que contribui para a perpetuação da VC. Por exemplo, na área da educação infantil, há uma preocupação sobre os estereótipos com base no sexo em funções em que os meninos ainda são incentivados a ser agressivos e autoritários e as meninas são incentivadas a ser passivas e submissas. Isso promove a desigualdade de género.

Shipway (2004), observa ainda que, muitas mulheres, especialmente quando casadas, adotam um papel subserviente aos homens. Comprometem-se a cumprir as tarefas domésticas, incluindo a responsabilidade pela criação dos filhos e o apoio ao marido em todos os seus empreendimentos. Quando esse papel é aceite, e potenciado pela fé religiosa, é previsível que a mulher receba pouco ou nenhum apoio na decisão de deixar um parceiro violento.

"O stress social (produção de frustração) e a socialização (que tolera o uso da violência) são apontados como os dois principais fatores que produzem um ambiente propício para o uso da violência"(Shipway, 2004, p. 26).

O stress no local de trabalho é uma crença comumente relatada e utilizada para explicar o comportamento doméstico violento. Embora o *stress* relacionado com o trabalho aumente a possibilidade de ocorrência de VC, não é uma explicação suficiente.

Os media tem sido considerada um dos muitos fatores que contribuem para a VC, pela sua representação da violência no cinema, na televisão resultando na dessensibilização das pessoas com relação à sua tolerância da violência. Para além

disso, os media também perpetuam estereótipos relativamente ao papel sexual, transmitindo valores que não são consistentes para o desenvolvimento de relações harmoniosas.

De acordo com Alves (2005, p.3), estudos mostram ainda que: “Tendências para a violência baseadas nas crenças e atitudes, situações de stress (desemprego, problemas financeiros, gravidez, assunção de novos papéis), frustração, alcoolismo ou toxicodpendência, vivências infantis de agressão ou de violência parental, personalidade sádica, perturbações mentais ou físicas” são as causas mais próximas deste problema.

Não obstante a violência contra as mulheres estar presente em todas os estratos socioeconómicos, existe uma forte relação entre a sua ocorrência e as famílias de mais baixos rendimentos (baixo status socioeconómico) e em que o parceiro está desempregado (Star *et al.*, 1981; Strauss *et al.*, 1980, como referido em Heise, *et al.*, 1999).

Tal como para o abuso de álcool, também não está claro como o baixo nível socioeconómico opera para aumentar o risco de abuso. Poderá estar relacionado com variáveis que acompanham a experiência de viver na pobreza, tais como famílias numerosas, stress consequente, frustração e um sentimento de inadequação em alguns homens por não cumprirem o seu papel culturalmente definido de provedor da família.

1.3- A Violência conjugal contra a mulher: um problema de saúde

A violência conjugal surge como um grave problema social e de saúde pública cada vez com maior visibilidade, consequência da redefinição do papel das mulheres na família e na maior possibilidade do exercício dos seus direitos.

A Organização Mundial de Saúde classifica a violência conjugal contra a mulher como um problema e uma prioridade de saúde pública pelo que os profissionais de saúde devem intervir ao nível da prevenção, do diagnóstico, do acompanhamento e encaminhamento da mulher com alterações na saúde secundárias à violência (OMS, 1996; WHO, 2002, p. 4)

A violência de género é amplamente reconhecida como um importante problema de saúde pública, tanto por causa da morbilidade e mortalidade aguda associada a agressão como pelo seu impacto a longo prazo sobre a saúde das mulheres. As mulheres

que sofreram violência física, sexual ou emocional sofrem uma série de problemas de saúde, muitas vezes em silêncio (AbuTaleb, Dashti, Alasfour, Elshazly e Kamel , 2012).

O reconhecimento da violência como um problema de saúde e dos direitos humanos foi sublinhado e reforçado por acordos e declarações nas principais conferências internacionais durante a década de 1990, incluindo a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos (Viena, 1993), a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e a Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995).

Em 2003, a OMS considerou a violência contra a mulher por parceiro íntimo como um grave problema de saúde pública tendo em conta que as consequências que lhe estão associadas são prejudiciais para a saúde e para o bem-estar de quem a sofre, da família e de toda a comunidade (Ventura, Ferreira e Magalhães, 2013).

Em 2005, a OMS, num outro estudo que analisou dados de 10 países (Bangladesh, Brasil, Etiópia, Japão, Peru, Namíbia, Samoa, Sérvia e Montenegro, Tailândia e República Unida da Tanzânia), lança nova luz sobre a prevalência da violência perpetrada por parceiro íntimo contra as mulheres e reiteram que este tipo de violência é um dos principais fatores que comprometem a saúde das mulheres, constituindo-se assim, como uma das principais causas de morbidade e mortalidade femininas. A violência contra as mulheres, também conhecida como violência baseada no género, é agora amplamente reconhecida como uma grave violação dos direitos humanos e, cada vez mais, também como um importante problema de saúde pública. O setor da saúde pode desempenhar um papel vital na prevenção da violência contra as mulheres, ajudando a identificar o abuso precoce e proporcionando às vítimas o tratamento necessário (García-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise e Watts, 2005).

Excetuando o recurso à família e aos amigos, o sistema de saúde e, em particular, os serviços de Urgência/Emergência, é, muitas vezes, o primeiro lugar que as vítimas de violência doméstica procuram, colocando os profissionais de saúde num papel central para a sua assistência (Brykczynski, 2011; Dobash et al. 1985; Goldberg, 1982; Pahl, 1979; Roberts, 1994; Woodtli, 2001).

O recurso ao serviço de urgência, por violência física e/ou psicológica, é geralmente da iniciativa da mulher, o que representa uma oportunidade de a atender e escutar num momento em que a mulher está mais ciente da sua situação e recetiva a uma intervenção que a proteja, informe e ajude (Calvinho, 2013)

Por um lado, os serviços de saúde, podem conferir à vítima poder para gerar mudanças qualitativas importantes na sua vida mas, por outro, podem também constituir-se como mais um contexto de vitimização. A documentar esta última possibilidade, um conjunto de investigações referenciadas por Stark (2001) revela conclusões preocupantes: estima-se que apenas um em cada vinte casos sejam corretamente sinalizados em termos de indícios e sequelas resultantes de agressões perpetradas pelo parceiro.

1.3.1- Ecologia da saúde

A importância dos modelos ecológicos é "que eles veem os comportamentos como sendo afetados por e afetando o ambiente social", no pressuposto de interação e nexos de causalidade recíproca entre níveis (McLaren e Hawe, 2005).

Para os profissionais de saúde e, em particular, para os enfermeiros (os médicos estão mais sensibilizados para o tratamento), a visão ecológica da saúde e dos cuidados é importante porque permite planejar um conjunto de estratégias de promoção da saúde dirigidas aos vários níveis do ambiente social (Woodtli, 2001).

As principais características de uma saúde pública ecológica, é incluir a saúde como uma compreensão do padrão de relações, e não como um resultado quantitativo.

É um novo tipo de diálogo entre as ciências naturais e sociais e entre os sistemas individuais e contextuais, enfatizando a interdependência na relação entre os dois, que permite a explicação dos processos físicos e sociais contribuindo para a saúde (Kickbusch, 1989).

A violência por parceiro íntimo contra a mulher é uma significativa preocupação de saúde pública. Slep, Foran e Heyman, (2014), num estudo realizado propõem um modelo ecológico em que fatores como a comunidade, ou fatores de nível mais proximal que operam através de variáveis individuais, familiares ou do local de trabalho, foram associados quer com a violência geral por parceiro íntimo, quer com a violência clinicamente significativa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013) publicou um quadro estratégico para a prevenção e redução da violência contra as mulheres, baseando-se num modelo ecológico de fatores (modelo ecológico da saúde para compreender a violência) que ilustra os determinantes que podem influenciar a probabilidade de ocorrer violência por parceiro íntimo praticada por homens contra as mulheres e que ratifica os fundamentos

do parágrafo anterior. Esses determinantes que provêm do ambiente (macro e micro) desdobram-se em múltiplos fatores que interagem continuamente, como o nível socioeconómico, a etnia e a cultura, o país, a família, o meio profissional ou o escolar e o grupo de pares. Estes fatores podem ter influência positiva ou negativa sobre o indivíduo, constituindo-se como fatores agravantes ou protetores da saúde e da resposta do indivíduo a uma situação adversa. As condições socioeconómicas mais débeis, por exemplo, são um fator de risco para a saúde, agravado por vezes, por aspetos culturais ou étnicos, como as crenças e os comportamentos, e pela dificuldade no acesso aos cuidados de saúde. A personalidade do indivíduo é outra dimensão importante da saúde, pois os traços da personalidade podem revelar-se em atitudes e comportamentos favoráveis ou desfavoráveis à saúde e influenciar a resposta à situação de doença. Também a família e o grupo de pares são agentes determinantes na resposta a eventos de vida, podendo representar fatores de suporte ou o oposto.

Os fatores relacionados tanto com a vitimização como com a perpetração estão localizados ao nível do indivíduo (por exemplo, ter testemunhado VD quando criança; beber álcool em níveis prejudiciais), do relacionamento (por exemplo, os homens controlarem os recursos financeiros ou terem múltiplas parceiras); da comunidade/sociedade (níveis de pobreza ou desemprego elevados, sanções comunitárias fracas). A desigualdade de género e o conseqüente desequilíbrio de poder entre mulheres e homens constitui-se como razão central para um ambiente no qual a violência contra a mulher pode florescer.

Uma vantagem das análises ecológicas da saúde, em relação a estudos biomédicos e comportamentais, é que elas oferecem uma compreensão integrada e abrangente das interações entre os fatores ambientais, biológicos, psicológicos, socioculturais e físicos que podem afetar o bem-estar e, simultaneamente, sugerem que certos comportamentos, papéis sociais, e condições ambientais na vida de um indivíduo podem exercer uma influência desproporcional sobre esse mesmo bem-estar (García-Moreno, *et al.*, 2005).

Cada vez mais, investigadores e profissionais, bem como a OMS, estão usando uma "estrutura ecológica" para entender a interação de fatores pessoais, situacionais, e socioculturais que se combinam para causar violência interpessoal. Introduzido no final de 1970, o modelo foi aplicado pela primeira vez ao abuso infantil e, posteriormente, à violência juvenil. Mais recentemente, tem sido usada para compreender a violência por parceiro íntimo (García-Moreno, *et al.*, 2005).

Embora a questão da violência conjugal/nas relações de intimidade contra a mulher, não seja específica da área da saúde, vem sendo associada a inúmeros problemas de saúde apresentados pelas mulheres, o que faz com que procurem respostas nos serviços de saúde. A sua multidisciplinariedade fatorial, leva os profissionais de saúde a confrontarem-se permanentemente com a necessidade de atuar perante os diversos tipos de violência e níveis de complexidade, entre os quais a violência doméstica na relação conjugal (Bispo, Almeida e Diniz, 2007).

A mulher procura o recurso de saúde – CSH (Cuidados de Saúde Hospitalares) ou CSC (Cuidados de Saúde na Comunidade) – conforme as necessidades imediatas em saúde de acordo com a organização da prestação de cuidados no Sistema Nacional de Saúde. A exposição da situação pela mulher vítima é dificultada por reações adaptativas complexas que podem ser condicionadas pela expectativa de cuidados de saúde para o corpo, que aprendeu a ter para cada contexto de saúde e no qual poderá revelar o que considera importante para os cuidados que necessita. Os profissionais reconhecem (têm como um significado para as práticas) que a violência contra a mulher nas relações conjugais prejudica a sua saúde individual, nas diversas dimensões biopsicossocial e cultural e é por isso um problema de saúde (Calvinho, 2007)

Os profissionais de saúde também têm a percepção que o bem-estar da mulher vítima vai ter repercussões no bem-estar da família e sobretudo no desenvolvimento dos filhos e também no desempenho e participação social da mulher. Esta percepção ou representação do equilíbrio do organismo determina integrar ações preventivas, como a promoção da saúde mental e dos estilos de vida saudáveis, medidas não farmacológicas para controlo de sintomas e do bem-estar geral, medidas de segurança e proteção, identificação e prevenção dos consumos aditivos e promoção das interações familiares e sociais. A integração dessas variáveis multinível confirma um modelo ecológico. Neste sentido, é possível visualizarmos pontos de contacto entre as representações de um modelo ecológico e o modelo holístico de cuidados.

Wade (2009) a propósito dos cuidados holísticos, demonstra que a relação de ajuda à mulher foi uma técnica terapêutica salientada pelo grupo de profissionais participantes (enfermeiros), como fundamental e favorecedora do apoio e do encaminhamento. Evidenciaram ainda a importância de respeitar a autonomia e a autodeterminação da mulher, assegurando o sigilo e a confidencialidade. Alguns profissionais apontaram ainda a atitude empática, a escuta ativa, a validação de

sentimentos e o dar oportunidade, mas expressaram que, em geral a mulher não é receptiva às suas intervenções.

A OMS considera os profissionais de saúde elementos-chave para o diagnóstico da violência conjugal e para a intervenção nos diversos níveis dos cuidados de saúde. Nesta missão, o modelo ecológico explicativo da violência, adotado pela OMS, favorece a identificação dos diversos níveis de fatores a considerar na abordagem da violência conjugal pelo sector da saúde e social.

1.3.2- Significados da violência conjugal nos profissionais de saúde

As representações sociais são produções sociocognitivas em que o processo cognitivo do sujeito é determinado por regras sociais que podem alterar a lógica cognitiva individual. A significação, aspeto central de uma representação social, é por isso determinada tanto pelos discursos como pelo contexto social do grupo onde são produzidos. As representações são *prescritivas* das condutas permitidas ou proibidas. (Abric, 2001). A representação social é assim, um processo dinâmico de produção de valores, conceitos e comportamentos utilizáveis na vida quotidiana e tem como função produzir um saber prático que permita compreender e explicar a realidade e que é adotado por um grupo social para orientar e organizar as relações entre os atores sociais. Constitui-se um guia de comportamentos e de práticas determinadas a montante da situação em que ocorrem (Arruda, 2002).

Segundo Beck 1997, como referido em Matos, Cláudio (2010) a forma como interpretamos e avaliamos aquilo que nos rodeia depende em grande medida de fenómenos cognitivos dotados de alguma estabilidade, as crenças, as quais não obstante a sua importância, são conceitos extremamente difíceis de medir ou quantificar. Os conceitos de crença e atitude podem ser utilizados para compreender uma grande variedade de fenómenos, entre os quais uma problemática atual de extrema relevância: a violência doméstica (Matos, Cláudio, 2010).

De acordo com Ajzen e Cote (2008) e Schwarz (2008), as atitudes são conceitos que exercem forte influência sobre o comportamento e processos de tomada de decisão do indivíduo, são uma expressão direta das crenças do indivíduo, pelo que, a forma mais comum de analisar as crenças passa pelo estudo das atitudes do indivíduo.

Porque se as atitudes influenciam significativamente os comportamentos e se estes são a expressão direta das crenças, então, para analisar as crenças do indivíduo, devemos estudar os seus comportamentos sobre o fenómeno, uma vez que, na sua ação prática, os comportamentos, traduzem ou evidenciam os significados que cada indivíduo atribui às crenças.

Não tem sido fácil e, no momento presente, continuam a não proliferar estudos científicos que possam fornecer novos conhecimentos sobre as atitudes em relação à violência contra as mulheres, em particular, aquela que é infligida pelo parceiro íntimo.

Gracia (2015), refere-se precisamente à grande dificuldade em encontrar informações específicas sobre as atitudes em relação à violência contra as mulheres. Na revisão bibliográfica que efetuou, foram identificados apenas três estudos publicados em revistas académicas, abordando as perceções públicas sobre a violência contra as mulheres, como um problema social e de saúde.

O significado atribuído à violência executada por parceiro íntimo contra a mulher, ao traduzir como o profissional classifica ao nível da sua intervenção clínica (comportamento profissional) esse problema, determinará se, embora o identifique como um problema de saúde, o aborda como qualquer outro, ou não e, nesse caso, intervenha de forma específica e diferenciada.

Por exemplo, se os sujeitos (médicos e enfermeiros representam a violência conjugal como um problema do âmbito jurídico e social (significado atribuído), não pertencendo ao setor da saúde, representam a assistência à mulher em situação de violência conjugal como um problema que ultrapassa a esfera da competência da ação em saúde, ficando para o outro cuidar. Essa compreensão do profissional de saúde, impede a sua atuação.

De acordo com alguns autores, o significado nunca é fixo, nem estático, mas contextual e histórico (Merleau-Ponty, 2002, como referido em Engnes, 2012, p.2).

Nessa linha de pensamento, segundo Wanderbroocke e Moré (2012), deve-se considerar o facto de que a violência não existe enquanto fenómeno objetivo, mas a sociedade a constrói através dos significados atribuídos aos factos, eventos, ações, relacionamentos e valores que são reconhecidos como problema em determinadas circunstâncias e momento histórico específico, ou seja, os significados construídos em torno das violências são dinâmicos e mutáveis.

A violência conjugal considerada um fenómeno multicausal e multinível (modelo ecológico), é um processo de vitimização que se expressa em atos com intenção de

prejudicar, subtrair, subestimar e subjugar envolvendo sempre um conteúdo de poderes, quer seja físico, psicológico/emocional, económico, político ou social (Rocha, *et al.*, 2001, p.96, como referido em Balista, *et al.*, 2004).

De acordo com Balista *et al.* (2004), a violência praticada pelo homem contra a mulher nas relações íntimas, concebida como um fenómeno socialmente construído, é representada de forma diferente entre as sociedades e entre os grupos de uma mesma sociedade. Na sociedade pós-industrial, a família reconfigurou os seus papéis com uma distribuição desigual de autoridade e poder e uma maior fragilidade do diálogo.

Mihalic e Elliott (1997), como referido em Taylor (2006), em estudos realizados em relação aos significados atribuídos à VC entre médicos, inferiram que um número representativo de profissionais não reconheceu a gravidade da VC, devido à atitude social consistente de tolerar a VC, aumentando assim a percepção da trivialidade para a VC.

Os grupos pesquisados revelaram que as respostas profissionais apoiam as crenças da VC (Laing, 2002, como referido em Taylor, 2006, p.78).

Os estudos mostram ainda que os significados da VC não são autónomos, estando fortemente ligados às representações sociais hegemónicas de família e do significado dado ao papel do homem e da mulher, no âmbito familiar. Os resultados obtidos com os diferentes grupos apontaram para a homogeneidade dos papéis de género atribuídos ao masculino e feminino, determinando assim, relações desiguais de poder. Leal, Lopes e Gaspar (2011), apontam que as representações sociais, como formas interpretativas da realidade social, demonstram as bases nas quais estão assentes as condutas profissionais. Considera-se que identificar as representações sociais da violência, na compreensão das enfermeiras, contribui com elementos teóricos para análise, que poderão subsidiar a construção de um processo amplo de intervenção.

Quando falamos da violência contra a mulher nas relações de intimidade é importante compreender o contexto, os mitos, as crenças envolvidas e o significado que a violência tem para cada um/a. As crenças surgem como consequência das representações que vamos construindo. Assim, o fenómeno da violência encontra-se ligado às representações sociais, o que se considera ou não violento tem origem no quadro de referência de cada pessoa (Ventura, Ferreira e Magalhães, 2013).

A legitimação da violência é, muitas vezes, uma consequência de crenças erradas que desculpam as condutas abusivas, sendo que estas constituem o resultado da

socialização e são interiorizadas desde cedo influenciando os nossos comportamentos (Mendes e Cláudio, 2010).

Se é verdade que as nossas crenças cognitivas afetam e determinam o nosso comportamento, e a investigação científica nesse campo tem comprovado que assim é, então é extremamente importante e interessante estudar as crenças das pessoas cuja profissão inclui interagir com as vítimas e/ou com os agressores da violência conjugal, e perceber os significados para a prática profissional. A legitimação da violência é apoiada nas crenças, sendo a legitimação percebida como uma tolerância e/ou justificação das condutas violentas, com base em estereótipos culturais e normas sociais que tendem a desvalorizar e desculpabilizar práticas violentas nas relações de intimidade.

A impotência e o medo de profissionais de saúde em relação à VC contra a mulher, traduzem representações do fenómeno para estes profissionais, como é referido por alguns investigadores. Esta situação pode levar a sentimentos de revolta, baixa autoestima e submissão (D'Oliveira, Schraiber e Hanada, 2009; Guedes, Fonseca e Egry, 2013)

A crença na impunidade do agressor também é frequente nos profissionais de saúde. O significado dessa crença na prática clínica desses profissionais, pode ser um comportamento solidário com a perpetuação da violência, desencorajando os mecanismos de adaptação.

1.3.3- Significados e práticas dos profissionais de saúde na violência conjugal: ecologia dos cuidados

A crença em termos epistemológicos pode entender-se como uma disposição para admitir ou aceitar algo, ou seja, uma convicção de que algo é verdadeiro e certo (uma ideia, um pensamento). Na sua aceção mais filosófica, a crença designa a adesão incerta a algo (uma ideia, um pensamento, uma teoria, um dogma,...), apresentando-se como um efeito da vontade e opondo-se ao saber.

Aquino e Zago (2007) defendem que das crenças emergem significados sendo estes que traduzem as implicações e/ou as consequências dessas crenças nas atitudes e comportamentos do indivíduo. Minayo (2001) ao sustentar que os seres humanos dão significado e intencionalidade às suas ações, reforça a ideia de que é através dos seus

comportamentos circunstanciados no tempo e no espaço que a pessoa mostra o significado social que motiva e norteia as suas acções (práticas). Esta possível e tendencial retroalimentação entre crenças, significados e acções (práticas) é corroborada por Santana (s.d.) e Banza e Clariano, (2013).

Segundo Wanderbroocke e Moré (2012), os significados acerca dos fenómenos guiam as condutas profissionais, ampliando ou restringindo as possibilidades de acção em relação aos problemas.

Vinculados à prática social, os significados manifestam-se através da linguagem, “tomada como forma de conhecimento e de interação social” (Minayo, 2006:173). Este autor assinala que os significados expressam elementos das contradições, conflitos e conformismo e constituem formas de conhecimento prático, que se manifestam como elementos cognitivos.

Entende-se que a compreensão da atribuição de significados à VC gera, para os profissionais da saúde, a possibilidade de interferir nas fronteiras do sistema familiar, podendo assim dar visibilidade às relações quotidianas sustentadoras de violências.

Os autores entendem que as acções profissionais direccionadas para a gestão de situações de violência familiar, podem ser permeadas e/ou influenciadas pelos significados construídos acerca do fenómeno.

Apesar da incidência da violência conjugal ser um problema global, atingir no momento presente proporções de epidemia e de estar identificada como preocupação prioritária dos decisores políticos, as crenças sobre a violência dos profissionais que intervêm com as vítimas, em particular dos profissionais de saúde, assim como os significados da violência para estes profissionais, continuam como barreiras para a sua deteção e acolhimento, planeamento e execução dos cuidados e respetiva avaliação. Visões estereotipadas da vítima, bem como a aceitação de atitudes em relação à VC conduzem a uma deteção pobre e a atitudes negativas em relação às vítimas de VC (Camacho, 2015).

Vários estudos reconhecem, precisamente, que a existência nos profissionais de saúde, de estereótipos e preconceitos culturais sobre a violência de género, é inibidora das suas boas práticas para com as mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo. Esses mesmos estudos reforçam a necessidade de desconstrução desses estereótipos e preconceitos, na formação sobre violência familiar como problema de saúde (Lettiere, Nakano e Rodrigues, 2008; Rodríguez-Bolaños, 2005).

Ramos (2004) afirma que os estereótipos e os preconceitos têm o objetivo de controlar o ambiente de forma esquemática, simplificada e rígida, pelo que constituem um obstáculo à comunicação, dificultando a transmissão de mensagens e a sua correta descodificação, inibem a perceção da realidade dos acontecimentos e influenciam negativamente as perceções. Nesse sentido, é necessário que os profissionais de saúde conheçam os estereótipos sociais de género e de violência nas relações de intimidade, para que eles próprios não manifestem atitudes e comportamentos preconceituosos que lhes impeçam o atendimento holístico baseado numa relação empática. Devem por isso desenvolver o autoconhecimento considerando o seu próprio contexto ecológico para poderem identificar as suas atitudes, os preconceitos e os sentimentos inerentes.

A persistência de mitos, como a crença de que a violência familiar é incomum, assim como, a de culpabilização das vítimas, contribuem para a falta de compreensão, mais vitimização e intervenções ineficazes (Barnett, Miller-Perrin, e Perrin, 2005).

Para a não tomada de consciência deste problema, por parte dos profissionais médicos e de enfermagem, como pertencendo à sua área de intervenção, muito contribuiu também o silêncio das mulheres expostas a VC e a sua conseqüente invisibilidade (Velzeboer, *et al.*, 2003). Não obstante as barreiras que possam persistir à intervenção em saúde nos casos de VC contra a mulher, os profissionais de saúde tendo responsabilidade na saúde dos indivíduos e das comunidades devem considerar a violência por parceiro íntimo nas práticas clínicas pois, é considerada pela Organização Mundial de Saúde como um problema de saúde pública.

Ao longo dos anos, vários estudos internacionais demonstraram que as taxas de deteção para vítimas de violência doméstica contra a mulher por parceiro íntimo, em particular, por médicos nos serviços de emergência, foram muito baixas, com casos variando entre 4 a 16 por cento (Shipway, 2004; Woodtli, 2001; Yonaka, *et al.*, 2007).

Richardson, Coid, Petruckevitch, Chung, Moorey e Feder (2002) realizaram um estudo no Reino Unido que também concluiu que mulheres vítimas de VC, muitas vezes não são identificadas pelos médicos e/ou enfermeiros. Estudos em Departamentos de Emergência têm demonstrado que a maioria das mulheres que sofreram VC não é identificada por enfermeiros ou médicos.

Estas baixas taxas de deteção têm sido atribuídas à falta de formação em relação a problemas de violência contra a mulher por parceiro íntimo e a atitudes inadequadas dos profissionais de saúde em relação às vítimas (Burriss e Jaffe 1984; Kurz 1987; Rose e Saunders 1986; Yonaka, *et al.*, 2007; Wanderbroocke e Moré, 2012), sendo

identificados como principais fatores predisponentes e/ou desencadeantes, os preconceitos a que os profissionais de saúde estão expostos por causa das suas crenças sobre as causas da violência doméstica (Elliott, 1993; Wanderbroocke e Moré, 2012;), noções estereotipadas de médicos e enfermeiros sobre as vítimas de violência conjugal e agressores (Shipley e Sylvester 1982; Stinson e Robinson, 2006; Yonaka, *et al.*, 2007), o direito à privacidade dos indivíduos e das famílias (Jecker 1993; Taft e Small, 2014) e, finalmente, a desilusão dos profissionais de saúde quando as vítimas reincidem em retomar a relação íntima de violência (Borkowski *et al.*, 1983; Sugg, 1992; Tjaden e Thoennes, 2000; Ullman e Townsend, 2007; Velzeboer *et al.*, 2003).

Os profissionais de saúde, na relação que estabelecem com os utentes, podem não conseguir abstrair-se das crenças leigas (que todos os indivíduos transportam de forma espontânea e inconsciente), nem das crenças fundamentadas no saber científico, que coexistem com o saber científico do profissional (Branco, 2007), influenciando o processo de comunicação e, a forma como a comunicação é utilizada, vai influenciar a adesão do utente ao processo terapêutico e as suas expectativas quanto aos resultados (Ramos, 2004; 2012).

Um estudo realizado por (Alonso *et al.*, 2003) com médicos de família, revelou as dificuldades dos mesmos na abordagem da violência na família: Falta de tempo, medo de ofender as mulheres com a pergunta, a falta de preparação para abordar o tema (50%); Receio de não ter capacidade para controlar o comportamento da vítima (42%); Identificação com as utentes (39%); Medo do confronto com o imprevisto e possível descontrolo da situação (20%); Ceticismo quanto à credibilidade da mulher (15%).

A violência conjugal é uma questão complexa que necessita de um tratamento diferenciado pelos profissionais de saúde, os quais devem ser treinados para reconhecer os indicadores de violência doméstica e realizarem uma triagem para ajudar as pessoas a revelar o seu passado ou experiências atuais desse tipo de violência. O inquérito deverá ser feito em privado num ambiente onde a pessoa se sinta segura (NICE, 2014).

A ponderação e a salvaguarda da privacidade devem constituir-se como foco dos cuidados dos profissionais de saúde quando fazem o acolhimento às mulheres que procuram os serviços de saúde. A criação de um ambiente seguro e favorável ao diálogo na fase da triagem, é extremamente crucial. A recolha de dados é um procedimento determinante para se perceber a situação da vítima e as suas necessidades de cuidados. Até porque as mulheres que são vítimas de violência nas relações íntimas, identificam frequentemente como principal forma de acederem aos mecanismos legais e judiciais, o

recurso aos serviços de saúde. As atitudes adotadas pelos/as profissionais no atendimento destas situações, será decisivo no estabelecimento de uma relação de confiança com as mesmas e no posterior desenvolvimento das intervenções (Coelho, 2010).

Diniz (2007), desenvolveu um estudo no Brasil, onde concluiu que a lógica das mulheres que sofrem VC não é compreendida pelos profissionais de saúde, que chegam mesmo a culpabilizar as mulheres pelo seu próprio sofrimento. Nesse estudo, os profissionais de saúde, ancorados nas construções sociais de gênero, consideraram que a VC é algo que se restringe ao âmbito privado, não cabendo portanto, a eles intervir. A sua ação deve restringir-se ao cuidado dirigido aos sintomas e lesões. Tais representações parecem indicar que, ao limitar o conceito de saúde apenas à dimensão biológica, minimizam, ou mesmo desvalorizam, o investimento em práticas de educação para a saúde, visando a prevenção de novos episódios de violência. Para esses profissionais, o poder econômico justificou a permanência das mulheres ao lado dos seus companheiros.

Os profissionais de saúde, na sua compreensão expressa do problema da VC referem: "[...] nos serviços de saúde, a mulher também é exposta à situação de violência". Racionalizam esta afirmação com o argumento de que a relação entre cliente e profissional de saúde é uma relação impessoal, hierárquica, permeada pelo pré-julgamento por parte do profissional, que considera a mulher vítima de violência como alguém que não tem vontade de acabar com o próprio sofrimento.

Franzoi et al. (2011), realizaram uma investigação que teve como objetivo conhecer e analisar, à luz do gênero, as concepções dos profissionais das equipes de cuidados primários de saúde no Brasil, em relação à mulher, ao homem e à violência de gênero.

Os resultados revelaram que os profissionais de saúde não se sentem competentes para lidar com o problema, definindo a sua atuação como impotência paralisante, o que remete para lacunas na formação profissional e na organização dos serviços para dar resposta a necessidades produzidas pela vivência da violência.

Um outro estudo realizado no Brasil por Silva Filho (2013), cujo principal objetivo foi analisar as representações sociais dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher perpetrada pelo homem na relação conjugal ou de intimidade e a assistência prestada, permitiu mostrar que a estrutura das representações sociais dos profissionais de saúde, encontra-se sustentada por elementos relacionados com o poder

legitimado socialmente ao homem sobre a mulher (“abuso”, “intolerância”, “desrespeito”) e, com sentimentos que mostram a fragilidade da mulher na vivência da VC (“medo”, “desespero” e “tristeza”).

Gonçalves (2004), numa pesquisa realizada em Portugal, sobre a representação da VC para os profissionais de saúde, identificou que estes, com frequência, centram essa representação ao nível da prática clínica no tratamento quase exclusivo das manifestações orgânicas de uma patologia. Contudo, na visão do autor, “identificar e referenciar mulheres vítimas de violência, é ir além do que prestar os cuidados clínicos necessários, é abordar e procurar resolver a causa do problema”.

Leal *et al.* (2011), revelam no seu estudo realizado com enfermeiras que estas representam a violência como agressão física associada à tristeza e à dor, que podem ser decorrentes dos ferimentos e do sofrimento da mulher por ser agredida por alguém que é, ou foi, tão próximo/intimo, com quem tem ou teve laços afetivos recentes. Na perspectiva das enfermeiras, a violência contra a mulher foi representada, maioritariamente, como uma ação de cobardia associada à agressão psicológica, agressão física, tristeza e maus-tratos.

As enfermeiras que participaram da pesquisa não consideraram a violência contra a mulher um caso de polícia, nem um problema de saúde pública. Para elas, é um problema social, que envolve educação, família, leis e apoio social.

Não obstante os resultados determinados no estudo, Leal *et al.* (2011), entendem que a violência contra a mulher é um problema de saúde pública, contudo, na maioria dos países, assim como, no Brasil e em Portugal, nas instituições de saúde, ainda estão sendo necessários investimentos referentes à criação de uma cultura organizacional voltada para a identificação das mulheres em situação de violência, bem como, para as ações nas quais os profissionais de saúde sejam competentes para as pôr em prática.

No estudo realizado no Vietnam, com o objetivo de explorar os/as significados/crenças dos profissionais de saúde que trabalham com as mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo, os autores concluíram que os médicos expressaram hesitação sobre as formas de intervir com essas mulheres manifestando pouco conhecimento da magnitude do problema na sua própria área de influência, defendendo que é um problema da esfera privada da família no qual não devem intervir e considerando ser essa intervenção uma responsabilidade da justiça e das autoridades de segurança (Jonzon, Dang Yung, Ringsberg, Krantz, 2007).

Taylor (2006), apoiada na literatura que acentua a importância dos significados profissionais consistentes em relação à VC, procurou encontrar uma relação entre as explicações das causas da VC e a eficácia das intervenções.

Todos os participantes concordaram que a VC é um problema da comunidade, um crime e não deve ser tolerado. O estatuto socioeconómico ou o consumo de álcool não foram referidos como explicações causais do comportamento violento nas relações conjugais. Os participantes reconheceram que, não sendo fatores predisponentes, podem, eventualmente, funcionar como fatores precipitantes.

De acordo com os dados obtidos em vários estudos sobre os significados da violência conjugal contra a mulher, em profissionais de saúde e, as suas potenciais relações com as práticas (intervenção com a mulher vítima), podemos dizer que os médicos e os enfermeiros apesar de identificarem as mulheres em situação de violência, atuam oferecendo respostas “técnicas” para tentar aliviar os problemas de saúde produzidos pelas agressões, porém, a própria violência é abordada de maneira limitada. Alguns profissionais disseram que as mulheres não falam sobre a violência porque a relação de confiança entre o profissional de saúde e a mulher não está estabelecida.

Por outro lado, a percepção dos profissionais relativamente à natureza da transgressão, assim como, à sua gravidade pode ser determinante na relação que se estabelece com a vítima. Heise (2011) enfatiza a importância de entender as crenças subjacentes à violência conjugal contra a mulher porque, defende, definem a gama de comportamentos aceitáveis.

As teorias ecológicas (e.g. Heise, *et al.*, 1999) enfatizaram o papel dos fatores macroscópicos na violência por parceiro íntimo contra a mulher. Segundo este autor, as variáveis em níveis macro (individuais, relacionais e da comunidade) podem transmitir normas sociais e o enquadramento contextual sobre os significados da violência conjugal contra a mulher que suportam os comportamentos.

Outra das dificuldades mais importantes apontada por uma proporção significativa de profissionais refere-se ao facto de considerarem o problema da VC do foro íntimo, que diz respeito exclusivamente à vida privada do casal.

Um número significativo de profissionais participantes nesses estudos, entendeu como fator que obstaculiza a sua intervenção, a inexistência de espaço e de tempo nos serviços de saúde, para que os profissionais possam aprofundar a sua suspeita, a fim de planejar e executar os cuidados à vítima de violência conjugal.

No que respeita ao papel dos serviços de saúde perante a VC, um número significativo de profissionais, reconheceu a dificuldade dos serviços de saúde disponibilizarem alguma resposta para esta problemática, já que não têm infraestruturas (condições de trabalho), nem autoridade para atuar nesses casos.

A concetualização que os profissionais de saúde fazem sobre a violência de género, tem merecido a atenção e o interesse de alguns autores, com a realização de estudos direccionados. Assim, Almeida *et al.*, (2011), através de um estudo qualitativo e descritivo pretendeu identificar e analisar as conceções que norteiam as práticas profissionais de uma equipa de saúde, acerca da violência de género. Ficou evidenciado a invisibilidade da violência como um problema de saúde no serviço, o que, segundo o autor, pode demonstrar dificuldades de identificação das vítimas e, por outro lado, contribuir para o desenvolvimento de práticas profissionais sem potencial para a emancipação do género.

A falta de preparação dos profissionais de saúde, o desinteresse, a falta de tempo para escutar o doente durante os atendimentos, a ênfase na lesão e no dano físico, aliados a uma cultura de não intervir em assuntos circunscritos ao casal, são tidos como prováveis causas para a não identificação de casos de violência de género.

Nos casos de violência conjugal, como nos adiantam Smith, Rainey, Alamares e Grogg (2008) os profissionais de saúde não relatam o incidente com o propósito de não se envolverem numa questão pessoal ou familiar. Assim, poder-se-á inferir que um dos obstáculos à avaliação da violência contra a mulher, praticada pelo homem no relacionamento íntimo, por parte destes profissionais, é a proteção da privacidade pessoal.

Os enfermeiros são os primeiros a estabelecer e a manter contacto com as vítimas de abuso ou violência nas relações de intimidade e as suas famílias. Nessa fase (primeiro contacto), os enfermeiros nos serviços de urgência devem prestar cuidados dirigidos às lesões físicas, bem como, possuir habilidades profissionais para detetar os sinais de abuso ou agressão (Feng e Levine, 2005; Sekula, 2005).

Segundo Feng e Levine (2005), os profissionais de enfermagem, pelo facto de realizarem, na maioria das organizações de saúde, a primeira abordagem às vítimas da violência conjugal, assumem a primazia na identificação das vítimas e, por consequência, desempenham um papel importante na interrupção do ciclo de abuso e violência.

Nesta competência particular da triagem dos casos de violência familiar contra a mulher por parceiro íntimo, os profissionais do Serviço de Urgência estão estrategicamente posicionados para uma detecção precoce das situações de VC e desde logo para iniciar uma intervenção capaz de quebrar o “ciclo da violência” e minimizar/esbater o seu impacto.

Independentemente do profissional que presta o primeiro atendimento, é importante que esteja preparado para estabelecer uma relação de cuidado que vai além do automatismo do atendimento técnico e que, contribua de forma inequívoca para o estabelecimento de uma relação de confiança entre o cuidador e a mulher, facilitadora para a mulher descrever o que parece ser significativo para ela.

Não é aceitável que, como diversos estudos revelam, alguns profissionais de saúde considerem, ainda hoje, que os casos de violência conjugal não são problemas seus, são da responsabilidade dos serviços sociais, da polícia ou dos tribunais.

Segundo a interpretação dos autores desses estudos, os profissionais de saúde devem reconhecer que os problemas inerentes à VC vão muito além do indivíduo que exige "tratamento", eles têm que reconhecer e desafiar as construções políticas, sociais e de género.

Ramsay *et al.* (2002) referem um estudo realizado com enfermeiros com exercício de funções num Departamento de Emergência/Urgência, no qual, a maioria dos participantes (53%) responderam que deveriam incluir no planeamento de cuidados, a aplicação de um algoritmo de triagem para história de VC a todas as mulheres que recorressem a esse serviço de saúde.

Os autores citados afirmam ainda neste âmbito que, na literatura revista, existe um consenso forte entre as organizações de saúde internacionais sobre a necessidade de os médicos e os enfermeiros cumprirem na sua prática clínica, os objetivos de identificar e apoiar as mulheres vítimas de VC. Emerge assim da literatura, que a alta prevalência e gravidade do problema e, até mesmo, a própria atitude de omissão das mulheres, exigem uma resposta dos serviços de saúde.

Segundo Davidson, Grisso, Garcis-Moreno, King e Marchant (2001), os profissionais de saúde precisam de formação teórica e prática para a temática da violência por parceiro íntimo, por forma a manterem-se atualizados sobre a problemática e ganharem competências, quer ao nível da identificação das mulheres que sofrem/sofreram violência doméstica, quer ao nível dos cuidados e apoio a prestar no processo de intervenção clínica com essas mulheres.

Parsons *et al.* (1995:385), como referido em Shipway (2004, p.56), num estudo relacionado com a VC na gestação, observou que os profissionais de saúde relacionaram a não intervenção e, por ordem de significância, com a falta de tempo, com o medo de ofender a utente, com o sentimento de inadequação e frustração para praticarem a intervenção apropriada, por falta de formação, com a incapacidade de controlar o problema e, por último, com a triagem deficitária das situações de violência contra a mulher nas relações de intimidade, por fidelidade a determinadas crenças (“Que a mulher provocou a situação de *"maus tratos"*"; “Que algumas mulheres deliberadamente escolhem homens violentos”; “Que a VC não é um assunto sério, não acontece, ou que é um assunto *"privado"*"; “Que a VC não é um problema de saúde”; “Que não existe tal coisa como o estupro conjugal”; “Que é uma perda de tempo: *"ela vai estar de volta"*”).

Outros estudos traduzem resultados diversos o que, por si só, atestam a multidisciplinariedade de abordagens que a intervenção com vítimas de violência conjugal exige. Assim, nessa diversidade, conclui-se que uma importante tarefa do profissional de saúde (principalmente o médico) será valorizar os fatores de vulnerabilidade da vítima (Arruda, 2001), ou que, os profissionais utilizam várias estratégias para evitar o confronto com os problemas de abuso, incluindo: apoiar o homem como a pedra angular da família em vez de desafiar e/ou questionar o seu abuso, justificar os maus tratos com problemas de saúde mental ou abuso de álcool, (Humphreys (2000a), como referido em Shipway, 2004), ou que os profissionais revelam uma tendência para categorizar incidentes de VC numa hierarquia de gravidade de acordo com o grau e gravidade da lesão física.

O abuso emocional e psicológico grave são avaliados como menos grave pelos profissionais. Portanto, é possível que a situação abusiva seja ignorada pelo profissional de saúde a menos que o dano físico seja significativo e suficientemente visível (Hester *et al.*, (2000), como referido em Shipway, 2004).

Segundo Manita *et al.* (2009) e Davidson *et al.* (2000:2), qualquer profissional que contacte com vítimas, deve afastar crenças e mitos que dificultam ou impedem a intervenção nesta área, ter um conhecimento suficiente sobre os fatores associados à VC e sobre as dinâmicas e processos abusivos utilizados pelo agressor no contexto dessa mesma violência, conhecer e identificar os tipos mais frequentes de atos envolvidos na violência conjugal e suas consequências para a vítima, saber reconhecer sinais indiciadores da ocorrência de violência e incentivar a revelação por parte da vítima, saber garantir a segurança e integridade das vítimas, procedendo para isso, a pelo

menos, dois tipos de avaliação: a avaliação do risco e a avaliação do impacto da violência sofrida, saber que a maioria desses atos constitui um crime consignado no Código Penal e aplicável em situações de VC, estar sensibilizado para esta problemática e para lidar com as especificidades emocionais e comportamentais das vítimas de violência continuada.

Qualquer profissional deverá adquirir competências e estratégias básicas de comunicação para o atendimento, saber quais os tipos de apoio disponíveis e quais os tipos de encaminhamento e de articulação com outros serviços que podem ser disponibilizados em cada área de intervenção. Outro aspecto fundamental para que a vítima possa superar as vivências traumáticas e integrar essas experiências de forma adaptativa na sua história de vida, é contrariar a revitimização.

Perante a necessidade de colocar questões, o profissional deve fazê-lo de forma sensível e direta, preservando sempre o clima de escuta ativa, neutralidade e confidencialidade, (no fundo são as habilidades a usar) evitar produzir juízos de valor, ser empático e respeitar os sentimentos, comportamentos e as decisões da vítima;

É oportuno acrescentar que a complexidade da VC e do seu impacto sobre a família, com muitas das mulheres vítimas a omitir os factos nos seus relatos, por medo ou vergonha, apresenta um grande desafio para os profissionais de saúde. De entre os diferentes motivos que concorrem para essa ocultação do abuso (e.g., não reconhecimento pela vítima dos atos sofridos como abusivos, receio face à exposição), alguns estudos documentam as dificuldades dos profissionais de saúde intervirem no problema.

Burge (1989) e Koss *et al.* (2001) relatam que alguns médicos, por diferentes motivos, não se sentem responsáveis por gerir esta situação: alguns não a consideram um problema médico, logo não resolúvel por soluções médicas. Para além destas, outras razões têm sido relatadas pelos profissionais de saúde para não questionarem sobre o abuso: o medo de ofender, demonstrando desconforto face a temas culturalmente vistos como privados; a tirania do tempo, ou o sentimento de incapacidade (Koss *et al.*, 2001; Sugg *et al.*, 1992). Warshaw (1993) e Koss *et al.* (2001) acrescentam também o facto de alguns médicos não se sentirem familiarizados com a temática e de não terem uma resposta para prescrever. Outros profissionais revelaram sentir-se desconfortáveis em questionar sobre o abuso ou consideravam essa tarefa uma invasão de privacidade.

Relativamente ao papel do profissional de saúde, (McClure, 1996; Silva, Gomes, Oliveira e Souza, (2011);), sistematizam-no nas três áreas de intervenção: a intervenção

primária secundária e terciária, ou seja, desenvolvendo ações de prevenção, promovendo a articulação com os recursos de referência da comunidade, assim como, ações de formação/educação, identificando precocemente o problema de saúde e intervindo adequadamente, planejando as estratégias adaptativas de reabilitação e inserção. Por exemplo, para uma mulher que vive num relacionamento violento, a escolha de deixar a relação é dela. A ruptura do relacionamento, muitas vezes, coloca a mulher em maior risco de vitimização e, até mesmo, de homicídio.

Tendo por referência o modelo ecológico da saúde e, em particular, a ecologia dos cuidados, o profissional da saúde tem como pressupostos da sua ação, as três áreas de intervenção, primária secundária e terciária. Subjacente a uma intervenção nos três níveis de cuidados, está uma visão holística da pessoa como ser individualizado e, por consequência, no âmbito da violência à mulher, perpetrada pelo homem nas relações de intimidade, a integração das várias formas de violência.

Num estudo realizado por Gomes, Silva, Oliveira, Acosta e Amarijo, (2015) com uma amostra constituída por enfermeiros, no qual visaram perceber as representações destes profissionais no que se refere à violência conjugal contra a mulher, os resultados demonstraram que os participantes incluem nas suas representações, para além da violência física, outras formas de violência como sejam, a psicológica, patrimonial, sexual e moral, cujas representações foram evidenciadas pela presença concomitante dos termos "agressão", "agressão física", "ameaças", "humilhação", "intimidação", "insulto", "chutando", "jogando objetos", e/ou "sexo forçado com os seus parceiros".

Uma ação/atividade que os profissionais de saúde devem executar ao nível as intervenções secundária e terciária de cuidados é o encaminhamento.

O conhecimento da maioria dos profissionais de saúde sobre os recursos formais existentes na comunidade é vago, o que contrasta com a importância de prestar informação e apoio às mulheres vítimas, valorizados pelos profissionais nos seus discursos. O encaminhamento das mulheres para estes recursos, num estudo realizado por (Calvinho, 2007), foi sobretudo assegurado pela assistente social dos serviços.

Nesse mesmo estudo, a autora constata que quer os médicos, quer os enfermeiros tinham fortes crenças que a violência conjugal tem um padrão comportamental que poderia ser alterado, contudo, os enfermeiros mostraram estar preparados para ser mais pró- ativos do que os médicos na gestão destas vítimas.

A violência contra mulheres perpetrada por parceiros masculinos e ex parceiros é um importante problema de saúde pública a nível mundial, resultando em lesões e a curto e longo prazo problemas gerais para a saúde pelo que a resposta dos serviços de saúde à VC é uma prioridade internacional (Arcas, e Garcia-Moreno, 2003; Johnston, 2006; Velzeboer, Ellsberg, Ramsay, Richardson, Carter, Davidson e Feder, 2002; Weingourt, Maruyama, Sawada, e Yoshino, 2001).

O Modelo Ecológico de Promoção da Saúde é também útil para estudar a violência conjugal já que, numa perspetiva de promoção da saúde, o modelo é baseado em pressupostos de que o comportamento é influenciado por cinco fatores: intrapessoal, interpessoal, institucional, comunitário e políticas públicas, ao mesmo tempo que suporta a dimensão holística das intervenções de enfermagem que têm o potencial para ser implementadas em cada nível (Woodtli, 2001).

Segundo Afonso (2010), o modelo ecológico analisa os fatores associados à violência na intimidade, dividindo-os em quatro esferas: a esfera individual, onde estão presentes os agentes biológicos e da história pessoal do indivíduo, onde se destacam as características pessoais e demográficas, como por exemplo o género, idade, salário e o nível educacional, as perturbações psíquicas ou da personalidade, os antecedentes de comportamentos agressivos ou de autodesvalorização e o abuso e/ou dependência de substâncias (Casique e Furegato, 2006).

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

Vários estudos internacionais sugerem que existe uma elevada probabilidade da mulher agredida recorrer aos serviços de saúde, dirigindo-se predominantemente aos serviços de urgência/emergência. (Stark, 2001). Uma evidência dos estudos é, porém, inquietante: uma percentagem muito significativa das vítimas de maus tratos conjugais adota uma postura de não revelação da violência experimentada. Por exemplo, em Portugal, daquelas que recorreram aos hospitais, 30% não revelaram ao médico a violência como motivo da consulta (Lisboa *et al.*, 2003).

A prática clínica dos profissionais de saúde para com as vítimas de violência conjugal, de acordo com vários autores deverá ser versátil para poder ser abrangente. Esta problemática de saúde é bastante complexa já que um número indeterminado de variáveis interagem potencialmente de forma imprevisível, o que faz com seja difícil existir um algoritmo estanque de intervenção. Essa intervenção para poder dar resposta às necessidades da pessoa deverá olhar a pessoa como um todo já que neste caso em particular aplica-se de forma particular o conceito de saúde da OMS em que a saúde não é tão só a ausência de doença, mas sim, um completo estado de bem - estar.

Os enfermeiros participantes do estudo Woodtli (2001), confirmam o pragmatismo do conceito de intervenção total, que pressupõe olhar a vítima como um todo, com o foco de intervenção ao nível das necessidades humanas básicas. Nesse estudo, os participantes elegeram como atendimento prioritário fornecer ajuda/apoio (conforto emocional) e garantir segurança, seguindo-se a disponibilização de informações sobre os recursos da comunidade. Os resultados indicam que os/as enfermeiros/as devem ter atitudes de carinho e compreensão para com as vítimas de violência por parceiro íntimo, independentemente da fase do ciclo de violência que esteja a viver.

Os resultados desse estudo apontam para a importância dos enfermeiros refletirem na sua prática o conhecimento de que as vítimas pertencem a todos/as os grupos socioeconómicos, culturas e etnias e enfatizam ainda a necessidade das interações dos enfermeiros serem isentas de estereótipos, demonstrarem atitudes de respeito pela situação problema da mulher vítima, e assegurarem a esta o direito de decidir (e.g. aceitar ajuda; fazer a denúncia...).

Os participantes no estudo, definiram também como resultados esperados da sua intervenção, que a mulher adquirisse poder para se autodefender e, simultaneamente, ajudar outras mulheres a defenderem-se de relacionamentos violentos. Os profissionais envolvidos no estudo, demonstraram ainda que evitam o envolvimento com os processos legais para preservarem a relação terapêutica e o suporte à mulher. Os princípios e obrigações ético-deontológicas das profissões de saúde não permitem a muitos destes profissionais tomar a decisão da denúncia às autoridades competentes à revelia da mulher. A este nível, os profissionais consideram que o custo-benefício para a vítima terá que ser decidido pela própria, pelo que o seu papel deve ser o de a ajudar a tomar a decisão. Estes profissionais privilegiam a intervenção em saúde que está vocacionada para o bem-estar global e para o restabelecimento do equilíbrio.

A violência contra a mulher nas relações conjugais é um desrespeito pelos direitos humanos e um fator de risco para a saúde. A investigação sobre o fenómeno tem revelado como incontornável o impacto negativo e duradouro sobre a saúde da mulher, pela morbilidade e mortalidade que dele decorre e pelos riscos que representa para os filhos, no presente e no futuro. O sector da saúde tem por isso responsabilidade na prevenção e intervenção neste fenómeno declarado problema de saúde pública pela OMS desde 1996.

É comum os profissionais reconhecerem insuficiente a sua intervenção face à mulher em situação de violência conjugal, por se tratar de um fenómeno psicossocial e multidimensional que prejudica a saúde global da mulher. As limitações profissionais com realce para a falta de tempo e de recursos de saúde, são as justificações que predominam para a incapacidade de intervir.

A propósito das limitações profissionais, Calvinho (2007) aferiu no seu estudo a dimensão da resposta dos profissionais de saúde à problemática da violência à mulher nas relações de intimidade, através da avaliação da capacidade instalada dos serviços, ao nível dos recursos humanos, físicos e materiais, tendo verificado um défice na disponibilidade de tempo pela inadequação do *ratio* profissional/utente, limitações de recursos humanos e das condições de trabalho que parecem reforçar a abordagem biomédica da situação já que uma intervenção holística devido à complexidade da situação da vítima requer tempo e disponibilidade para estabelecer com a mulher uma relação de ajuda favorável à tomada de decisão para resolver a situação. Ao nível dos cuidados de saúde comunitários, a falta de condições de privacidade no atendimento, não foi promotora da intervenção individualizada, segura e catalisadora da necessária e indispensável relação de confiança entre o profissional e a mulher vítima de violência conjugal.

Em consonância com os resultados do estudo acima referido, que enfatiza a escassez de algumas condições que comprometem as boas práticas na resposta à mulher vítima de violência conjugal, outros estudos mostram que, embora as mulheres procurem os serviços de saúde, públicos ou privados, os profissionais de saúde não percebem os sinais e sintomas característicos de violência conjugal. Parece que existe dificuldade em estabelecer relação entre as lesões físicas, pelas quais as mulheres recorrem aos serviços de saúde e o contexto no qual foram produzidas, o que explica em parte, a subnotificação desses casos (Diniz *et al.*, 2013).

Urgem respostas adequadas dos profissionais e das equipas de saúde assentes num trabalho interdisciplinar, pois são estes profissionais os que estão na primeira linha de atendimento e em sistemática interação com as mulheres e as famílias. Estes profissionais devem trabalhar em rede, de forma articulada para que na intervenção às mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo, o profissional não revitimiza a mulher (Calvinho, 2013).

Vários autores (Calvinho, 2013; Diniz *et al.*, 2007; O'Campo *et al.*, 2011; Wade, 2009; Wallach e Sela, 2008; Zolotor, Denham e Weil, 2009;) nos estudos realizados, têm procurado definir as intervenções dos profissionais de saúde, independentemente do contexto de cuidados de saúde, Hospital ou Cuidados na comunidade e, na generalidade, têm constatado que essas intervenções favorecem a tomada de decisão da mulher vítima e a readaptação da família e seguem um padrão: Questionar, Apoiar, Aconselhar, Encaminhar.

Na prática clínica com as mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo, os cuidados prestados enquadram-se no modelo ecológico já que procuram validar as causas multifatoriais para as consequências visíveis e/ou percecionadas e no modelo holístico de cuidados porque não se limitam ao tratamento das lesões físicas, mas incidem no todo, com foco nas atividades de apoio e de empoderamento para a autonomia.

Individualizando as atividades a desenvolver na sua prática clínica e as respetivas habilidades, o profissional de saúde deverá Encorajar a vítima elucidando-a dos recursos que dispõe; Favorecer a vítima mobilizando e maximizando a prática dos mecanismos de defesa; Potenciar Recursos Internos da vítima ativando na mulher capacidades que ela já detém, mas que pela sua fragilidade atual, não consegue mobilizar; Partilhar informação intra e inter-equipa; Envolver a família procurando estabelecer compromissos através da realização do contrato terapêutico; Criar relação de confiança fundada na atitude empática, no respeito, na escuta ativa e na garantia da privacidade para favorecer a expressão de necessidades por parte da pessoa vítima e promover a relação terapêutica assumindo a aceitação da pessoa como ela é e valorizando as suas queixas; Garantir condições de segurança implementando medidas de proteção; Assegurar a confidencialidade e o sigilo no cumprimento dos princípios ético-deontológicos das profissões da saúde; Usar a confrontação através da capacidade de questionar a mulher caso tenha suspeitas e a mulher não verbalize.

As estratégias relacionadas com a relação profissional-utente preconizadas nas profissões da saúde devem ser asseguradas na relação entre o profissional de saúde e a vítima de violência praticada pelo parceiro nas relações de intimidade, quer em contexto de cuidados hospitalares, quer em contexto de cuidados na comunidade, baseada no respeito pela sua autonomia pelo direito à autodeterminação.

Observando o conjunto dos cuidados a prestar à mulher vítima de violência conjugal acima descritos, podemos verificar que incluem para além do planeamento das ações, as etapas da avaliação e do encaminhamento pelo que importa uniformizar práticas. A oferta de formação sobre o abuso e a violência doméstica é um primeiro passo em direção a uma mudança na prática de enfermagem procurando um padrão de procedimentos apropriados a cada pessoa e a cada situação. (Natan e Rais, 2010).

Natan e Rais (2010) desenvolveram uma investigação com enfermeiros em Israel, com a qual procuraram aferir a existência de uma relação entre os conhecimentos que os enfermeiros detinham sobre a violência conjugal/nas relações de intimidade e a prática de triagem dos casos no exercício profissional. Uma correlação positiva foi encontrada entre o conhecimento que os enfermeiros tinham sobre o tema e as rotinas de triagem das mulheres para o abuso, ou seja, os enfermeiros com mais conhecimentos, demonstraram estar mais bem preparados para compreender o significado da identificação do abuso nas mulheres para a oferta de cuidados eficazes na prática. Estes resultados são consistentes com aqueles obtidos por Schoening, Greenwood, McNichols, Heermann e Agrawa (2004) e por Cho, Cha e Yoo (2015).

Na opinião de Smith *et al.* (2008), muitas mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo procuram os serviços de urgência para o tratamento das lesões físicas e, os profissionais desses serviços, têm, para além da responsabilidade clínica, a responsabilidade profissional e legal para relatar o incidente. Nesse propósito, Yonaka *et al.* (2007) reconhecendo que os profissionais de enfermagem são os primeiros a estabelecer e a manter uma relação de ajuda com as mulheres vítimas e as suas famílias, defendem que esses profissionais devem ter a consciência, o conhecimento e as habilidades de atendimento para identificar os casos de violência fornecer adequados serviços clínicos de enfermagem e encaminhar para os serviços de apoio.

Os resultados conseguidos por Cho *et al.* (2015), indicam que as razões porque os profissionais de saúde com a obrigação de denunciar a ocorrência de violência perpetrada por parceiro íntimo contra as mulheres, não o façam, são a não confiança ou a falta de provas suficientes do abuso, a falta de conhecimento sobre o procedimento de

notificação e a recusa em serem envolvidos numa questão pessoal ou familiar. Este resultado é semelhante ao que sugeriu Smith *et al.* (2008) ao designar a proteção de informações pessoais e a privacidade como o principal obstáculo para avaliar a violência doméstica por parceiro íntimo contra a mulher.

Dos profissionais de saúde, os enfermeiros, por terem mais tempo de contacto e maior proximidade com as vítimas, desempenham um papel importante na interrupção do ciclo de abuso e violência. Para um desempenho holístico e adequado às boas práticas, estes profissionais devem abstrair-se de preconceitos para com a vítima e ter uma formação apropriada (Smith, *et al.*, 2008; Yonaka, *et al.*, 2007).

As crenças culturais que condicionam as atitudes dos enfermeiros nos cuidados à mulher agredida pelo homem na relação de intimidade (Chung *et al.*, 1996; Woodtli, 2001); as perceções pessoais dos profissionais em relação ao abuso por parceiro íntimo (Häggbloom, 2006), e a preparação inadequada quer teórica, quer prática (Gutmanis *et al.*, 2007), são fatores importantes que influenciam as interações e as intervenções do enfermeiro com as mulheres vítimas de violência nas relações conjugais e respetiva família.

Alguns estudos têm mostrado que os profissionais de enfermagem devem identificar as necessidades das utentes, valorizar a gravidade da violência por parceiro íntimo, e aumentar conhecimento sobre os recursos locais. A maioria das mulheres confia no seu prestador de cuidados de saúde nos seus problemas associados ao diagnóstico de vítima de violência doméstica somente quando é estabelecida uma relação de confiança que lhe permita reconhecer as competências do cuidador para lhe assegurar apoio e aconselhamento. Os profissionais de saúde devem ter consciência das intervenções de ajuda e ter atitudes promotoras da relação terapêutica (Bennett, Williams, 2006; Moracco *et al.*, 2005).

Uma revisão de 44 estudos demonstrou que os enfermeiros não têm conhecimento adequado ou habilidades terapêuticas para trabalhar com as mulheres vítimas de violência doméstica praticada por parceiro íntimo em relação à identificação do problema, à implementação de estratégias de ajuda e/ou outras práticas de atendimento e à gestão do percurso clínico das vítimas (encaminhamento) (DeBoer, Kothari, Koestner e Rohs, 2013; Olive, 2007).

Não obstante a escassez de estudos de investigação dirigidos às intervenções clínicas e de apoio, a assistência de enfermagem a doentes em ambientes de cuidados de saúde agudos de emergência e que sofreram violência doméstica deve concentrar-se em

três domínios: suporte físico (execução dos cuidados), psicológico (Melhorar a segurança da doente e da sua família) e emocional (Promover a auto-eficácia) (DeBoer *et al.*, 2013; Moracco *et.al.*, 2005; Olive, 2007).

O hospital tem como missão assegurar a prestação de cuidados de saúde diferenciados. Atende mulheres agredidas pelo cônjuge em situação de urgência hospitalar, no âmbito de consultas de especialidade (Psiquiatria, Obstetrícia/Ginecologia, Pediatria...) e nos serviços de internamento cirúrgico (Cirurgia Geral, Ortopedia,...) e de Psiquiatria. Nas consultas de psiquiatria, quando a mulher manifesta desequilíbrios da saúde mental que podem ser consequência de violência conjugal e que requerem tratamento diferenciado. Nas consultas de obstetrícia e de ginecologia, cujos profissionais são chamados a intervir nas consequências biopsicossociais da violência e em fases importantes da vida das mulheres como a gravidez e o nascimento e noutras situações patológicas inerentes à saúde reprodutiva e sexual. Também no âmbito da pediatria, pelo acompanhamento dos filhos.

Nestes serviços de saúde os profissionais devem estar habilitados a reconhecer sinais de maus-tratos e a deter informação adequada de forma a encaminharem a mulher para que numa perspetiva interdisciplinar ela encontre suporte, informação e segurança. Nesta importante relação é fundamental que os profissionais tenham consciência das suas crenças como aspeto dificultador para a abordagem de determinadas situações que possam confrontá-los com emoções, com sofrimento e também com pré-conceitos, como no caso da violência conjugal (Calvinho, 2013).

Os serviços de urgência constituem-se como um dos serviços de saúde mais procurados pelas mulheres após um episódio de violência conjugal, principalmente na sua expressão física. O atendimento nesses serviços, no entanto, limita-se ao cuidado imediato das lesões, sendo necessário o encaminhamento, como por exemplo para as casas abrigo e, pelo menos, o atendimento por um psicólogo ou psiquiatra, antes da alta do serviço de urgência.

É importante que se estabeleça, entre os profissionais de saúde e as mulheres vítimas de violência na relação conjugal por eles assistidas, uma relação de confiança que possibilite a identificação, o acolhimento e o encaminhamento desses casos, visto que os serviços de saúde, por si só, não têm respostas para a complexidade do fenómeno da violência (Diniz *et al.*, 2013). Os profissionais de saúde devem ser capazes de acolher sem juízos de valor e de saber ouvir e capacitar as mulheres (Ramos, 2004; Calvinho, 2007).

Segundo Lasch, Sonntag, Maschewsky-Schneider (2010), o aumento do conhecimento científico sobre o fenômeno social da violência conjugal não tem correspondido a um aumento nas respostas ao problema.

Sendo a origem deste problema multifatorial, o desafio está na integração dos diversos fatores socioculturais no atendimento efetuado pelo setor da saúde a essas mesmas vítimas e na sua avaliação familiar ecossistêmica (Figueiredo, 2009).

Estudos mostram que, embora as mulheres procurem os serviços de saúde, públicos ou privados, os profissionais de saúde têm dificuldade em perceber os sinais e sintomas característicos de violência conjugal; mesmo quando são identificados, não são contemplados nos relatórios clínicos, ou seja, são ignorados como uma questão de saúde (Bispo *et al.*, 2002).

Na interação com os profissionais clínicos da saúde, as mulheres vítimas de violência conjugal têm comportamentos de ocultação pela vergonha da situação e pelo medo do agressor. A censura, a desvalorização da situação pelos profissionais e uma intervenção em saúde centrada no modelo biomédico causam insatisfação às mulheres e, por vezes, só são encaminhadas por profissionais de saúde em consequência de situações de saúde graves relacionadas com as agressões, nomeadamente espancamento violento e tentativa de suicídio (Calvinho, 2007, p. 37).

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

Vários estudos incluídos numa revisão da literatura realizada por O' Campo *et al.* (2011) evidenciaram diversos aspetos facilitadores do diagnóstico e intervenção dos profissionais de saúde junto da mulher vítima de violência nas relações de intimidade: a necessidade de formação inicial e contínua dos profissionais; o suporte institucional para criação de programas de intervenção e parcerias com a comunidade; a implementação de protocolos orientadores da intervenção; a existência de serviços adequados ao encaminhamento tanto na instituição como na comunidade, como por exemplo departamentos de saúde mental ou casas-abrigo, que possam permitir aos

profissionais encaminhar a mulher e assegurar a melhoria do seu bem-estar. Os mesmos autores identificaram também alguns obstáculos para a realização dos diagnósticos, assim como, para o planejamento e implementação das intervenções. Essas barreiras relacionavam-se sobretudo com a falta de formação e dificuldades em desenvolver intervenções eficazes. Ressaltaram também outros obstáculos, como a falta de tempo e a ocultação por parte da utente por medo das consequências.

Numa comunidade, a doença é, primariamente, um fenómeno ecológico. A saúde resulta de um equilíbrio biológico, fisiológico, e psicológico entre os indivíduos e entre estes e o meio.

Parece-nos assim, que a Ecologia Humana é um caminho para a compreensão da globalidade desse encontro bio-psico-humano e uma via para aí intervirmos.

A violência contra as mulheres por parceiro íntimo, definida como qualquer ato, em relações com parceiros, que provoque ou possa vir a resultar em dano físico, sexual ou psicológico ou sofrimento para as mulheres (por exemplo, ameaças de violência, coerção, privação de liberdade) (ONU, 1993), tem sido reconhecida como um problema de saúde pública a nível mundial.

Como anteriormente já foi referido por alguns autores, uma base teórica para compreender a violência perpetrada pelos homens contra as mulheres nas relações de intimidade, é o Modelo Ecológico. Casique, Furegato (2006) reforçam a adequação deste modelo à análise da violência sofrida pela mulher por parte do seu companheiro íntimo já que explica a estreita relação entre o indivíduo e o contexto envolvente. Concluiu-se que é importante analisar os fatores que influem no comportamento das pessoas frente à violência para se estabelecer mudança de atitudes e de comportamentos e delinear programas de ajuda.

A multideterminação da VC e, em particular, da violência de género, inclui aspetos biológicos e ambientais. Nestes aspetos ambientais dever-se-á envolver o espaço físico (que está ligado às questões da propriedade, p. ex. a casa e tudo o que está contido nela), as relações interpessoais que incorporam o desempenho de papéis e de atividade, a criação e manutenção de regras, existindo também uma seletividade em relação ao relato dos acontecimentos ocorridos naquele contexto.

Também conhecida como a Teoria da Ecologia Humana, a teoria dos sistemas ecológicos que concetualiza o Modelo Ecológico, afirma que o desenvolvimento/comportamento humano é influenciado pelos diferentes tipos de

sistemas ambientais. Esses sistemas incluem o microsistema, o mesossistema, o exossistema, o macrossistema, e o cronossistema (Bronfenbrenner, 1979).

O microsistema é o ambiente em que as interações sociais são diretas, integrando a família, amigos, colegas, professores, vizinhos e outros que têm um contato direto com a pessoa. Ao nível do microsistema, a pessoa nos processos de socialização, não só é recetora das experiências das outras pessoas como contribui para a construção do ambiente envolvente.

O mesossistema envolve as relações entre os vários microsistemas na vida da pessoa. O exossistema é o ambiente em que há uma ligação entre o contexto em que a pessoa não tem qualquer papel ativo, e o contexto em que participa ativamente. O macrossistema configura os contextos culturais que envolvem a condição socioeconômica da pessoa e / ou sua família, assim como, a sua etnia ou raça.

O cronossistema inclui as transições e mudanças que as pessoas fazem ao longo da sua vida e que pode envolver os contextos sócio históricos, os quais podem influenciar uma pessoa.

Diante da complexidade e extensão da violência no âmbito conjugal, há uma preocupação dos investigadores para articular violência e saúde. Tais estudos evidenciam que, embora as mulheres procurem mais os profissionais de saúde e, em especial, os que atuam nos serviços de emergência, devido às lesões físicas, nem todos estabelecem a relação entre as lesões, pelas quais as mulheres recorrem aos serviços de saúde e o contexto violento, no qual foram produzidas, o que explica, em parte, a subnotificação desses casos (Bispo *et al.*, 2002).

Segundo os mesmos autores, os resultados do estudo que realizaram, deixaram claro que a assistência prestada à mulher em situação de VC é representada pelo cuidar da lesão, compreendendo a noção de que corpo e mente são entidades distintas. Sendo fundamental nos serviços de urgência/emergência, o foco das intervenções imediatas, ser ao nível das lesões e traumas, o atendimento a essas mulheres para que tenha êxito, deve ser articulado com outros serviços que, atualmente, constituem as redes de atendimento à mulher em situação de violência. Desta forma, torna-se evidente a necessidade de fazer os respetivos encaminhamentos.

Segundo Shipway (2004), dado que as circunstâncias são suscetíveis de ser específicas para o utente vítima de VC é importante reconhecer o valor do contexto para fazer uma avaliação do risco. (O'Rourke *et al.*, 2001:210, como referido em Shipway, 2004)

Manita *et al.* (2009), reconhecendo a importância do contexto de cuidados na intervenção às vítimas de VC enfatiza a fase do acolhimento, na qual, segundo os autores, os espaços físicos onde a vítima é acolhida e atendida e os comportamentos dos profissionais que as acolhem são de extrema importância. Afirmam os autores que “a vítima deve ser atendida em espaços acolhedores, com boa luminosidade, confortáveis, personalizados, tranquilos, com um bom isolamento de som e garantia de privacidade” (Manita *et al.*, 2009, p. 52).

Ainda, na opinião dos autores citados, devem ser evitados espaços onde se encontrem ou circulem outras pessoas, na garantia da tranquilidade e confidencialidade, pilares de uma relação de confiança indispensável à intervenção, assim como, deve evitar-se o tempo de espera nas salas para o efeito, por forma a prevenir-se o constrangimento pelos olhares de terceiros, particularmente se a vítima apresenta sinais evidentes das agressões.

Segundo Manita *et al.* (2009), muitas vítimas de VC não são capazes de revelar espontaneamente a situação de violência. Se a vítima tenta ocultar a origem das lesões que apresenta e o profissional de saúde suspeita da existência de violência, este deve orientar a sua entrevista para a obtenção de dados que o confirmem, ou para a obtenção de uma revelação/denúncia por parte da mulher.

Neste âmbito, os autores reforçam a pertinência de um contexto de cuidados promotores da relação de confiança, indiscutivelmente facilitadora da revelação dos factos pela vítima. Assim, referem, “.....não deve nunca avançar com esta suspeita à frente de quem acompanha, porque essa pessoa pode ser o agressor. Pode ser útil obter a colaboração de algum familiar ou amigo que tenha acompanhado a vítima à consulta, mas só o deve fazer depois de confirmar que isso será positivo para a vítima e que ela o aceita”.

Os autores, para a abordagem ao contexto da intervenção utilizaram as perspetivas ecológica e sistémica. Segundo eles, a abordagem sistémica é uma perspetiva biológica baseada sobre a prática, que incentiva a trabalhar em diferentes níveis da sociedade, o indivíduo, o sistema que envolve os indivíduos e os sistemas mais amplos, que formam um contexto, os sistemas de nível inferior. A abordagem ecológica olha para o indivíduo, a família, a comunidade e a sociedade como um todo, procurando eliminar as barreiras (pessoais, institucionais, de linguagem, do contexto) à comunicação.

Os estudos mostram que as mulheres em situação de violência conjugal procuram os profissionais de saúde, em especial os que atuam nos serviços de emergência, antes de qualquer outro. Assim, o espaço hospitalar torna-se privilegiado para a identificação da violência conjugal expressa sob a forma física. No entanto, os estudos também revelam que os profissionais de saúde, apesar de perceberem a situação de violência, não acolhem a mulher violentada, centrando-se no tratamento da lesão.

Tais representações impedem que os profissionais considerem a violência como uma questão de saúde abrangente, visto que o atendimento volta-se apenas para as questões patológicas. Essa situação, que é determinada pela formação profissional e pelas questões de gênero, torna as práticas dos profissionais de saúde limitadas, direcionadas para os aspectos da patologia e das lesões físicas, sem que se estabeleça uma relação entre elas e a situação de violência conjugal.

Ao diagnosticar um caso de violência conjugal, é importante que o profissional de saúde leve a mulher a perceber a situação de violência em que vive. É necessário que seja tolerante, não faça juízos de valor e não imponha o que considera ser "a conduta certa", pois, embora esta mulher esteja em condição de vulnerabilidade, cabe exclusivamente a ela decidir o que fazer. O profissional deve acolhê-la e encaminhá-la. Nesse contexto, para o atendimento global à mulher em situação de violência conjugal é imprescindível o trabalho em rede, envolvendo parcerias.

Segundo Taylor (2006), as teorias sociológicas da violência contra a mulher nas relações de intimidade, supõem que os homens se comportam violentamente em relacionamentos como uma resposta à pressão de fatores ambientais. Essas influências incluem o desemprego e a estrutura de classe, por exemplo. A dominação masculina é a base para qualquer teoria realista da violência, mas a experiência sugere que um único fator explicativo, é inadequado.

Nesse sentido, Heise e Garcia-Moreno (2002), propõem a utilização de um quadro integrado ecológico para a abordagem da violência contra a mulher, que integre a resposta do sistema de saúde, a resposta judicial e penal, a resposta social e /ou os contributos da psicologia, sociologia, criminologia e da sociedade civil num exercício de cidadania dos seus agentes e atores.

Segundo os mesmos autores, uma abordagem ecológica para concetualizar a etiologia da violência baseada no gênero como um fenómeno multifacetado, fundamentada em uma interação entre fatores pessoais, situacionais, circunstanciais e socioculturais, impõe-se.

O Modelo Ecológico para compreender a violência contra as mulheres descrito por Heise (2011), postula que não há um único fator como causa da violência por parceiro íntimo, mas sim uma multiplicidade de fatores que interagem em diferentes níveis da ecologia social e aponta três conjuntos de fatores explicativos para a violência conjugal contra a mulher: fatores individuais, relacionais / situacionais, e socioculturais.

O círculo mais interno representa os fatores de história pessoal que cada indivíduo traz para o seu comportamento e para os seus relacionamentos. O próximo círculo, o microsistema, representa o contexto imediato em que o abuso ocorre, frequentemente a família ou outros relacionamentos íntimos ou conhecidos. Refere-se às interações em que uma pessoa se envolve diretamente com os outros, bem como aos significados atribuídos a essas subjetivas interações. Para o homem violento, o microcosmo mais saliente é a família, geralmente o local e o contexto para os episódios de abuso.

O terceiro nível, o exossistema, abrange as instituições e estruturas sociais, formais e informais, que incorporam o microsistema, o mundo do trabalho, bairro, sociais, redes e grupos de identidade e, finalmente, o macrosistema representa os pontos de vista e atitudes que permeiam a cultura em geral. Refere-se ao amplo conjunto de valores culturais e crenças que permeiam e informam os outros três níveis da ecologia social (humana). Fatores do macrosistema operam através da sua influência sobre os fatores e estruturas mais abaixo no sistema. Por exemplo, a supremacia masculina (modelo da família patriarcal), como um fator de nível macro, provavelmente influencia a organização do poder em instituições comunitárias, bem como, a distribuição do poder de decisão nos relacionamentos íntimos. Por exemplo, o discurso feminista sobre a violência contra as mulheres, fundou-se em fatores do macrosistema, como a hegemonia masculina e o modelo patriarcal da família. Além disso, vários teóricos enfatizam a importância do mesossistema, uma camada adicional que representa a interação entre vários aspectos do ambiente social da pessoa.

O mesossistema inclui as ligações entre a família de um indivíduo e outro âmbito de envolvimento, como o local de trabalho, família extensa, ou rede de pares. Inclui também as ligações com as instituições sociais, tais como a polícia, os serviços sociais e os serviços de saúde.

De acordo com o quadro ecológico apresentado, o autor descreve os fatores associados à violência contra a mulher nos diferentes níveis:

- História Pessoal

- Testemunhar violência conjugal quando criança
- Ter sido abusado quando criança
- Pai ausente ou ter sido rejeitado pelo Pai

- **Microsistema**

- A dominação masculina na família
- Controlo por parte do homem dos rendimentos da família
- Abuso de álcool
- Conflitos conjugais verbais

- **Exossistema**

- Baixo *status* sócio-económico / desemprego
- O isolamento da mulher e da família
- Delinquência em associação de pares

- **Macrossistema**

- Masculinidade ligada à agressão e dominância
- Rígidos papéis de género
- O sentido de propriedade do homem sobre as mulheres
- A aceitação da violência interpessoal
- A aceitação do castigo físico

Procurando identificar os fatores de risco que podem distinguir de forma confiável as vítimas ou perpetradores de violência, os investigadores identificam um outro grupo de fatores que definem como fatores ontogénicos e que caracterizam como integrando os recursos da experiência ou da personalidade que moldam a resposta aos stressores do microsistema e exossistema (Hotaling e Sugarman, 1986; Sedlak, 1988 como referido em Heise,1998).

A VC é reconhecida, na sua origem e repercussões como um fenómeno sociocultural. Admiti-la também, como uma questão da saúde, não é algo fácil e a

precedência histórica da sua abordagem pelas ciências humanas e sociais reforça esse ponto de vista.

De facto, é cronologicamente mais tardia a conceção da violência como objeto do campo da saúde, em particular, da violência contra as mulheres, a qual é frequentemente apontada como estranha aos desígnios da atuação profissional, não obstante serem os danos físicos ou mentais consequentes à violência, reconhecidos pelos profissionais, como do âmbito das suas competências.

A abordagem biomédica à pessoa vítima de violência exercida pelo homem contra a mulher nas relações de intimidade, em que os danos físicos e mentais são observados individualmente, separando-se a causa dos seus efeitos, impede a perspetiva integral da saúde.

Arruda (2002) corrobora a ideia de que os profissionais de saúde têm um papel fundamental, envolvendo Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Ação Social e outros, derivando a sua importância do facto de estarem muito próximos das necessidades globais de saúde das famílias, já que, numa consulta, se focam aspetos da vida pessoal, que vão dos hábitos alimentares, higiénicos, sexuais, até àqueles que, de um modo geral, se relacionam com o bem-estar das pessoas.

Considerando-se que a experiência de violência conjugal desencadeia problemas de saúde, e que o setor da saúde é considerado, cada vez mais, um espaço estratégico para a intervenção multidisciplinar e multifatorial com as vítimas, Gomes *et al.* (2013), realizaram uma investigação, cujo principal objetivo foi analisar o processo de identificação da VC por profissionais de saúde que atuam no âmbito da saúde familiar.

Nesse estudo, os autores referem que a VC constitui-se num problema de saúde pública devido ao seu impacto sobre a qualidade de vida e, mostraram que a violência nas relações conjugais tem sido identificada no âmbito dos cuidados de saúde primários (saúde familiar), embora haja dificuldades em reconhecê-la, por parte dos profissionais de saúde, sobretudo quando a sua capacidade de reconhecimento é restrita à agressão física. A pesquisa realizada demonstrou, que os médicos são profissionais que não percebem a violência de género como um problema de saúde.

Ainda segundo Gomes *et al.* (2013), a perceção da violência fica frequentemente restrita à agressão física. Consideram os autores que os profissionais de saúde devem estar preparados para que a vítima, quando confrontada com as lesões visíveis, ofereça uma sucessão de desculpas tais como “ queda nas escadas”, e para a identificação de todos os sinais e sintomas que podem sustentar a hipótese de existência de violência

conjugal, nomeadamente, alterações emocionais e do comportamento, angústia, ansiedade, depressão e medo, manifestações fóbicas, sinais de autonegligência e/ou automutilação.

Os autores apontam a necessidade das Organizações de Saúde terem uma cultura institucional de respeito pelos utentes, respeitando as vítimas quando têm vergonha da situação que vivem, garantindo a privacidade e a confidencialidade à vítima, ter uma atitude de não-julgamento e de apoio (a atitude solidária e sem juízos de valor pode fazer com que as mulheres se sintam apoiadas e seguras o suficiente para falar sobre as suas experiências).

Outra dificuldade com que os profissionais de saúde se confrontam é a questão da denúncia ou queixa-crime por força das consequências deste ser, em Portugal, um crime-público, quando a vítima revelou a situação ao profissional que a atendeu, mas não quer avançar com um processo judicial.

Encontrar um equilíbrio (sempre precário) entre a proteção da vítima e a garantia da sua segurança, entre o sigilo profissional e as obrigações legais de denúncia, nem sempre é fácil. O ideal será persuadir a vítima a apresentar ela a queixa.

No âmbito da operacionalização/prestação dos cuidados e da exequibilidade das estratégias múltiplas de apoio a oferecer às vítimas de violência conjugal/nas relações de intimidade que foram elencados/as ao longo deste capítulo, a perspetiva da ecologia dos cuidados de saúde, é de que os cuidados sejam executados num ambiente complexo, ético, cultural e político, onde alguns dos componentes fundamentais desse ambiente, integram questões éticas e legais, a diversidade social e cultural dos doentes, assim como os princípios de financiamento dos cuidados de saúde.

As intervenções à mulher vítima de violência conjugal, executadas pelos profissionais de saúde, em particular, pelos profissionais de enfermagem são suportadas pela convicção de que cabe à mulher assumir a iniciativa de fazer a denúncia, e na conceção de que a pessoa, como autónoma, é capaz de tomar as suas decisões, sendo esta autossuficiência uma das primeiras competências que devem ser desenvolvidas pelas utentes, segundo Ornelas e Moniz (2007).

Em concordância com o estudo de Natan e Rais (2010), realizado com enfermeiros, estes profissionais consideram que as mulheres não gostam de ser questionadas acerca da situação de violência, o que pode funcionar na prática clínica destes profissionais como uma justificação para as mulheres não revelarem as causas das lesões observadas.

Por outro lado, o estudo revelou igualmente que os enfermeiros concebem a VC como um assunto do foro privado, e que os próprios reconhecem não estar preparados quer a nível dos conhecimentos, quer ao nível das competências para fazer a triagem inicial às mulheres, que pode levar à revelação da situação violenta e à posterior avaliação de risco.

Se por um lado parece haver condicionalismos das práticas destes enfermeiros relacionados com a sua falta de conhecimentos e competências no âmbito da VC, a atuação dos enfermeiros ao centrar-se mais nos domínios da capacitação cognitiva e no desenvolvimento de competências da vítima, poderão permitir uma vivência dos seus processos de mudança de forma saudável e mais autónoma.

No estudo de Natan e Rais (2010), com enfermeiros, a intervenção encaminhar/orientar foi a mais referida (“forneço contacto de instituições de apoio” ; “orientar para uma instituição de apoio à vítima ou psicológico”; “encaminhar para a assistente social” (43,3%). Segundo Lavis *et al.* (2005), a intervenção do encaminhar as vítimas pode advir da hegemonia do modelo biomédico, a partir do qual os enfermeiros não se sentem capacitados ou autorizados a intervir numa problemática que entendem ser social, restringindo-se a valorizar os sintomas psíquicos e físicos das utentes como área da sua intervenção.

Na sua prática clínica com mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo, os profissionais de saúde devem evitar a relação assimétrica entre o profissional de saúde e a mulher. Precisam de agir com sensibilidade e capacidade para detetar o problema permitindo um atendimento acolhedor, cuidando e/ou encaminhando e não permitir a violência institucional, a qual poderá exacerbar a dor e o sofrimento a que foram expostas.

Na sua intervenção, os profissionais de saúde devem usar de escuta ativa e estabelecer uma relação terapêutica e confidencial, assegurando a confidencialidade dos relatos.

Manita *et al.* (2009), defende que a escuta ativa deve servir de fio condutor para que a vítima se identifique na situação de violência e, a partir daí, possa vir a fortalecer-se na sua autodeterminação para se posicionar perante o problema.

Os profissionais de saúde têm o objetivo de promover na vítima a autoestima, o bem-estar e a autonomia considerando as suas funções de forma holística.

Quer no âmbito da VC tal como em outras áreas clínicas de prestação de cuidados, os profissionais de saúde podem ser influenciados ou condicionados nas e

para as suas práticas por determinados fatores inerentes ao próprio indivíduo ou extrínsecos ao sujeito. Nos estudos desenvolvidos com enfermeiros, tendo por objetivo identificar fatores potencialmente contributivos para as boas práticas na área de intervenção clínica da VC, dos fatores potenciadores dos cuidados de enfermagem foram evidenciados como de primordial importância a Formação Contínua e a Consciencialização dos Enfermeiros para o seu papel (Bispo *et al.*, 2007; Figueiredo, 2012; Lavis *et al.*, 2005; Mendonza *et al.*, 2005).

O facto da formação contínua surgir como o fator potenciador dos cuidados de enfermagem mais enumerado, está em consonância com Natan e Rais (2010), que no seu estudo verificaram que os enfermeiros consideraram existir barreiras que condicionam as suas práticas como a falta de conhecimento, habilidades e competências, sobre como lidar com a VC, devido ao fato de não terem recebido formação, cursos e outras atualizações.

No que respeita à influência negativa dos contextos de cuidados na prática clínica, os estudos de Lavis *et al.*, (2005) e de Mendonza *et al.*, (2005) demonstraram que os enfermeiros consideram necessário a criação, a nível das Organizações de Saúde, de ambientes favorecedores à prestação de cuidados às vítimas, nomeadamente a forma como o trabalho se encontra organizado, a intensa carga de trabalho, o elevado número de utentes inscritos na lista de cada enfermeiro, a ausência de protocolos de triagem e seguimentos.

Dentro das barreiras pessoais destaca-se o desinteresse dos enfermeiros para identificar e cuidar dos casos de VC.

Os resultados do estudo desenvolvido por Zolotor, Denham, Weil (2009) mostraram que a maioria dos participantes acredita que a prevalência de VC é baixa, sendo que a consciência da prevalência de VC entre os médicos de cuidados de saúde primários, quando comparado com o conhecimento destes casos por parte dos enfermeiros, é mais pobre. Aproximadamente 20% dos médicos inquiridos, afirmaram não saberem de algum caso. Estes resultados estão de acordo com o estudo de Stinson e Robinson (2006).

A falta de conhecimento dos profissionais de saúde e a percepção residual da VC foram identificados como barreiras para respostas clínicas eficazes por profissionais médicos (Aksan e Aksu, 2007)

A conclusão deste estudo mostrou que os médicos têm maior tolerância para a VC do que os enfermeiros e que os prestadores de cuidados de saúde possuem certas opiniões e preconceitos com base na sua própria cultura, educação e crenças religiosas. As respostas dos profissionais de saúde, em particular dos médicos, face à sua maior tolerância a esta forma de violência para com a mulher, podem refletir as suas próprias crenças em vez do seu conhecimento sobre a definição de VC. As crenças tradicionais sobre a privacidade da família, unidade da família e o papel do género, foram relacionadas com as dificuldades que os profissionais evidenciaram na perceção de VC.

Os resultados do estudo de Hageman-White (2001), indicaram que menos do que um terço dos médicos e cerca de um terço dos enfermeiros participantes receberam o seu conhecimento sobre a violência nas relações de intimidade contra a mulher, a partir das fontes formais científicas tais como escolas médicas e de enfermagem, cursos de formação e conferências, o que vai ao encontro dos resultados obtidos com outros estudos.

1.3.4- Modelo de Cuidados: Holístico e Biomédico

Segundo Edelman e Mandle (1998) citado por Potter e Perry (2006:4) o modelo holístico de cuidados de saúde é uma visão abrangente da pessoa, como um ser biopsicossocial e espiritual. O objetivo desse modelo é permitir que a pessoa se empenhe no seu próprio processo de cura.

Corroborando esta linha de pensamento, para Wade (2009), o termo “medicina holística” abrange dois conceitos distintos. O primeiro conceito refere-se a uma análise global da doença, considerando todo o sistema. Reconhece que a doença (estar doente) é um fenómeno humano, e que uma compreensão e análise da doença requer uma perspetiva mais ampla do que simplesmente concentrar-se sobre a doença. O segundo conceito é que a pessoa tem ou pode ter um papel fulcral na prevenção da doença e/ou na recuperação do estado de saúde, entendendo este como um completo bem-estar biopsicossocial e não somente a ausência de doença.

O modelo holístico é realmente uma abordagem à vida. Ao invés de se focar na doença ou partes específicas do corpo, considera a pessoa no todo e como ela interage com o seu ambiente. Ela enfatiza a conexão entre corpo, mente e espírito. O objetivo é alcançar o máximo de bem-estar. A saúde holística, promove na pessoa a aceitação da

responsabilidade pelo seu próprio bem-estar e incentiva a pessoa a fazer escolhas diárias para cuidar da sua própria saúde (Walter, 2000).

Segundo esta mesma autora a abordagem holística para a cura vai além de eliminar simplesmente os sintomas. Um sintoma é considerado uma mensagem de que algo precisa de cuidado. É desta visão ampla e dinâmica da saúde, que procura sistemática e continuamente na pessoa a sua homeostase e a envolve nos processos de saúde-doença, que resultam os benefícios da saúde holística.

Parece-nos plausível que a não integração da violência nas práticas clínicas sofra a influência das representações sociais centradas na alteração da saúde, fazendo com que os profissionais de saúde só intervenham quando se manifestam alterações da saúde na mulher. As práticas clínicas reveladas pelos discursos destes profissionais de saúde, revelaram diversas intervenções em saúde. Os dados obtidos sobre a intervenção destes profissionais revelou que a violência contra a mulher não está integrada nas suas práticas clínicas habituais, embora a considerem um problema de saúde com repercussões que necessitam intervenções ao nível do diagnóstico e do tratamento (Calvinho, 2007). A intervenção destes profissionais de saúde junto à mulher vítima de violência conjugal ancora-se no paradigma biomédico e embora considerem o paradigma biopsicossocial e cultural importante e desejável, este é ainda timidamente integrado nas práticas clínicas.

A intervenção é essencialmente de âmbito curativo e de tratamento das alterações de saúde sem se evidenciarem intervenções associadas de índole preventivo e promotoras do equilíbrio da saúde global. Em contexto de urgência, o diagnóstico da violência física foi facilitado pelos motivos que determinaram o recurso a esse serviço. A violência psicológica é mais difícil de diagnosticar, porque os sinais são de difícil visualização (Calvinho, 2007).

A visão holística do comportamento proposta por modelos ecológicos, permite aos enfermeiros concentrar a sua atenção sobre os diferentes tipos de influências sociais para que possam desenvolver intervenções direcionadas quer à modificação de comportamentos prejudiciais à saúde, quer à implementação ou consolidação de hábitos e comportamentos saudáveis.

Uma perspetiva ecológica direciona a atenção para os determinantes individuais e ambientais do comportamento. Este ponto de vista é congruente com uma perspetiva holística dos cuidados de enfermagem.

O modelo biomédico, predominante desde o século XVII como fonte legitimadora da ação médica, tem uma concepção mecanicista da saúde, tendo como principal objetivo tratar os desequilíbrios existentes a nível biológico, leva os profissionais a concentrarem-se apenas no corpo e a negligenciarem outros aspetos determinantes do processo saúde – doença. Assim as representações de saúde e doença passam a ter um carácter reducionista, que não reconhece a natureza multifatorial e complexa da maioria das doenças.

Segundo Bispo *et al.* (2002), um fator que contribui para a não identificação dos casos de violência do homem contra a mulher nas relações de intimidade nos serviços de saúde e a conseqüente não notificação pelos profissionais de saúde, é a sua formação académica, que está centrada no modelo biomédico, cujas bases encontram-se nas ciências naturais, pautadas apenas na fisiopatologia, não considerando as questões subjetivas, nas quais, dificilmente, as verdadeiras causas da lesão são questionadas, contribuindo, assim, para seu ocultamento e repetição.

A assistência representada pelo cuidar da lesão, compreendendo a noção de que corpo e mente são entidades distintas, tem um referencial biomédico, cujo conceito se pauta pela impessoalidade dos cuidados. Dessa forma, os serviços de saúde estão organizados para tratar apenas das lesões físicas (Bispo *et al.*, 2002).

Quando as representações dos profissionais de saúde sobre a violência conjugal por parceiro íntimo remeterem para o risco da violência conjugal poder gerar patologia na mulher, podemos colocar a possibilidade de existirem implicações desta representação social nas práticas clínicas dos enfermeiros, orientadas por um paradigma biomédico, na intervenção à mulher vítima de violência conjugal, levando-os a proceder ao encaminhamento para outros profissionais de saúde.

Para os profissionais de saúde que aceitam a visão biomédica dos cuidados de saúde a prestar às vítimas de VC o setor de emergência é um espaço apenas para a identificação e tratamento das lesões, não sendo responsabilidade dos profissionais que nele trabalham "olhar" os aspetos da subjetividade que favoreçam a manifestação das causas da lesão como uma possibilidade de violência. Para eles, a violência por parceiro na intimidade contra a mulher, envolve aspetos jurídicos e diz respeito apenas a outros profissionais, como assistente social e psicólogo.

Enquanto os profissionais de saúde que se ancoram no modelo biomédico, têm como objetivo dos seus cuidados, o curar/tratar, com um predomínio de execução das técnicas no seu exercício prático, os profissionais que norteiam os seus cuidados de

saúde por um referencial holístico, para além das intervenções aos sinais/sintomas físicos apresentados pelas mulheres, têm por objetivo contribuir com a sua prática clínica para o bem-estar total da pessoa, procurando identificar as causas das lesões físicas, trabalhando com a mulher as competências sociais de resposta ao (s) problema (s) e fazendo os encaminhamentos necessários e suficientes.

A saúde, devido à predominância do modelo biomédico, tem apresentado dificuldades em trabalhar com os determinantes sociais, embora já os considere. Em muitos casos, a integração destes aspetos está mais no nível teórico do que das práticas (Natan e Rais 2010).

O modelo holístico vai ao encontro de uma prestação de cuidados baseada nos paradigmas da integração e da transformação em que se revela uma prática mais orientada para a pessoa e suas necessidades, centrando a sua ação em todas as suas dimensões e considerando a sua globalidade integrada no seu contexto (Kérouac *et al.*, 1996).

No modelo holístico de cuidados a ação prática é concetualizada também sobre aspetos de subjetividade que favorecem a manifestação das causas das lesões físicas que cuidam, como possibilidade de violência, sendo disso exemplo, as alterações psíquicas, os sentimentos e as reações da vítima e seus recursos.

Segundo Diniz *et al.* (2013), os profissionais de saúde, em particular os que exercem funções nos serviços de urgência têm uma prática baseada no modelo biomédico.

As autoras sustentam esta afirmação com os resultados do estudo que desenvolveu com enfermeiros, onde concluiu que a maioria dos participantes apontou como forma de identificar os casos de violência conjugal, a suspeita de lesões físicas visíveis (p. ex.: hematoma na face).

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

Os cuidados de saúde pretendem-se na atualidade, com especial contributo da Psicologia da Saúde, orientados para os indivíduos como seres únicos inseridos no seu contexto ecológico-cultural (Calvinho, 2013).

A abordagem biomédica revela-se redutora para a compreensão das necessidades de saúde da pessoa enquanto ser inserido num contexto ecológico e cultural que a

influencia, que determina o seu comportamento de saúde e de doença e que por isso ultrapassa largamente a saúde biofísica de um corpo.

Num paradigma holístico de intervenção em saúde impõem-se novas intervenções centradas na pessoa e não na doença ou problema. Os profissionais de saúde devem considerar a pessoa na sua totalidade como ser humano, com personalidade única, com defeitos e qualidades, realizações e carências, ter em conta o seu meio familiar e o suporte informal e formal de que dispõe, identificar os recursos da pessoa e ajudá-la a mobilizá-los para resolução dos seus problemas, em vez de centrar a intervenção no problema, usar de uma relação comunicacional que promova a esperança e seja realista, considerar o problema de saúde no seu contexto ecológico, com variáveis sociais, culturais, económicas, políticas e na fase do ciclo vital da pessoa e da família para melhor avaliar, planear e intervir e implicar as pessoas e famílias nos cuidados de saúde, com negociação de estratégias que a promovam, capacitando-as, responsabilizando-as e proporcionando-lhes suporte (Ramos, 2004).

Estudos têm mostrado que o modelo biomédico tem limitações no cuidado de mulheres agredidas e validado a necessidade de um modelo sociológico de cuidados de enfermagem nos tais cenários de prática (Hägglom *et al.*, 2005).

As políticas públicas de prevenção e combate à VC só podem ser eficazes se adotarem uma visão holística do fenómeno, integrarem uma abordagem compreensiva, envolvendo os principais atores e focando todas as vertentes do fenómeno, da educação à saúde pública, da polícia à justiça e aos serviços sociais (Rede Europeia de Prevenção Criminal [EUCPN], 2007, p.1).

2-MÉTODO

2.1- Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo/analítico, transversal, multicêntrico e com uma abordagem mista, qualitativa e quantitativa pela aplicação de um questionário.

Optou-se por um estudo do tipo misto quantitativo descritivo transversal, considerando que se pretende apenas descrever um fenômeno, e tem como objetivo colher dados relativos às práticas dos enfermeiros no momento do estudo. Os estudos descritivos têm como objetivos discriminar os fatores determinantes ou conceitos que possam estar relacionados com o fenômeno em estudo e determinar a relação entre esses conceitos para melhor descrever o fenômeno (Fortin, 2009).

Assim, este estudo teve como meta a realização de uma análise das respostas dos indivíduos inquiridos, e o estudo da relação entre diversas variáveis (profissão, gênero, idade) e as crenças expressas pelos indivíduos relativas ao fenômeno em estudo, a violência conjugal/nas relações de intimidade contra a mulher e perpetrada pelo parceiro.

2.2- Objetivos do estudo, Questões de investigação, Problema de Investigação

Definiram-se para este estudo os seguintes objetivos:

-Caracterizar as crenças atribuídas pelos profissionais de saúde à violência conjugal / nas relações de intimidade contra a mulher.

Procura a identificação de uma matriz de significados que possa subsidiar a construção de um perfil profissional (funcional).

-Avaliar se o gênero dos profissionais de saúde influencia as suas crenças sobre a violência conjugal/nas relações de intimidade contra a mulher

-Estudar a representação dos profissionais de saúde sobre as características sociodemográficas, físicas e psicológicas da mulher vítima de violência conjugal/nas relações de intimidade.

Procura aferir a identificação de um perfil para a mulher vítima de violência conjugal / nas relações de intimidade.

-Estudar as diferenças entre médicos e enfermeiros nas representações sobre as características sociodemográficas, físicas e psicológicas da mulher vítima de violência conjugal/nas relações de intimidade.

-Avaliar a relação entre as crenças atribuídas pelos profissionais de saúde à violência conjugal/nas relações de intimidade contra a mulher e o modelo de prestação de cuidados à vítima.

Pretende determinar e aferir a implicação dessas crenças nas várias fases/etapas da intervenção terapêutica e nas atitudes terapêuticas dos profissionais.

Para além da obtenção de uma matriz de significados pretende aferir a implicação dessas conceções na ecologia de cuidados e a sua mobilização em contexto prático e para a prática clínica.

Propuseram-se as seguintes questões para a dimensão empírica do estudo:

1- Como é que os profissionais de saúde interpretam a questão da violência conjugal/nas relações de intimidade sobre a mulher e o impacto na sua saúde?

2- Existe uma representação das características sociodemográficas, físicas e psicológicas da mulher vítima de violência conjugal/nas relações de intimidade, diferenciada entre médicos e enfermeiros?

3- Será que a profissão médico/enfermeiro influencia as crenças dos profissionais sobre a violência conjugal/nas relações de intimidade contra a mulher?

4- Nos profissionais de saúde, o género influencia as suas crenças sobre a violência conjugal/nas relações de intimidade contra a mulher?

5- As crenças dos profissionais de saúde sobre a violência conjugal/nas relações de intimidade contra a mulher, influenciam as suas práticas clínicas?

6- A profissão influencia significativamente o grau de legitimação e banalização da violência conjugal?

Em conformidade, define como problema do estudo:

“Qual é o significado que os profissionais de saúde atribuem à violência conjugal contra a mulher e qual o impacto na sua intervenção terapêutica?”

2.3- Hipóteses

A presente investigação baseou-se no seguinte pressuposto: se por um lado sabemos que as crenças e atitudes influenciam o comportamento dos indivíduos, que este traduz o significado das práticas, e sabemos também que certas profissões desempenham papéis fundamentais nas respostas que a sociedade disponibiliza às vítimas da violência conjugal (como sejam aquelas que cuidam das lesões físicas, psicológicas e do apoio social) então fará todo o sentido e será cientificamente relevante estudar as crenças destes profissionais (de forma a melhor compreendermos a forma como eles atuam).

É em conformidade com este raciocínio e com a dúvida se a profissão influencia significativamente o grau de legitimação e banalização da violência conjugal praticada pelo parceiro íntimo contra a mulher, que se colocam as seguintes hipóteses:

H1- As crenças em relação à violência conjugal, relacionam-se com os significados da prática profissional dos profissionais Médicos e de Enfermagem existindo uma variação inversa e moderada

H2- Os estereótipos em relação à vítima, relacionam-se com os significados da prática profissional dos profissionais Médicos e de Enfermagem numa concordância positiva e moderada

2.4- População

Define-se como população alvo os profissionais médicos e os profissionais de enfermagem dos serviços hospitalares de Urgência Geral, Consultas Externas, Internamento de Psiquiatria e Internamento de Cirurgia dos seguintes hospitais das regiões do Algarve, Alentejo, Lisboa e Vale do Tejo:

-Hospital do Barlavento Algarvio- Portimão

-Hospital de Faro

- Hospital de Lagos
- Hospital do Espírito Santo de Évora-EPE
- Hospital Dr. José Maria Grande-Portalegre
- Hospital Dr. José Joaquim Fernandes-Beja
- Hospital do Litoral Alentejano-Santiago do Cacém
- Hospital de São Bernardo-Setúbal
- Hospital Dr. Fernando da Fonseca-Amadora/Sintra
- Hospital de Sta. Maria-Lisboa
- Hospital de S. José-Lisboa

2.5- Amostra

Utilizou-se uma amostragem não probabilística de conveniência, compreendendo como critérios de seleção ter experiência profissional igual ou superior a seis (6) meses e a aceitação por parte dos profissionais para participar no estudo. A amostra foi constituída por 700 sujeitos, dos quais 172 são médicos com idades compreendidas entre os 26 os 67 anos, exercendo a profissão em média há 16 anos, variando entre os 2 e os 41 anos, e 528 são enfermeiros com idades compreendidas entre os 23 e 63 anos, exercendo a profissão em média há 13 anos, variando entre 1 e 37 anos.

A proporção de respostas médico/enfermeiro verificada, de aproximadamente 1:3, tendo por referência a dotação de pessoal relativa de cada serviço, traduz uma significativa adesão dos Médicos ao estudo. No que respeita aos Enfermeiros, dos quatro serviços hospitalares selecionados, a profissão é exercida predominantemente no serviço de Urgência com 215 sujeitos (40,7%), a exercer aí as suas funções, como indica a tabela 2. Os profissionais Médicos, no cumprimento do seu regulamento/contrato de trabalho, é comum acumularem a atividade profissional no serviço de internamento (especialidade) com as Consultas Externas e o Serviço de Urgência. Assim, do total de participantes, 129 sujeitos (75,0%), desempenham

cumulativamente o seu exercício profissional no serviço de urgência, e 97 (56,4%) no Serviço de Consultas Externas, conforme se ilustra na tabela 2.

Tabela 1- Distribuição da amostra em função das variáveis sociodemográficas
(Profissão; Género; Idade; Estado civil)

Variável	Item		N	%
Profissão	Médico		172	24,6
	Enfermeiro		528	75,4
Género	Médico	Masculino	80	46,5
		Feminino	92	53,5
	Enfermeiro	Masculino	154	29,2
		Feminino	374	70,8
Idade	Médico	< 45 anos	101	58,7
		≥ 45 anos	71	41,3
	Enfermeiro	< 45 anos	384	72,7
		≥ 45 anos	144	27,3
Estado Civil	Solteiro		253	36,1
	Casado		285	40,7
	União de facto/Relação marital		81	11,6
	Divorciado/Separado		80	11,4
	Viúvo		1	0,1

Tabela 2- Distribuição da amostra em função das variáveis sociodemográficas
(Nº de anos que exerce a profissão; Serviço onde exerce funções)

Nº de anos que exerce a profissão	Médico	< 10 anos	59	34,3
		10-20 anos	56	32,6
		> 20 anos	57	33,1
	Enfermeiro	< 10 anos	201	38,1
		10-20 anos	185	35,0
		> 20 anos	142	26,9
Serviço onde exerce funções	Médico	Urgência	16	9,3
		Consultas Externas	10	5,8
		Internamento Psiquiatria	38	22,1
		Internamento Cirurgia	59	34,3
		Internamento (outro)	49	28,5
		Urgência (cumulativamente)	129	75,0
	Enfermeiro	Urgência	215	40,7
		Consultas Externa	111	21,0
		Internamento Psiquiatria	83	15,7
		Internamento Cirurgia	119	22,6

2.6- Instrumento

Questionário sociodemográfico - Este questionário inclui as perguntas **sociodemográficas** padrão, como idade, gênero e estado civil, e um conjunto de perguntas de caracterização do profissional de saúde, como a profissão (se era médico ou enfermeiro), anos de serviço e serviços onde exerce a sua profissão. Para conhecer o hospital sem que a pergunta fosse feita diretamente, foi incluído no questionário uma simbologia, permitindo ao pesquisador identificar o hospital onde tinha sido respondido o questionário.

Foram realizadas duas (2) questões abertas, elaboradas pelo Investigador do presente estudo, uma para a identificação do estereótipo da mulher vítima de violência conjugal e outra para a identificação das atitudes/habilidades/competências que os profissionais mobilizam para o processo de cuidar.

Escala de Crenças sobre Violência Conjugal (ECVC) - Esta escala da autoria de Machado, Matos e Gonçalves (2006), é uma escala de autopreenchimento, composta por 25 afirmações e “permite avaliar as crenças em relação à violência física e psicológica exercida no contexto de relações de tipo conjugal” (Machado, Matos & Gonçalves, 2006).

Cada item é seguido de uma escala de respostas ordinal de 5 pontos, tipo Likert, na qual 1 corresponde a “discordo totalmente”, 2 a “discordo”, 3 a “não concordo nem discordo”, 4 a “concordo” e 5 a “concordo totalmente”. Os itens são depois cotados de 1 a 5 pontos consoante as respostas dadas, sendo que todos os itens estão formulados no mesmo sentido.

Podem também ser discriminadas 4 subescalas, ou fatores, que segundo Machado, Matos e Gonçalves (2006) explicam grandes percentagens da variância deste instrumento e nos permitem perceber melhor o tipo de crenças específicas envolvidas na tolerância à violência. São eles o fator “Legitimação e banalização da pequena violência”, (16 itens: SC24;SC16; SC22; SC20; SC19;SC25;SC18; SC23; SC14; SC17; SC13; SC21; SC15; SC2; SC12; SC9) “Legitimação da violência pela conduta da mulher”, (10 itens: SC11; SC12; SC13; SC9; SC14; SC10; SC8; SC5; SC23; SC7) “Legitimação da violência pela sua atribuição a causas externas”, (8 itens: SC3; SC6; SC2; SC10; SC8; SC5; SC7; SC4) e “Legitimação da violência pela preservação da privacidade familiar” (6 itens: SC1; SC17; SC15; SC7; SC9; SC8). A pontuação de

cada um destes fatores é calculada através da soma da pontuação dos itens que a integram.

Concetualizando que a identificação de uma matriz de significantes e significados da violência conjugal/nas relações de intimidade contra a mulher, nos profissionais de saúde que prestam cuidados às vítimas, é uma importante referência para a sua intervenção multidisciplinar, foi criado um instrumento de colheita de dados, visando a compreensão das representações sociais dos profissionais de saúde relativas às práticas sobre a violência conjugal/nas relações de intimidade contra a mulher e aferir a implicação dessas concepções na ecologia de cuidados, assim como, na sua mobilização para os contextos da prática, de acordo com os modelos de intervenção.

Escalas no domínio das práticas -Escala de Modelos de Intervenção, Escala de Percepção de Competências, Escala de Identificação de Necessidades de Formação para a Atualização/Aquisição de Competências e Escala de Caracterização dos Contextos da Prática, foram elaboradas no âmbito do presente estudo.

- Escala de Modelos de Intervenção

É uma escala de autopreenchimento, composta por 8 afirmações (itens: P3; P5; P6; P7; P12; P22; P30; P31;) e pretende avaliar o modelo de prestação de cuidados subjacente à intervenção dos profissionais de saúde nas mulheres vítimas de violência exercida no contexto de relações de tipo conjugal, tendo por referência concetual as abordagens holística e biomédica. Os princípios norteadores da medicina holística defendem que o doente é uma pessoa e não uma doença, centram-se na pessoa como um todo e advogam que a pessoa é responsável pela sua própria saúde e bem-estar e os cuidados a prestar à pessoa devem atender todos os aspetos da sua vida, envolvendo a causa da condição de crise. O modelo biomédico segmenta a pessoa, tendo o foco da sua intervenção nos sintomas apresentados (Walter, 2000).

Cada item é seguido de uma escala de respostas ordinal de 7 pontos, tipo Likert, na qual 1 corresponde a “discordo fortemente”, 2 a “discordo bastante”, 3 a “ discordo”, 4 a “não concordo nem discordo”, 5 a “concordo” 6 a “ concordo bastante” e 7 a “concordo fortemente”. Os itens são depois cotados de 1 a 7 pontos consoante as respostas dadas, sendo que todos os itens estão formulados no mesmo sentido.

Assumindo que os dois modelos são tendencialmente antagónicos porquanto na prática clínica poderão surgir algumas sobreposições, um sujeito que responda a uma

questão que se enquadre no modelo holístico (e.g. “*Qualquer profissional de saúde que contacte com eventuais vítimas de violência conjugal / nas relações de intimidade, deve saber reconhecer sinais indiciadores da ocorrência de violência*”), se responder na positiva significa que se enquadra no modelo holístico, se responder na negativa que se enquadra no modelo biomédico.

Assim, os resultados podem variar entre a pontuação de 8 e 56, sendo que os valores obtidos no intervalo [8-32 [significam uma tendência para a prática clínica baseada no modelo biomédico de cuidados, enquanto que a pontuação obtida no intervalo] 32 -56], traduz uma orientação holística dos cuidados.

- Escala de Percepção de Competências

É uma escala de autopreenchimento, composta por 4 afirmações (itens: P21; P13; P14; P29) e pretende aferir as competências autoavaliadas para o atendimento à pessoa vítima de violência conjugal / nas relações de intimidade, independentemente do modelo de prestação de cuidados (de intervenção).

Cada item é seguido de uma escala de respostas ordinal de 7 pontos, tipo Likert, na qual 1 corresponde a “discordo fortemente”, 2 a “discordo bastante”, 3 a “ discordo”, 4 a “não concordo nem discordo”, 5 a “concordo” 6 a “ concordo bastante” e 7 a “concordo fortemente”. Os itens são depois cotados de 1 a 7 pontos consoante as respostas dadas, sendo que 3 itens (P21; P13; P14) estão formulados no sentido positivo e 1 item (P29- *A violência conjugal / nas relações de intimidade, não é um problema da área de intervenção dos profissionais de saúde. É da responsabilidade dos serviços sociais, da polícia ou dos tribunais*) está formulado no sentido negativo pelo que se teve de inverter.

Os resultados podem variar entre a pontuação de 4 e 28, sendo que os valores obtidos no intervalo [4-16 [significam uma não identificação do perfil funcional ou não aceitação das competências inerentes, enquanto que a pontuação obtida no intervalo] 16 -28], traduz o conhecimento e aceitação das competências funcionais.

- Escala de Identificação de Necessidades de Formação para a Atualização/Aquisição de Competências

É uma escala de autopreenchimento, composta por 4 afirmações (itens: P7; P18; P19; P20) e pretende aferir as necessidades de formação autopercionadas pelos profissionais, como via para a aquisição de conhecimentos conducentes a ganhos de

competências para o atendimento à pessoa vítima de violência conjugal / nas relações de intimidade, independentemente do modelo de prestação de cuidados (de intervenção).

Cada item é seguido de uma escala de respostas ordinal de 7 pontos, tipo Likert, na qual 1 corresponde a “discordo fortemente”, 2 a “discordo bastante”, 3 a “ discordo”, 4 a “não concordo nem discordo”, 5 a “concordo” 6 a “ concordo bastante” e 7 a “concordo fortemente”. Os itens são depois cotados de 1 a 7 pontos consoante as respostas dadas, sendo que todos os itens estão formulados no mesmo sentido.

Os resultados podem variar entre a pontuação de 4 e 28, sendo que os valores obtidos no intervalo [4-16 [significam uma não consciencialização da formação como via privilegiada para a aquisição, atualização ou maximização das competências, enquanto que a pontuação obtida no intervalo]16 -28] traduz o reconhecimento de limitações nas áreas do saber (saber-saber; saber-fazer e saber ser/estar) e a aceitação e utilização dos recursos formativos para o ganho de competências funcionais, independentemente do modelo de prestação de cuidados (de intervenção).

- Escala de Caracterização dos Contextos da Prática

É uma escala de autopreenchimento, composta por 6 afirmações (itens: P8; P9; P15; P25; P26; P28;) e pretende medir a perceção que os profissionais têm sobre a influência que o meio envolvente oferece à prática de cuidados, como variável facilitadora ou penalizadora do acolhimento e tratamento a prestar à vítima. Poder-se-á pensar a este nível, por exemplo, se as condições das instalações e equipamentos garantem a privacidade e a confidencialidade dos relatos verbalizados pela vítima, ou se a dotação de recursos humanos é suficiente para um atendimento rápido que proteja a vítima de se expor desnecessariamente, ou de correr riscos de revitimização.

Cada item é seguido de uma escala de respostas ordinal de 7 pontos, tipo Likert, na qual 1 corresponde a “discordo fortemente”, 2 a “discordo bastante”, 3 a “ discordo”, 4 a “não concordo nem discordo”, 5 a “concordo” 6 a “concordo bastante” e 7 a “concordo fortemente”. Os itens são depois cotados de 1 a 7 pontos consoante as respostas dadas, sendo que todos os itens estão formulados no mesmo sentido.

Os resultados podem variar entre a pontuação de 6 e 42, sendo que os valores obtidos no intervalo [6-24 [significam uma não valorização da importância e influência que o contexto de cuidados tem na prática clínica. Significam ainda a não tomada de consciência da capacidade instalada quer ao nível dos recursos físicos, quer ao nível dos

recursos materiais e humanos. A pontuação obtida no intervalo] 24-42], traduz a importância atribuída ao meio envolvente nas suas várias componentes, para as boas práticas.

2.6.1- Construção das escalas

Para a construção das escalas, foram identificadas um conjunto de questões a partir da revisão bibliográfica que integraram um questionário com 40 itens e que foi aplicado a uma amostra de 100 sujeitos, profissionais Médicos e de Enfermagem, nos meses de Maio e Junho de 2015, nos Hospitais de Beja e Évora em serviços que não integravam a amostra do estudo.

Dos sujeitos que participaram do estudo, 35 (35%) eram do género masculino e 65 (65%) eram do género feminino, com uma média de idades de 36 anos e em que 66 (66%) são Enfermeiros e 34 (34%) são Médicos.

Em relação a todas as afirmações apresentadas os participantes tinham que responder numa escala de tipo Likert, com 7 pontos, na qual 1 corresponde a “discordo fortemente”, 2 a “discordo bastante”, 3 a “discordo”, 4 a “ não concordo, nem discordo” , 5 a “concordo ”, 6 a “concordo bastante” e 7 a “ concordo fortemente” Os itens são depois cotados de 1 a 7 pontos consoante as respostas dadas, sendo que há itens de sentido negativo e itens de sentido positivo.

Os questionários foram autopreenchidos em formato de papel, e os dados recolhidos foram introduzidos e tratados no *software* estatístico SPSS, versão 22.

A análise dos dados foi efetuada com recurso a estatística descritiva (análise de frequências, médias e desvios-padrão) e análise multivariada (análise fatorial de componentes principais).

Para a confiabilidade da escala, procedeu-se à análise da consistência interna através do cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach* por ser considerada uma das medidas mais usadas para verificação da consistência interna em escalas de tipo *Likert* (Pestana e Gageiro, 2014). Os valores do coeficiente de *alfa de Cronbach* são de 0,866 para a Escala “Modelos de Intervenção”, de 0,769 para a Escala “Perceção de Competências”, de 0,895 para a Escala de “Identificação de Necessidades de Formação para a Atualização/Aquisição de Competências” e de 0,803 para a Escala de “ Caracterização dos Contextos da Prática.

Em relação à Escala de Modelos de Intervenção, partiu-se da clássica dicotomia de modelo de intervenção holístico e de modelo de intervenção biomédico, como descrito anteriormente nos capítulos 1.3.2- Significados da violência conjugal nos profissionais de saúde e 1.3.3- Significados e práticas dos profissionais de saúde na violência conjugal: Ecologia dos cuidados. Foram construídos 26 itens que correspondiam a questões sobre os dois modelos de cuidados referidos anteriormente.

Procedeu-se inicialmente à análise de frequência dos itens, o que determinou a eliminação de 10 itens por se revelarem pouco discriminativos, com 75% de concordância. Posteriormente foi realizada uma análise fatorial de componentes principais com os restantes 16 itens. Realizaram-se iterações até chegarmos a uma solução coerente e satisfatória. Neste processo foram retirados 8 itens, por apresentação de pesos fatoriais baixos (< .40).

O resultado permitiu identificar 1 único fator que explica 81 % da variância total da escala.

Tabela 3- Estrutura fatorial da Escala de Modelos de Intervenção

Itens	Peso fatorial	α de Cronbach
Na intervenção com vítimas de violência conjugal /nas relações de intimidade, o profissional de saúde deve prevenir que a vítima repita sucessivamente a sua história de violência	0,948	
Na intervenção inicial com vítimas de violência conjugal /nas relações de intimidade, os comportamentos dos profissionais que as acolhem são de extrema importância	0,942	
À luz das lesões visíveis e, na ausência de revelação por parte da vítima, uma sucessão de desculpas tais como “ <i>queda nas escadas</i> ”, “ <i>bateu contra a porta</i> ” “ <i>escorregou na banheira</i> ”), deve chamar a atenção dos profissionais de saúde para a hipótese de existência de violência conjugal / nas relações de intimidade	0,931	
Relativamente à violência conjugal /nas relações de intimidade, os profissionais de saúde, ocupam uma posição estratégica tanto na triagem e diagnóstico como no tratamento e encaminhamento das vítimas	0,917	
Os profissionais de saúde na sua intervenção, sendo capazes de demonstrar a sua compreensão da violência conjugal / nas relações de intimidade, são agentes facilitadores da revelação da queixa por parte da vítima	0,912	
Para uma intervenção adequada com vítimas de violência conjugal /nas relações de intimidade, é necessário proceder, à avaliação do risco	0,910	
Qualquer profissional de saúde que contacte com eventuais vítimas de violência conjugal / nas relações de intimidade, deve saber reconhecer sinais indiciadores da ocorrência de violência	0,891	
Qualquer profissional de saúde que contacte com eventuais vítimas de violência conjugal / nas relações de intimidade, deve incentivar a revelação da violência por parte da vítima	0,888	
		0,866

Relativamente à Escala de Percepção de Competências foram construídos 12 itens.

Procedeu-se inicialmente à análise de frequência dos itens, o que determinou a eliminação de 5 itens por se revelarem pouco discriminativos, com 75% de concordância. Posteriormente foi realizada uma análise fatorial de componentes principais com os restantes 7 itens. Realizaram-se iterações até chegarmos a uma solução coerente e satisfatória. Neste processo foram retirados 3 itens, por apresentação de pesos fatoriais baixos ($< .40$).

O resultado com 4 itens permitiu identificar 1 fator que explica 85% da variância total da escala.

Tabela 4- Estrutura fatorial da Escala de Percepção de Competências

Itens	Peso fatorial	α de Cronbach
Qualquer profissional de saúde que contacte com vítimas de violência conjugal / nas relações de intimidade, deve afastar/combater crenças e mitos que dificultam ou impedem a intervenção nesta área	0,924	
Os profissionais de saúde devem intervir para desmistificar e mudar as atitudes e crenças que suportam a violência conjugal /nas relações de intimidade, por parte das vítimas	0,935	
Os profissionais de saúde têm um papel importante diante da violência conjugal /nas relações de intimidade, porque podem desenvolver ações de informação/educação	0,941	
A violência conjugal / nas relações de intimidade, não é um problema da área de intervenção dos profissionais de saúde. É da responsabilidade dos serviços sociais, da polícia ou dos tribunais	0,895	
		0,769

No que respeita à Escala de Identificação de Necessidades de Formação para a Atualização/Aquisição de Competências, foram construídos 9 itens.

Procedeu-se inicialmente à análise de frequência dos itens, o que determinou a eliminação de 2 itens por se revelarem pouco discriminativos, com 75% de concordância. Posteriormente foi realizada uma análise fatorial de componentes principais com os restantes 7 itens. Realizaram-se iterações até chegarmos a uma solução coerente e satisfatória. Neste processo foram retirados 3 itens, por apresentação de pesos fatoriais baixos ($< .40$).

O resultado com 4 itens permitiu identificar 1 fator que explica 76,2 % da variância total da escala.

Tabela 5- Estrutura fatorial da Escala de Identificação de Necessidades de Formação para a Atualização/Aquisição de Competências

Itens	Peso fatorial	α de Cronbach
Na intervenção inicial com vítimas de violência conjugal /nas relações de intimidade, os comportamentos dos profissionais que as acolhem são de extrema importância	0,907	
Os profissionais de saúde têm sentimentos de inadequação e frustração na oferta de intervenção apropriada às mulheres vítimas de violência conjugal /nas relações de intimidade, porque sentem a falta de formação	0,954	
Os profissionais de saúde terão que saber o que fazer e como fazer, na sua prática clínica, com as situações de violência conjugal /nas relações de intimidade contra a mulher	0,951	
Para a abordagem terapêutica às vítimas da violência conjugal /nas relações de intimidade, qualquer profissional de saúde deverá adquirir competências de comunicação	0,837	
		0,895

Para a Escala de Caracterização dos Contextos da Prática foram construídos 10 itens.

Procedeu-se inicialmente à análise de frequência dos itens, o que determinou a eliminação de 3 itens por se revelarem pouco discriminativos, com 75% de concordância. Posteriormente foi realizada uma análise fatorial de componentes principais com os restantes 7 itens. Realizaram-se iterações até chegarmos a uma solução coerente e satisfatória. Neste processo foi retirado 1 item, por apresentação de pesos fatoriais baixos (< .40).

O resultado com 6 itens permitiu identificar 1 fator que explica 80,8 % da variância total da escala.

Tabela 6- Estrutura fatorial da Escala de Caracterização dos Contextos da Prática

Itens	Peso fatorial	α de Cronbach
Os espaços físicos onde a vítima de violência conjugal /nas relações de intimidade é acolhida e atendida são de extrema importância para salvaguardar a privacidade da vítima	0,960	
A existência de uma cultura organizacional de proteção da vítima é, em si mesma, um trabalho de luta contra a violência conjugal /nas relações de intimidade	0,945	
Com mulheres suspeitas de serem vítimas de violência conjugal /nas relações de intimidade, os profissionais de saúde devem garantir a privacidade das vítimas e a confidencialidade dos relatos	0,842	
No atendimento às vítimas de violência conjugal /nas relações de intimidade, dar-lhe tempo para falar sobre as causas das lesões, ajuda a estabelecer uma relação de empatia entre o profissional de saúde e a vítima	0,945	
Na abordagem do problema da violência conjugal /nas relações de intimidade, os serviços de saúde devem dispor de espaços que possam garantir à vítima que só é vista e ouvida pelo profissional que lhe presta cuidados de saúde	0,961	
Os Serviços de Saúde, devem ter uma cultura organizacional que promova a intervenção multidisciplinar e multiprofissional às vítimas de violência conjugal /nas relações de intimidade	0,930	
		0,803

2.7- Recolha dos dados

A colheita dos dados foi realizada por autopreenchimento do questionário, sem tempo limite, por parte dos participantes no estudo, no período que decorreu entre Junho de 2015 e Fevereiro de 2016. Foram distribuídos os questionários em papel a todos os médicos e enfermeiros das unidades hospitalares referidas anteriormente que cumpriam o critério de inclusão. Após o seu preenchimento, os profissionais de saúde entregavam os questionários aos Enfermeiros Chefes/Responsáveis dos serviços.

Qualquer investigação detém questões éticas e morais para o seu desenvolvimento Fortin (2009). Esta autora aponta cinco direitos fundamentais para os participantes no estudo os quais, o investigador necessariamente, terá que salvaguardar: *“Direito à autodeterminação que se refere à possibilidade da pessoa em decidir livremente sobre a sua participação; “Direito à intimidade que se reporta à autonomia sobre a informação a partilhar”; “Direito ao anonimato e confidencialidade que salvaguarda o respeito pela identidade do sujeito”; “Direito à proteção contra o desconforto e prejuízo relacionado com os constrangimentos físicos, psicológicos, sociais ou económicos que possam advir da participação no estudo” e “Direito a um*

tratamento justo e equitativo que confere aos participantes a oportunidade de serem informados sobre a natureza e a duração da investigação, assim como, o acesso à informação relativa à sua colaboração e ao desenvolvimento do estudo”.

Em conformidade com estes princípios éticos e deontológicos, num período prévio à aplicação dos questionários, foram pedidas as necessárias autorizações institucionais dirigidas aos órgãos de gestão competentes, para a realização deste estudo nas várias organizações e contextos de cuidados. A participação foi, em todos os casos, voluntária e a confidencialidade foi assegurada. Os sujeitos foram previamente informados acerca do objetivo do estudo a realizar e foi explicitada a importância da contribuição dos mesmos para atingir os objetivos propostos.

Como atrás foi referido, os/as Enfermeiros/as Chefes/Responsáveis dos serviços funcionaram como mediadores da distribuição dos questionários pelos profissionais sob sua supervisão, assegurando o cumprimento dos pressupostos éticos e deontológicos acima mencionados. A recolha dos dados ocorreu em vários momentos, em função da dinâmica de participação e respetivo preenchimento.

3-TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para o tratamento dos dados foi utilizado o *software* estatístico IBM SPSS, *Statistics for Windows (version 22)*, para preparação dos dados (e.g., recodificação de itens), descrição da amostra e análise estatística.

Para a avaliação da validade das quatro (4) Escalas do domínio das práticas profissionais (Profissionais de Saúde), Escala de Modelos de Intervenção, Escala de Percepção de Competências, Escala de Identificação de Necessidades de Formação para a Atualização/Aquisição de Competências e Escala de Caracterização dos Contextos da Prática procedeu-se à análise fatorial dos itens (método de componentes principais,) e determinou-se o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach.

3.1- Dados quantitativos

3.1.1- Avaliação da validade das escalas

Na primeira fase da análise procedemos ao cálculo do coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach das várias escalas. Em relação à Escala de Crenças sobre a Violência Conjugal (ECVC), o valor encontrado (0,955) pode ser considerado excelente, e é superior ao valor encontrado, (0,93) pelos próprios autores, Machado, Gonçalves & Matos (2015), assim como, ao valor encontrado (0,923), no estudo desenvolvido por Matos & Cláudio (2010). Os valores do Alfa de Cronbach dos quatro fatores revelaram-se também satisfatórios (Tabela 6). Concluímos assim que, a partir dos dados que recolhemos, a escala se mostra adequadamente consistente para a investigação desenvolvida.

Na Escala de Modelos de Intervenção, constituída por 8 itens, (P3; P5; P6; P7; P12; P22; P30; P31), a obtenção de valores altos da escala significa que o sujeito tem uma atitude prática que se enquadra no modelo de intervenção holístico, enquanto os valores baixos indiciam uma propensão para uma prática de cuidados, sustentada por um modelo de intervenção biomédico.

Para a Escala de Percepção de Competências, constituída por 4 itens, (P21; P13; P14; P29), 1 dos itens teve que ser invertido (P29). Um resultado com valores altos da

escala significa que o sujeito tem uma percepção de que é competente para intervir, ao invés, com a obtenção de valores baixos, o sujeito reconhece ter dificuldades em intervir por déficit de competências.

Relativamente à Escala de Percepção de Necessidades de Formação, constituída por 4 itens, (P7; P18; P19; P20), valores altos da escala significa que o sujeito tem a percepção de que necessita de formação.

Na Escala de Caracterização dos Contextos da Prática, constituída por 6 itens (P8; P9; P15; P25; P26; P28;), valores altos da escala significa que o sujeito tem percepção da importância do contexto para uma intervenção adequada com as vítimas, baixos valores, pelo contrário, indica que o sujeito não valoriza e/ou, não confere importância, aos contributos das condições de trabalho para um desempenho eficaz.

Os valores do coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach apurados para as 4 escalas, Escala de Modelos de Intervenção, Escala de Percepção de Competências, Escala de Percepção de Necessidades de Formação e Escala de Caracterização dos Contextos da Prática, 0,798, 0,764, 0,763 e 0,821, respetivamente, (ver Tabela 7) mostram-se satisfatoriamente consistentes para a investigação desenvolvida.

Tabela 7- Coeficientes de consistência interna Alfa de Cronbach para as escalas em estudo

	Nº de itens	α de Cronbach
Escala de Crenças sobre Violência Conjugal (ECVC)	25	0,955
ECVC – subescala.1 – Legitimação e banalização da pequena violência	16	0,949
ECVC – subescala.2 – Legitimação pela conduta da mulher	10	0,912
ECVC – subescala 3 – Legitimação pela atribuição a causas externas	8	0,886
ECVC – subescala 4 – Legitimação pela preservação da privacidade	6	0,798
Escala de Modelos de Intervenção	8	0,866
Escala de Percepção de competências	4	0,769
Escala de Percepção de Necessidades de Formação	4	0,895
Escala de Caracterização dos Contextos da Prática	6	0,803

3.1.2- Resultados das variáveis sociodemográficas nas escalas

Para verificar o efeito das variáveis profissão (Médico/Enfermeiro), género do profissional de saúde e idade, nas várias escalas (Escala de Crenças sobre a Violência Conjugal e as Escalas do domínio das Práticas) foi aplicado o test t para médias. Os resultados mostraram existir efeito da profissão nas crenças, tanto para a Escala de Crenças sobre a Violência Conjugal (E.C.V.C) total, assim como, para as respetivas 4 subescalas, verificando-se que os médicos evidenciam muito mais estereótipos do que os enfermeiros ($t=3,770$; $pvalue=0,00$).

Os resultados não evidenciaram diferenças significativas entre os dois grupos profissionais para as escalas do domínio das práticas, Escala de Modelos de Intervenção ($t=0,263$; $pvalue=0,79$) Escala de Perceção de Competências ($t=1,125$; $pvalue=0,26$), Escala de Identificação de Necessidades de Formação ($t=0,278$; $pvalue=0,78$) e Escala de Caracterização dos Contextos da Prática ($t=0,343$; $pvalue=0,73$). Assim, para um $\alpha = 0,05$, verifica-se para todas as escalas, que $p\ value\ é\ >\ \alpha$, pelo que podemos afirmar que a profissão não tem efeito no modelo de concetualização dos cuidados de saúde, a prestar à vítima de violência conjugal/nas relações de intimidade, adotado pelos profissionais médicos e enfermeiros.

Tabela 8- Efeito da variável “profissão” nas/os crenças/significados e nas escalas do domínio das práticas: médias e resultados do teste t de student

	Médicos média	Enfermeiros média	t	p value
ECVCtotal	49,8750	42,2372	3,770	0,00
ECVC4Privacidade	13,1657	11,2102	3,882	0,00
ECVC1banalização	29,4167	24,4491	3,682	0,00
ECVC2Conduta	19,3787	16,2679	3,678	0,00
ECVC3CExternas	17,2485	14,9887	3,166	0,00
Escala de Caracterização do Contexto	36,2249	36,0866	0,343	0,73
Escala de Perceção de Necessidades de Formação	22,7811	22,6949	0,278	0,78
Escala de Perceção de Competências	22,6036	22,9718	1,125	0,26
Escala de Modelos de Intervenção	46,2249	46,0603	0,263	0,79

No que concerne à variável gênero, os resultados mostraram que para um $\alpha = 0,05$, verifica-se que $p\text{ value} < \alpha$, pelo que existe efeito do gênero nos/as significados/crenças atribuídos/as pelos profissionais para a escala total e para qualquer uma das subescalas ($t=2,669$; $p\text{value}=0,008$). Constata-se que os sujeitos do gênero masculino têm uma aceitação ou legitimam mais a violência contra a mulher nas relações de intimidade. Para a Escala de Modelos de Intervenção ($t= 0,328$; $p\text{value}=0,743$), Escala de Percepção de Competências ($t=1,115$; $p\text{value}= 0,265$), Escala de Identificação de Necessidades de Formação ($t=0,320$; $p\text{value}=0,749$), e Escala de Caracterização dos Contextos da Prática ($t=0,127$; $p\text{value}=0,899$) não existe porém diferenças significativas para um $\alpha = 0,05$, constatando-se que $p\text{ value} > \alpha$ (ver Tabela 9).

Tabela 9- Efeito da variável “gênero” nas/os crenças/significados e nas escalas do domínio das práticas: médias e resultados do teste de t student

	Masculino	Feminino	t	P value
	média	média		
ECVCtotal	46,8455	42,6905	2,669	0,008
ECVC4Privacidade	12,3948	11,3276	2,709	0,007
ECVC1banalização	27,4249	24,7527	2,622	0,009
ECVC2Conduta	18,1845	16,4378	2,595	0,010
ECVC3Externas	16,4249	15,0903	2,310	0,021
Escala de Caracterização do Contexto da Prática	36,1502	36,1049	0,127	0,899
Escala de Percepção de Necessidades de Formação	22,6609	22,7430	0,320	0,749
Escala de Percepção de Competências	22,6824	22,9829	1,115	0,265
Escala de Modelos de Intervenção	46,2060	46,0471	0,328	0,743

Para a variável “idade”, os resultados mostraram que para um $\alpha = 0,05$, verifica-se um $p\text{ value} < \alpha$, pelo que existe efeito da idade nos/as significados/crenças atribuídos/as pelos profissionais quer para a Escala total ($t=4,358$; $p\text{value}=0,000$), quer para as 4 subescalas. Constata-se que para idades mais elevadas existe uma maior aceitação da violência conjugal/ nas relações de intimidade, para qualquer uma das escalas. Para a Escala de Modelos de Intervenção ($t=0,046$; $p\text{value}=0,963$), Escala de Percepção de Competências ($t=0,462$; $p\text{value}=0,644$), Escala de Identificação de Necessidades de Formação ($t=0,415$; $p\text{value}=0,678$) e Escala de caracterização dos

Contextos da Prática ($t=0,043$; $pvalue= 0,966$) não existe porém diferenças significativas para um $\alpha = 0,05$, constatando-se que $p\ value\ é\ >\ \alpha$ (ver Tabela 10).

Tabela 10- Efeito da variável “idade” nas/os crenças/significados e nas escalas do domínio das práticas : médias e resultados do teste de t student

	< 45 anos	\geq 45 anos	t	P value
	média	média		
ECVCtotal	41,9938	48,9095	4,358	0,000
ECVC4Privacidade	11,1691	12,8632	4,225	0,000
ECVC1banalização	24,3169	28,6887	4,216	0,000
ECVC2Conduta	15,9773	19,3832	5,012	0,000
ECVC3Externas	14,8495	17,0986	3,826	0,000
Escala de Caracterização do Contexto	36,1152	36,1308	0,043	0,966
Escala de Percepção de Necessidades de Formação	22,7490	22,6402	0,415	0,678
Escala de Percepção de Competências	22,9218	22,7944	0,462	0,644
Escala de Modelos de Intervenção	46,1070	46,0841	0,046	0,963

Para a variável “anos de serviço”, os resultados mostraram que para um $\alpha = 0,005$, verifica-se um $p\ value < \alpha$, pelo que existe um efeito significativo da idade nos/as significados/crenças atribuídos/as pelos profissionais quer para a Escala total ($t=8,666$; $pvalue=,000$), quer para as 4 subescalas. Constata-se que para idades mais elevadas existe uma maior aceitação da violência conjugal/ nas relações de intimidade, para qualquer uma das escalas. Para as Escalas de Percepção de Competências ($t=1,639$; $pvalue= ,195$), de Identificação de Necessidades de Formação ($t=0,475$; $pvalue= ,622$), e de caracterização dos Contextos da Prática ($t=1,513$; $pvalue=,221$) não existem porém diferenças significativas para um $\alpha = 0,05$, constatando-se que $p\ value\ é\ >\ \alpha$. Para a Escala de Modelos de Intervenção ($t=3,604$ $pvalue= ,028$) e para um $\alpha = 0,05$, verifica-se um $p\ value < \alpha$, o que confirma que a variável “anos de serviço”, influencia os Modelos de Intervenção da pratica clínica. Assim, podemos afirmar que os profissionais com menos de 10 anos de profissão são aqueles que apresentam a pontuação da escala mais elevada o que configura uma apetência para o desempenho profissional com base

no modelo holístico. A partir dos 20 anos de profissão constata-se também uma intenção para a prestação holística de cuidados (ver Tabela 11).

Tabela 11- Efeito da variável “anos de serviço” nas/os crenças/significados e nas escalas do domínio das práticas: médias e resultados da Anova e teste Pos-hoc Bonferroni

	<10 anos média	10-20 media	>20	F	P value
ECVCtotal	40,53 ^a	44,51	47,80 ^b	8,666	,000
ECVC1banalização	23,35 ^a	25,85	28,01 ^b	8,590	,000
ECVC2Conduta	15,36 ^a	16,894	18,97 ^b	11,469	,000
ECVC3Externas	14,41 ^a	15,72	16,65 ^b	8,666	,000
ECVCPrivacidade	10,90 ^a	11,72	12,55 ^b	6,018	,003
Escala de Caracterização do Contexto	36,36	35,68	36,25	1,513	,221
Escala de Percepção de Necessidades de Formação	22,82	22,54	22,75	0,475	,622
Escala de Percepção de Competências	23,11	22,55	22,92	1,639	,195
Escala de Modelos de Intervenção	46,77 ^a	45,27 ^b	46,10	3,604	,028

Nota: medias na mesma linha com diferentes subscritos apresenta uma diferença significativa para $p < .005$

No nosso estudo pretendemos perceber se o facto de ter conhecimento de casos de violência conjugal/nas relações de intimidade entre amigos e/ou familiares, tem efeitos nos/as significados/crenças sobre o fenómeno da violência, assim como nas escalas do domínio da prática. Verifica-se de facto, significância estatística entre o conhecer casos de violência e a percepção das necessidades de formação ($t= 2,5709$ $pvalue=0,0104$), ou seja, quantos mais casos conhece de violência conjugal/ nas relações de intimidade mais identifica necessidades de formação. Para um nível de significância $\alpha = 0,05$, verifica-se que $p\ value\ é < \alpha$, pelo que podemos afirmar que o conhecimento de casos de violência no círculo de convivência, estimula a procura continuada de novos saberes. (ver Tabela 12).

Tabela 12- Efeito da variável “Conhecimento de problemas de violência conjugal entre os seus familiares e amigos” nas/os crenças/significados e nas escalas do domínio das práticas: médias e resultados do teste t student

	Tem conhecimento média	Não tem conhecimento média	t	P value
ECVCtotal	44,9395	43,5036	0,9535	0,3407
ECVC4Privacidade	11,8516	11,5690	0,7422	0,4582
ECVC1banalização	26,1773	25,2771	0,9142	0,3609
ECVC2Conduta	17,3768	16,7874	0,8990	0,3690
ECVC3Externas	15,8127	15,3527	0,8253	0,4095
Escala de Caracterização do Contexto	36,0423	36,1783	0,3983	0,6905
Escala de Percepção de Necessidades de Formação	23,0880	22,4578	2,5709	0,0104
Escala de Percepção de Competências	22,8627	22,9012	0,1487	0,8819
Escala de Modelos de Intervenção	46,4789	45,8410	1,3707	0,1709

3.1.3- Associação entre variáveis

Para verificar se existe associação entre o número de anos de exercício da profissão e as/os crenças/significados sobre a violência conjugal/nas relações de intimidade contra a mulher, aplicou-se o coeficiente de correlação de Pearson, cujos resultados demonstram uma evidência estatisticamente significativa de correlação, para um nível de significância de 0,01, entre os anos de exercício profissional e a expressão de crenças de legitimação da violência. Isto é, quantos mais anos de serviço têm os profissionais, mais são as crenças “negativas“ para o fenómeno da violência, tendencialmente para aceitação, tanto para a ECVC total, como para as 4 sub-escalas (ver Tabela 13).

Também através da aplicação do coeficiente de correlação de Pearson, verificámos uma correlação significativa positiva e forte entre a escala de Modelos de Intervenção e as escalas de Caracterização do Contexto de Cuidados, Necessidades de

Formação e de Percepção de Competências. Isto é, quanto mais os profissionais acreditam no modelo holístico de cuidados, mais sentem a necessidade de formação e de adequação do contexto, assumindo contudo, ser competentes (ver Tabela 13).

Tabela 13- Coeficiente de correlação de Pearson entre todas as escalas e o número de anos de serviço

	Há quantos anos exerce a profissão	ECVCtotal	ECVC4Privacidade	ECVC1b análise	ECVC2Conduta	ECVC3Externas	EscalaContexto	Escala Necessidade Formação	EscalaCompetencia
ECVCtotal	,218**								
ECVC4Privacidade	,176**	,923**							
ECVC1b análise	,217**	,981**	,894**						
ECVC2Conduta	,254**	,969**	,889**	,952**					
ECVC3Externas	,184**	,918**	,863**	,841**	,895**				
EscalaContexto	,056	-,224**	-,269**	-,215**	-,193**	-,201**			
Escala Necessidade Formação	-,018	-,183**	-,274**	-,165**	-,163**	-,199**	,452**		
EscalaCompetencia	,000	-,207**	-,284**	-,179**	-,184**	-,225**	,593**	,506**	
Escala Modelos Intervenção	-,014	-,210**	-,238**	-,195**	-,199**	-,241**	,595**	,493**	,653**

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

Verifica-se ainda, uma correlação significativa e negativa entre a escala de Modelos de Intervenção e a Escala de Crenças sobre a Violência Conjugal total e as suas subescalas (tabela 13). Isto é, quanto mais os profissionais advogam um modelo holístico de intervenção, menos legitimam ou aceitam a violência conjugal.

3.2- Dados qualitativos

3.2.1- Análise de conteúdo da pergunta “Quando penso nas características

.....de uma mulher vítima....., lembro-me de.....”

Para estimular o maior número de respostas a esta questão foram colocadas 10 linhas para os sujeitos responderem.

Foi usada uma análise de conteúdo convencional (Hsieh e Shannon, 2005), em que os códigos são definidos durante a análise de dados, isto é, os códigos derivam dos dados. Este tipo de análise é particularmente interessante quando estamos a fazer um estudo exploratório, em que o investigador quer evitar usar categorias preconcebidas (Kondracki e Wellman, 2002) procurando o chamado desenvolvimento indutivo de categorias (Mayring, 2000).

1. Os dados foram recolhidos através de uma questão aberta em questionário em papel;
2. A análise de dados começa com a leitura de todas as respostas e a separação em unidades de análise. Como foram colocadas 10 linhas cuja dimensão de cada uma era sensivelmente metade da folha, os sujeitos tendiam a por uma ideia por linha o que facilitou esta tarefa. Foram aqui eliminadas as repetições de palavras e as palavras foram colocadas no singular.
3. Foram listadas todas as palavras diferentes e depois 3 juízes independentemente juntaram as palavras que consideravam que tinham o mesmo significado, pensamento ou conceito. Posteriormente, os 3 juízes juntaram-se e por consenso definiram as palavras que no contexto da temática do estudo tinham o mesmo significado. Ficamos assim com um conjunto de temas.
4. Depois esses temas são organizados em grupos (Morse e Field, 1995; Patton, 2002;).
5. Depois é apresentada uma definição de cada categoria ou subcategoria, usando as palavras que surgiram no texto (Morse e Feild, 1995)
6. Tendo por base as categorias, todas respostas dos sujeitos foram classificadas e obtemos assim a partir dos dados qualitativos uma matriz de dados quantitativos. Estes dados são colocados no SPSS e os dados são explorados, tendo em conta as outras variáveis estudadas. Podemos dizer que esta última fase se enquadra na chamada análise de conteúdo sumativa (Kondracki e Wellman, 2002).

Juízes

A equipa de juízes foi composta por 3 pessoas, 1 psicóloga e duas licenciadas fora da área da psicologia. O uso de 3 juízes teve como objetivo reduzir os enviesamentos na análise (Patton, 2002). Com o mesmo objetivo usou-se júris fora da área de estudo.

Resultados

Inicialmente obtiveram-se dos 700 inquéritos 2824 palavras, com uma média por sujeito de 4,03 palavras, com um mínimo de 1 palavra e um máximo de 10 palavras.

O primeiro resultado interessante é que 93 sujeitos (13,3%) – consideraram não existirem traços diferenciadores das vítimas de violência conjugal e os outros; “aparecem em todos os estratos socioeconómicos e em todos graus académicos”, “não existe um padrão físico ou psicológico”, “qualquer mulher”. Destes 93, 73 foram referidos por enfermeiros (13,8 %) e 20 por médicos (11,8 %). Pela aplicação do teste qui-quadrado, o resultado mostrou que a diferença entre profissões não tem significância estatística.

3.2.1.1- Representação das características físicas das mulheres vítimas de violência conjugal

Ambivalência entre a categoria **Aspetto Cuidada**, como “alguém bem-arranjada, “bem vestida”, “aparenta bom aspeto”, “aparenta aspeto cuidado”, “maquilhada”, “apresentação apurada” foi referido por 34 sujeitos (5%) e a categoria **Aspetto Descuidado**, como “aspeto físico descuidada”; “pouco cuidada”, “estética pobre” “desleixada”, foi referida por 53 sujeitos (7,6%).

Categoria **Bonita** com expressões “bonita” ou “bela”, foi referida por 24 sujeitos (3,4%). Categoria **Magra** com expressões “magra”, “desnutrida”; “magreza” foi referido por 16 sujeitos (2,3%). Categoria **Baixa estatura** com expressões “baixa estatura”; “pequena”; “baixa; “pequena fisicamente”, foi referida por 14 sujeitos (2,0%)

Tabela 14- Características físicas das mulheres vítimas de violência
conjugal

Nome da categoria	Expressões	N (%)	Médicos (N=172)	Enfermeiros (N=528)
Aspecto Cuidado	“alguém bem-arranjada”; “bem vestida”; “maquilhada”; “apresentação apurada”	34 (5%)	10 (5,8 %)	24 (4,5 %)
Aspecto Descuidado	“aspecto físico descuidada”; “pouco cuidada”; “estética pobre” “desleixada”	53 (7,6%)	19 (11,0 %)	34 (6,4 %)
Bonita	“bonita” ou “bela”	24 (3,4%)	5 (2,9 %)	19 (3,6 %)
Magra	“magra”; “desnutrida”; “magreza”	16 (2,3%)	3 (1,7 %)	13 (2,5 %)
Baixa Estatura	“baixa estatura”; “pequena”; “baixa; “pequena fisicamente”	14 (2%)	2 (1,2 %)	12 (2,3 %)

Para avaliar se a referência a características físicas depende da profissão recorreu-se ao teste de Qui-quadrado de independência implementado no software SPSS (V22) como descrito em Maroco (2007). Considerou-se uma probabilidade de erro de 0,05 em todas as análises inferenciais. Os resultados mostraram que apenas em relação ao **Aspecto descuidado** se verificaram diferenças significativas ($\chi^2 (1) = 4.384$; $p = 0.36$; $N = 700$), com os médicos a referirem mais esta categoria do que os enfermeiros (tabela 14).

3.2.1.2- Representação das características sociodemográficas das mulheres vítimas de violência conjugal

Categoria **Baixas Condições Económicas** com expressões “pobreza”; “baixos rendimentos”; “baixas condições económicas”, “financeiramente débil”, “falta de dinheiro”, foi referida por 56 sujeitos (8,0%). Categoria **Desemprego** que foi referida por 33 sujeitos (4,7%), sendo usado o termo tanto no feminino como no masculino sem que seja claro se estão sempre a referir-se ao elemento feminino do casal ou por vezes à existência de desemprego num dos elementos do casal.

Categoria **Dependência Económica do Marido** com expressões “dependência financeira do marido”; “dependência económica do companheiro”; foi referida por 163 sujeitos (23,3%).

Categoria **Com Filhos** com expressões “com filhos”; “mãe”; mas também expressões que centram a problemática na presença de filhos como “medo pelos filhos”; “suporta para proteger os filhos “etc.”, foi referida por 15 sujeitos (2,0%). Categoria **Dona de casa** foi referida por 136 sujeitos (19,4%).

Categoria **Baixa Escolaridade** com expressões “baixa educação”; “baixo nível intelectual”; “baixa habilitações literárias”, foi referida por 17 sujeitos (2,1%).

Categoria **Ausência de Informação** com expressões “falta de informação”; “ausência de informação sobre os seus direitos”; “pouco acesso à informação”, foi referida por 15 sujeitos (2,4%).

Podemos ainda incluir 2 categorias que se relacionam com as condições sociais que são a **Falta de apoio familiar e social**, e o **Isolamento social**. A categoria **Falta de apoio familiar e social** com expressões “falta de apoio familiar”; “falta de assistência familiar”; foi referida por 32 sujeitos (4,6%). Categoria **Isolamento Social** com expressões “isolada”; “isolamento social”; “isolada do grupo de afetos”, foi referida por 83 sujeitos (11,9%).

Categoria **História de Violência Familiar** com expressões como “história de ter vivido violência entre os pais”, “testemunha de violência familiar na infância”, “vivência de violência na infância do pai para a mãe”, foi referida por 66 sujeitos (9,5%).

Tabela 15- Características sociodemográficas das mulheres vítimas de violência conjugal

Nome da categoria	Expressões	N (%)	Médicos (N=172)	Enfermeiros (N=528)
Baixas Condições Económicas	“pobreza”; “baixos rendimentos”; “baixas condições económicas”, “financeiramente débil”, “falta de dinheiro”	56 (8%)	13 (7,6%)	43 (8,1%)
Desemprego	“Desemprego”	33 (4,7%),	5 (2,9%)	28 (5,3%)
Dependência económica do marido	“dependência financeira do marido”; “dependência económica do companheiro”	163 (23,3%).	27 (15,7%)	136 (25,7%)
Com Filhos	“com filhos”; “mãe”;	15 (2,0%)	2 (1,2%)	13 (2,5%)
Dona de casa	“Dona de casa”	136 (19,4%)	4 (2,4%)	12 (2,3%)
Baixa Escolaridade	“baixa educação”; “baixo nível intelectual”; “baixa habilitações literárias”	17 (2,1%).	2 (1,2%)	15 (2,8%)
Ausência de Informação	“falta de informação”; “ausência de informação sobre os seus direitos”; “pouco acesso à informação”	15 (2,4%)	3 (1,7%)	12 (2,3%)
Falta de apoio Familiar	“falta de apoio familiar”; “falta de assistência familiar”	32 (4,6%).	2 (1,2%)	30 (5,7%)
Isolamento social	“isolada”; “isolamento social”; “isolada do grupo de afetos”	83 (11,9%)	11 (6,4%)	72 (13,6%)
Historia de Violência familiar	“historia de ter vivido violência entre os pais”, “testemunha de violência familiar na infância”, “vivencia de violência na infância do pai para a mãe”	66 (9,55)	3 (1,7%)	63 (11,9%)

Para avaliar se a referência a características sociodemográficas depende da profissão recorreu-se ao teste de Qui-quadrado de independência implementado no software SPSS (V22) como descrito em Maroco (2007). Considerou-se uma probabilidade de erro de 0,05 em todas as análises inferenciais. Os resultados mostraram que em relação à **Dependência económica do marido** se verificaram diferenças significativas entre médicos e enfermeiros ($\chi^2 (1) = 6.497$; $p = 0.11$; $N = 700$), referindo-se os médicos em menor número a esta categoria do que os enfermeiros. Em três outras categorias, **Falta de apoio familiar** ($\chi^2 (1) = 5.809$; $p = 0.16$; $N = 700$), **Isolamento social** ($\chi^2 (1) = 5.996$; $p = 0.014$; $N = 700$), e **História de violência familiar** ($\chi^2 (1) = 15.082$; $p = 0.00$; $N = 700$), verificaram-se diferenças com significância estatística entre as duas profissões, sendo os enfermeiros aqueles que as validam mais (tabela 15).

3.2.1.3- Representação das características e estados psicológicas/os das mulheres vítimas de violência conjugal

Categoria **Baixa autoestima** com expressões “Baixa autoestima”; “Sentimento de inferioridade”; “Pessoa que não se valoriza”; “Baixa autoconfiança”, foi referida por 184 sujeitos (26,3%). Categoria **Insegura** com expressões “Insegura”; “Insegurança”; “Medo de tomar decisões”, foi referida por 67 sujeitos (9,6%). Categoria **Sentimento de culpa** com expressões “Complexo de culpa”; “Sentimento de culpa”, foi referida por 94 sujeitos (13,4%). Categoria **Fragilidade** com expressões “Frágil”; “Debilidade emocional”, foi referida por 119 sujeitos (17%). Categoria **Depressão** com expressões “Depressão”; “Deprimida”; “Humor depressivo”, foi referida por 65 sujeitos (9,3%).

Categoria **Tristeza** com expressões “Triste”; “Fácies de tristeza”, foi referida por 120 sujeitos (17,1%). Categoria **Dor** com expressões “Dor”; “Sofrimento”; “Fácies de sofrimento”, foi referida por 56 sujeitos (8%). Categoria **Ansiosa** “Ansiosa”; “Inquieta”; “Angústia”, foi referida por 28 sujeitos (4%). Categoria **Desespero** com expressões “Desespero”, foi referida por 51 sujeitos (7,3%). Categoria **Apática** com expressões “Apática”; “Falta de ânimo”; “Baixa energia vital”; “Sem vontade de realizar as tarefas diárias”, foi referida por 36 sujeitos (5,3%). Categoria **Introvertida** com expressões “Introvertida”; “Calada”; “Reservada”; “Silenciosa”; “Tímida”, foi referida por 88 sujeitos (12,6%).

Categoria **Labilidade emocional** com expressões “Choro fácil”; “Labilidade emocional”; “Choro persistente”, foi referida por 22 sujeitos (3,1%). Categoria **Difícil**

contacto visual com expressões “Difícil estabelecer contacto visual”; “Olhar vago e distante”; “Não suporta o olhar”; “Evita o olhar”, foi referida por 14 sujeitos (2%).

Categoria **Discurso evasivo** com expressões “Discurso evasivo”, “Dificuldade em comunicar”; “Atitude evasiva”; “Não explica as causas”; Pouca vontade de falar”, foi referida por 24 sujeitos (3,4%).

Categoria **Submissa** com expressões “Submissa”; “Sem vontade própria”; “Obediente”; “Passiva”, foi referida por 113 sujeitos (16,1%). Categoria **Dependente** com expressões “Dependência afetiva”; “Dependência emocional e psicológica”, foi referida por 137 sujeitos (19,6%).

Tabela 16- Características/estados psicológicos/os das mulheres vítimas de violência conjugal

Nome da categoria	Expressões	N (%)	Médicos (N=172)	Enfermeiros (N=528)
Baixa Auto-estima	“Baixa autoestima”; “Sentimento de inferioridade”; “Pessoa que não se valoriza”; Baixa autoconfiança”	184 (26,3%)	26 (15,1%)	158 (29,9%)
Insegura	“Insegura”; “Insegurança”; “Medo de tomar decisões”	67 (9,6%)	14 (8,1%)	53 (10,0%)
Sentimento de Culpa	“Complexo de culpa”; “Sentimento de culpa”	94 (13,4%)	20 (11,6%)	74 (14,0%)
Fragilidade	“Frágil”; “Debilidade emocional”	119 (17%)	25 (14,5%)	94 (17,8%)
Depressão	“Depressão”; “Deprimida”; “Humor depressivo”	65 (9,3%)	10 (5,8%)	55 (10,4%)
Tristeza	“Triste”; “Fácies de tristeza”	120 (17,1%)	21 (12,2%)	98 (18,6%)
Dor	“Dor”; “Sofrimento”; Fácies de sofrimento”	56 (8%)	13 (7,6%)	43 (8,1%)
Ansiosa	“Ansiosa”; “Inquieta”; “Angústia”	28 (4%)	3 (1,7%)	25 (4,7%)
Desespero	“Desespero”	51 (7,3%)	3 (1,7%)	18 (3,4%)
Apática	“Apática”; “Falta de ânimo”; “Baixa energia vital”; “Sem vontade de realizar as tarefas diárias”;	36 (5,3%)	16 (9,3%)	20 (3,8%)
Introvertida	“Introvertida”; “Calada”; “Reservada”; “Silenciosa”; “Tímida”	88 (12,6%)	19 (11,0%)	69 (13,1%)
Labilidade Emocional	“Choro fácil”; “Labilidade emocional”; “Choro persistente”;	22 (3,1%)	4 (2,3%)	17 (3,2%)
Difícil contacto visual	“Difícil estabelecer contacto visual”; “Olhar vago e distante”; “Não suporta o olhar”; “Evita o olhar”	14 (2%)	3 (1,7%)	11 (2,1%)
Discurso Evasivo	“Discurso evasivo”, “Dificuldade em comunicar”; “Atitude evasiva”; “Não explica as causas”; Pouca vontade de falar”	24 (3,4%)	6 (3,5%)	18 (3,4%)
Submissa	“Submissa”; “Sem vontade própria”; “Obediente”; “Passiva”	113 (16,1%)	10 (5,8%)	102 (19,3%)
Dependente	“Dependência afetiva”; “Dependência emocional e psicológica”;	137 (19,6%)	22 (12,8%)	115 (21,8%)

Para avaliar se a referência a características/estados psicológicas/os das mulheres vítimas de violência doméstica depende da profissão recorreu-se ao teste de Qui-quadrado de independência implementado no software SPSS (V22) como descrito em Maroco (2007). Considerou-se uma probabilidade de erro de 0,05 em todas as análises inferenciais. Os resultados mostraram que em três categorias, **Baixa autoestima** (χ^2 (1)= 14.930; p= 0.000; N= 700), **Submissa** (χ^2 (1)= 17.023; p= 0.000; N= 700) e **Dependente** (χ^2 (1)= 5.917; p= 0.015; N= 700), verificaram-se diferenças com significância estatística entre as duas profissões, sendo os enfermeiros aqueles que as pronunciam mais (tabela 16).

3.2.1.4- Representação das razões pelas quais as mulheres vítimas de violência conjugal se mantêm na relação e não a denunciam

Para além dos outros fatores identificados anteriormente, como os fatores psicológicos e sociodemográficos foram ainda identificadas alguns fatores que justificam a permanência da mulher na relação.

Categoria **Manter a estabilidade familiar**, com expressões “Manter a estabilidade familiar”; “Manter a união do casal”; “Preservar a família”; “Defensora da estabilidade familiar”; “Bastião da estabilidade familiar”, foi referida por 50 sujeitos (7,1%). Categoria **Medo**, com expressões “Medo”, foi referida por 106 sujeitos (15,1%). Categoria **Medo do efeito nos filhos**, com expressões “Medo de perder os filhos”; “Medo de prejudicar os filhos”; “Medo do impacto nos filhos”, foi referida por 128 sujeitos (18,3%).

Categoria **Medo da censura social**, com expressões “Medo da censura social”; “Receio de ser censurada”, foi referida por 35 sujeitos (5%). Categoria **Medo de represálias**, com expressões “Medo das consequências”; “Medo das represálias”; “Medo de retaliações”, foi referida por 45 sujeitos (6,4%). Categoria **Vergonha**, com expressões “Vergonha de pedir ajuda”; “Vergonha de se expor”, foi referida por 81 sujeitos (11,6%).

Tabela 17- Razões pelas quais as mulheres vítimas de violência conjugal se mantêm na relação e não a denunciam

Nome da categoria	Expressões	N (%)	Médicos (N=172)	Enfermeiros (N=528)
Manter a estabilidade familiar	“Manter a estabilidade familiar”; “Manter a união do casal”; “Preservar a família”; “Defensora da estabilidade familiar”; “Bastião da estabilidade familiar”	50 (7,1%)	9 (5,2%)	41 (7,8%)
Medo	“Medo”	106 (15,1%)	13 (7,6%)	93 (17,6%)
Medo do efeito nos filhos	“Medo de perder os filhos”; “Medo de prejudicar os filhos”; “Medo do impacto nos filhos”;	128 (18,3%)	22 (12,8%)	106 (20,1%)
Medo da censura social	“Medo da censura social”; “Receio de ser censurada”	35 (5%)	7 (4,1%)	28 (5,3%)
Medo das Represálias	“Medo das consequências”; “Medo das represálias”; “Medo de retaliações”	45 (6,4%)	7 (4,1%)	38 (7,2%)
Vergonha	“Vergonha de pedir ajuda”; “Vergonha de se expor”	81 (11,6%)	11 (6,4%)	70 (13,3%)

Para avaliar se a referência às razões pelas quais as mulheres vítimas de violência doméstica se mantêm na relação e não a denunciam, recorreu-se ao teste de Qui-quadrado de independência implementado no software SPSS (V22) como descrito em Maroco (2007). Considerou-se uma probabilidade de erro de 0,05 em todas as análises inferenciais. Os resultados mostraram que em três categorias, **Vergonha** (χ^2 (1)= 5.233; p= 0.022; N= 700), **Medo** (χ^2 (1)= 9.481; p= 0.002; N= 700) e **Medo do efeito nos filhos** (χ^2 (1)= 3.829; p= 0.050; N= 700), verificaram-se diferenças com significância estatística entre as duas profissões, sendo os enfermeiros aqueles que as pronunciam mais (tabela 17).

3.2.2- Análise de conteúdo da pergunta “Quando penso em cuidar de uma mulher..... penso que.....”

Inicialmente obtiveram-se dos 700 inquiridos 1656 palavras, com uma média por sujeito de 2,36 palavras, com um mínimo de 1 palavra e um máximo de 6 palavras. O primeiro resultado interessante é que 157 dos inquiridos (22,4%), afirmam que “Não têm capacidade, ou conhecimentos, para responder a estas situações”, dos quais 62 são médicos e 95 são enfermeiros o que, em termos percentuais (ver tabela 18), significa que este reconhecimento de falta de competências para cuidar da mulher vítima de violência por parceiro íntimo, é mais evidente nos médicos. Talvez como consequência desta afirmação, 39,4 % dos sujeitos (N=236), considera que “Necessita ou tem falta de formação”, dos quais 34 (19,8 %) são médicos e 202 (38,3 %) são enfermeiros.

Verifica-se ainda uma percentagem não desprezível (5%) de sujeitos que afirmam que os profissionais não têm as “Atitudes adequadas à situação”.

3.2.2.1- Referência à incapacidade ou necessidade de formação para intervir na mulher vítima de violência conjugal

Categoria **Não tenho conhecimentos**, com expressões “ Não tenho conhecimentos”; “ Não tenho capacidades”; “Não me sinto à vontade”; “Falta-me experiência”; “ Não sabem como agir”; “ Não tenho formação suficiente”; “ Os profissionais não estão devidamente preparados”, foi referida por 157 sujeitos (22,4%). Categoria **Atitudes profissionais inadequadas**, com expressões “ Atitudes dos profissionais são inadequadas”; “Atitudes dos profissionais são insuficientes”; “...não são corretas...”; “ Nem todos os profissionais se preocupam”; “ Atitude de desvalorizar a situação”; “ Atitudes negligentes dos profissionais”; “ Por vezes os profissionais negligenciam sinais”; “ Existe desleixo”, foi referida por 34 sujeitos (5,0%). Categoria **Necessidade de formação**, com expressões “ Preciso de formação”; “ Falta de formação”; “ Os profissionais precisam de formação e não basearem-se no bom senso”; “ Existe desinformação”; “ Falta de formação para saber dar o encaminhamento adequado”, foi referida por 236 sujeitos (33,7%).

Tabela 18- Percepção de incapacidade ou necessidade de formação para intervir na mulher vítima de violência conjugal

Nome da categoria	Expressões	N (%)	Médicos (N=172)	Enfermeiros (N=528)
Não tenho conhecimentos	“ Não tenho conhecimentos”; “ Não tenho capacidades”; “Não me sinto à vontade”; “Falta-me experiência”; “ Não sabem como agir”; “ Não tenho formação suficiente”; “ Os profissionais não estão devidamente preparados”	157 (22,4%)	62 (36 %)	95 (18%)
Atitudes dos profissionais inadequadas	“ Atitudes dos profissionais são inadequadas”; “Atitudes dos profissionais são insuficientes”; “...não são corretas...”; “ Nem todos os profissionais se preocupam”; “ Atitude de desvalorizar a situação”; “ Atitudes negligentes dos profissionais”; “ Por vezes os profissionais negligenciam sinais”; “ Existe desleixo”	34 (5 %)	18 (10,5%)	16 (3 %)
Necessidade de Formação	“ Preciso de formação”; “ Falta de formação”; “ Os profissionais precisam de formação e não basearem-se no bom senso”; “ Existe desinformação”; “ Falta de formação para saber dar o encaminhamento adequado”	236 (33,7%)	34 (19,8%)	202 (38,3%)

Para avaliar se a percepção de incapacidade ou necessidade de formação para prestar cuidados à mulher vítima de violência por parceiro íntimo depende da formação, recorreu-se ao teste de Qui-quadrado de independência implementado no software SPSS (V22) como descrito em Maroco (2007). Considerou-se uma probabilidade de erro de 0,05 em todas as análises inferenciais. Os resultados mostraram que para as três categorias consideradas, existem diferenças significativas entre médicos e enfermeiros, verificando-se um predomínio para a referência dos médicos, nas categorias **Não tenho conhecimentos** ($\chi^2 (2) = 26.677$; $p= 0.000$; $N= 700$) e **Atitudes dos profissionais inadequadas** ($\chi^2 (2) = 14.999$; $p= 0.001$; $N= 700$), enquanto na categoria **Necessidade**

de Formação, são os enfermeiros que a evidenciam maioritariamente ($\chi^2 (2) = 35.656$; $p= 0.000$; $N= 700$) (tabela 18).

3.2.2.2- Modelo de Intervenção clínica e tipologia de cuidados dos profissionais perante a mulher vítima de violência conjugal

Categoria **Abordagem Holística**, com expressões “ É necessário uma abordagem holística”; “ Intervir de forma holística”; “Perceber o sujeito como um todo”; “Não se restringir ao tratamento das lesões físicas, mas perceber as lesões físicas e psicológicas”; “Intervir na vítima como um todo, percebendo o contexto de vida”; “ A vítima tem de ser vista como um todo e não só as lesões físicas”; “ Avaliar as necessidades totais da vítima”; “Não reduzir a vítima ao sofrimento físico”, foi referida por 66 sujeitos (9,4%). Categoria **Atitude de compreensão**, com expressões “ Atitude de compreensão”; “ Ser compreensivo”; “Empatia”; “ Relação de confiança”; “ Relação de confiança”; “ Acreditar no doente”, foi referida por 34 sujeitos (4,9%). Categoria **Apoio emocional**, com as expressões, foi referida por 236 sujeitos (33,7%).

Categoria **Disponibilidade para ouvir**, com expressões “Mostrar disponibilidade”; “ Ter disponibilidade para escutar”; “Estar atento ao que se diz e vê”; “Dar tempo à vítima”; “Prestar bastante atenção”; “Ter tempo”; “ Escutar a vítima”, foi referida por 193 sujeitos (27,6%). Categoria **Abster-se de fazer juízos de valor**, com expressões “ O profissional deve abster-se de emitir opiniões”; “ Não fazer juízos de valor”; “ Não ter preconceitos”; “ Abandonar preconceitos”; “ Não julgar”, foi referida por 106 sujeitos (15,1%). Categoria **Dar informação**, com expressões “Informar”; “ Dar informação às pessoas sobre recursos a que pode recorrer”; “ Informar para mostrar que há alternativas de vida”, foi referida por 48 sujeitos (6,9%).

Categoria **Garantir espaço que permita privacidade**, com expressões “Espaço que permita confidencialidade”; “ É necessário um espaço apropriado”; “Há falta de condições físicas para o atendimento”; “Garantir um espaço reservado para atendimento”; “ Garantir um espaço reservado para proteção máxima da vítima”, foi referida por 164 sujeitos (23,4%). Categoria **Incentivar a vítima a denunciar**, com expressões “ Estimular a denúncia”; “Incentivar a doente a denunciar a situação”; “ Incentivar a fazer queixa contra o agressor”; “ Orientar a vítima para denunciar o

agressor às autoridades”, foi referida por 96 sujeitos (13,7%). Categoria **Encaminhar para os serviços competentes**, com expressões “Encaminhar para os serviços de apoio”; “ Encaminhar para os profissionais”, foi referida por 265 sujeitos (37,9 %). Categoria **Denunciar**, com expressões “Denunciar”; “ Alertar as autoridades competentes”; “ Avisar a polícia”; “ Denunciar as situações graves”, foi referida por 46 sujeitos (6,6 %).

Tabela 19- Representação/Classificação dos cuidados a prestar pelos profissionais de saúde à mulher vítima de violência conjugal

Nome da categoria	Expressões	N (%)	Médicos (N=172)	Enfermeiros (N=528)
Abordagem Holística	“ É necessário uma abordagem holística”; “ Intervir de forma holística”; “Perceber o sujeito como um todo”; “Não se restringir ao tratamento das lesões físicas, mas perceber as lesões físicas e psicológicas”; “Intervir na vítima como um todo, percebendo o contexto de vida”; “ A vítima tem de ser vista como um todo e não só as lesões físicas”; “ Avaliar as necessidades totais da vítima”; “Não reduzir a vítima ao sofrimento físico”	66 (9,4%)	0	66 (12,5%)
Atitude de compreensão	“ Atitude de compreensão”; “ Ser compreensivo”; “Empatia”; “ Relação de confiança”; “ Acreditar no doente”	34 (4,9%)	7 (4 %)	27 (5,1%)
Apoio emocional	“Dar apoio afetivo”; “Apoio emocional”	236 (33,7%)	34 (19,8%)	202 (38,3%)
Disponibilidade para escutar	“Mostrar disponibilidade”; “ Ter disponibilidade para escutar”; “Estar atento ao que se diz e vê”; “Dar tempo à vítima”; “Prestar bastante atenção”; “Ter tempo”; “ Escutar a vítima”	193 (27,6%)	22 (12,8%)	171 (32,4%)

Abster-se de fazer juízos de valor	“ O profissional deve abster-se de emitir opiniões”; “ Não fazer juízos de valor”; “ Não ter preconceitos”; “ Abandonar preconceitos”; “ Não julgar”	106 (15,1%)	5 (2,9%)	101 (19,1%)
Dar informação	“Informar”; “ Dar informação às pessoas sobre recursos a que pode recorrer”; “ Informar para mostrar que há alternativas de vida”	48 (6,9%)	3 (1,7%)	45 (8,5%)
Garantir espaço que permita privacidade	“Espaço que permita confidencialidade”; “ É necessário um espaço apropriado”; “ Há falta de condições físicas para o atendimento”; “ Garantir um espaço reservado para proteção máxima da vítima”	164 (23,4%)	8 (4,7%)	156 (29,5 %)
Incentivar a vítima a denunciar	“ Estimular a denúncia”; “Incentivar a doente a denunciar a situação”; “ Incentivar a fazer queixa contra o agressor”; “ Orientar a vítima para denunciar o agressor às autoridades”	96 (13,7%)	14 (8,1%)	82 (15,5%)
Encaminhar para os serviços competentes	“Encaminhar para os serviços de apoio”; “ Encaminhar para os profissionais”	265 (37,9 %)	55 (32 %)	210 (39,8%)
Denunciar	“Denunciar”; “Alertar as autoridades competentes”; “ Avisar a polícia”; “ Denunciar as situações graves”	46 (6,6 %)	13 (7,6 %)	33 (6,2 %)

Para avaliar se a perceção/classificação dos cuidados a desenvolver pelos profissionais perante as situações de violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo depende da profissão, recorreu-se ao teste de Qui-quadrado de independência implementado no software SPSS (V22) como descrito em Maroco (2007). Considerou-se uma probabilidade de erro de 0,05 em todas as análises inferenciais. Os resultados mostraram que não há diferenças significativas entre os médicos e os enfermeiros relativamente às categorias **Encaminhar para os serviços competentes** e **Denunciar**,

verificando-se que, do conjunto das categorias que integram a representação/classificação que os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) assumem, dos cuidados a prestar, à mulher vítima de violência por parceiro íntimo, a categoria **Denunciar** é a única em que os médicos parecem demonstrar ser mais propensos do que os enfermeiros, a integrar na sua prática clínica as atividades inerentes, não obstante a diferença obtida não ter significância estatística.

No que respeita à categoria **Incentivar a vítima a denunciar**, verifica-se uma diferença marginalmente significativa ($\chi^2 (2) = 5.754$; $p = 0.056$; $N = 700$), para a qual os enfermeiros apresentam maior número de referências do que os médicos.

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas em relação a um conjunto de categorias, apresentando os enfermeiros em todas elas, um maior número de referências comparativamente aos médicos. Assim, em relação à categoria **Abordagem Holística**, os resultados evidenciam que os enfermeiros referem esta categoria significativamente mais vezes do que os médicos ($\chi^2 (2) = 23.240$; $p = 0.000$; $N = 700$). O mesmo acontece em relação à categoria **Atitude de compreensão** ($\chi^2 (2) = 16.527$; $p = 0.001$; $N = 700$), à categoria **Disponibilidade para escutar** ($\chi^2 (2) = 24.150$; $p = 0.000$; $N = 700$), à categoria **Dar informação** ($\chi^2 (2) = 9.121$; $p = 0.010$; $N = 700$) e à categoria **Garantir espaço que permita privacidade** ($\chi^2 (2) = 43.885$; $p = 0.000$; $N = 700$) (tabela 19).

4- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para a questão Será que a profissão médico/enfermeiro influencia as crenças dos profissionais sobre a violência conjugal contra a mulher?

Verificamos existir efeito da profissão nas crenças, com os resultados a evidenciarem significância estatística de que os médicos usam muito mais estereótipos do que os enfermeiros. Por outro lado, a visão holística do comportamento profissional, proposta por modelos ecológicos, permite aos enfermeiros concentrar a sua atenção nos diferentes tipos de influências sobre a saúde da pessoa o que, associado à maior proximidade funcional com o doente, na relação direta com o padrão de exercício profissional dos enfermeiros, permite a estes profissionais desenvolver intervenções apropriadas para modificar comportamentos relacionados à saúde (Taleb *et al.*, 2012).

Alguns estudos evidenciam que os médicos não parecem estar conscientes da disseminação da violência conjugal, acreditando que a mesma é pouco frequente e que, quando ocorre, é um assunto que pertence à esfera privada em que a privacidade deve ser respeitada (Fikree *et al.*, 2004; Koss *et al.*, 2001).

Fikree *et al.* (2004) refere-nos ainda que os médicos, em particular aqueles com mais anos de serviço, demonstram maior probabilidade de crer que a violência é por vezes aceitável, que as mulheres por vezes provocam os seus maridos e que, na sua tarefa como médicos, este problema não é central, nem o seu papel envolve aconselhar ou encaminhar a vítima (remetendo-se para a prescrição farmacológica para lidar com os sintomas). De forma também coincidente com os estudos acima, uma investigação qualitativa desenvolvida com médicos (Cruz *et al.*, 2007) revelou que aqueles tendiam a privilegiar as explicações intra-individuais para o abuso, como sejam o abuso de álcool e outras drogas, as situações de psicopatologia (e.g., depressão) ou os traços de personalidade (e.g., agressividade). Martin, Young, Billings e Bross (2007) através de uma revisão de literatura evidenciam que alguns significados que os profissionais médicos atribuem à violência contra a mulher no espaço íntimo, condicionam as suas práticas levando à adoção e respetiva manifestação de atitudes negativas. Por exemplo, segundo o referido autor, alguns profissionais médicos acham que a violência sexual pode ter origem (ser provocada) num comportamento inadequado da vítima.

Cho, Kyeong e Yang, (2015) no estudo realizado com o objetivo de identificar as crenças sobre a violência conjugal entre enfermeiros com prática clínica

em serviço de urgência e médicos de família concluíram que enquanto os enfermeiros, maioritariamente não concordaram com a afirmação de que as vítimas deveriam reconciliar-se com os agressores desde que estes se arrependessem dos atos agressivos, verificando-se o contrário com os médicos. Os autores do estudo defendem que este resultado pode ser atribuído a estereótipos de género, já que 88,6% dos participantes de enfermagem no estudo eram mulheres, em comparação com 74,7% de homens médicos em medicina familiar.

No que respeita à questão se nos profissionais de saúde, o género influencia as suas crenças sobre a violência conjugal contra a mulher?

Os resultados deste estudo confirmam, para ambos os grupos profissionais, médicos e enfermeiros, que o género masculino aceita e legitima mais a violência conjugal /nas relações de intimidade, do que as mulheres, ou seja tem uma maior tolerância para com a violência.

Estes resultados estão sobreponíveis com alguns estudos que também encontraram para o género masculino uma maior tolerância para com a violência nas relações de intimidade contra a mulher. Outro aspeto importante sobre a variável género é que para outros grupos profissionais que não da área da saúde, ou mesmo, para a população geral, também alguns estudos encontram no género masculino uma maior aceitação para este tipo de violência. Rose e Saunders (1986) como referido em (Woodtli, 2000) foram os primeiros a comparar as atitudes de enfermeiros e médicos com relação à violência conjugal contra a mulher. Eles descobriram que as enfermeiras e médicas foram mais simpáticas para com mulheres agredidas e eram menos propensos a acreditar que as vítimas são responsáveis pelo abuso do que os enfermeiros ou médicos. Essas atitudes foram percebidas como barreiras para intervirem em situações em que se suspeita de violência conjugal.

Enfermeiros e outros profissionais de saúde foram encorajados a confrontar as suas atitudes em relação às mulheres abusadas com as interações subsequentes que pretendem desenvolver com as mulheres abusadas.

Já num outro estudo, realizado na Nova Zelândia cujos inquiridos não eram profissionais de saúde, mas sim indivíduos da população em geral, Robertson *et al.* (2009), estudou as atitudes para com a violência por parceiro íntimo praticada pelos homens contra as mulheres tendo observado que a maioria dos participantes defenderam

que uma mulher não deve ser maltratada. Os resultados por sexo (gênero) dos participantes, não obstante mostrarem que as mulheres foram mais propensas que os homens a dizer que uma mulher “merece ser maltratada”, revelaram que as mulheres tinham uma atitude de mais forte desaprovação. No mesmo estudo, os autores procuraram também perceber se as atitudes dos participantes frente a abusos perpetrados por homens e por mulheres variavam ou não, tanto em função do seu próprio sexo como do sexo do agressor ou vítima, tendo as análises evidenciado que os participantes eram menos tolerantes à violência por parceiro íntimo perpetrada por um homem do que por uma mulher. Esta maior tolerância ao abuso perpetrado por mulheres foi muitas vezes associada à crença de que as mulheres não podem causar danos físicos tão graves como os homens. Concluiu-se ainda que as mulheres se opunham mais fortemente do que os homens à violência perpetrada pela mulher contra o homem.

O estudo efetuado por Robertson *et al.* (2009), para além da amostra com a população em geral, utilizou também uma amostra com estudantes, tendo-se verificado entre estes, relativamente aos participantes da população geral, uma maior tolerância à violência por parceiro íntimo praticada pelas mulheres contra os homens. Os níveis de não-aceitação da violência praticada pelos homens contra as mulheres, não registou diferenças significativas relativamente à população geral, não se verificando também diferenças significativas relacionadas ao gênero na amostra dos estudantes para as várias componentes de resposta.

Mendes e Cláudio (2010), também com uma amostra de estudantes (de enfermagem, engenharia e psicologia) acerca das crenças e atitudes sobre a violência conjugal, revelam que foram identificadas diferenças significativas nos dois gêneros, sendo que o gênero masculino apresentou uma maior aceitação da violência e uma maior banalização da pequena violência nas relações, pois estes consideram que certas condutas da mulher são responsáveis pela violência doméstica e utilizam como justificação o álcool, drogas e desemprego, ou sejam, causas externas.

Camacho (2015) no estudo realizado nos Estados Unidos com estudantes de enfermagem com o objetivo de investigar se a educação sobre violência doméstica e o gênero tinham efeito sobre as percepções de estudantes de enfermagem relativamente à violência por parceiro íntimo (IPV), concluiu que o gênero foi um preditor negativo significativo de atitudes em relação à IPV. De acordo com os resultados obtidos no estudo, mostrando que os enfermeiros (masculino) eram mais propensos a perceberem algumas formas de violência como aceitáveis e com a constatação que a população

masculina de estudantes de enfermagem aumenta, a autora infere que as crenças sobre a justificação da violência por parceiro íntimo podem aumentar e que, o setor da saúde pode ver um aumento da negatividade em relação a vítimas de violência por parceiro íntimo.

Matos *et al.* (2010) no estudo realizado em Portugal com diferentes grupos profissionais integrando Agentes da Polícia de Segurança Pública, Militares da Guarda Nacional Republicana, Magistrados do Ministério Público e Deputados constataram que os homens obtiveram valores sistematicamente mais elevados do que as mulheres em todos os fatores e na escala em geral, indicando uma posição mais desculpabilizante face a este tipo de problema, o que surge em concordância com outras investigações para estes grupos profissionais (Finn, 2005; Sun, 2007).

Gracia *et al.* (2015), através da revisão bibliográfica realizada, dizem-nos que em 18 estudos efetuados em 11 Países Europeus não foram encontradas diferenças significativas de género no que respeita às atitudes de “culpabilização da vítima”.

Relativamente à hipótese **H1**- As crenças em relação à violência conjugal, relacionam-se com os significados da prática profissional dos profissionais Médicos e de Enfermagem em ordem proporcionalmente inversa. Os resultados demonstram uma correlação significativa e negativa entre a escala de Modelos de Intervenção e a escala de Crenças sobre a Violência Conjugal total e as suas subescalas. Isto é, quanto mais os profissionais advogam um modelo holístico de intervenção, menos legitimam ou aceitam a violência conjugal. De acordo com estes resultados podemos rejeitar a hipótese nula e aceitar a hipótese de trabalho. Segundo Davidson, Grisso, Garcia-Moreno, King, Marchant (2001), os profissionais de saúde precisam de formação teórica e prática para a temática da violência por parceiro íntimo, por forma a manterem-se atualizados sobre a problemática e ganharem competências, quer ao nível da identificação das mulheres que sofrem/sofreram violência doméstica, quer ao nível dos cuidados e apoio a prestar no processo de intervenção clínica com essas mulheres.

Nos estudos de Lavis *et al.* (2005) e de Mendonza *et al.* (2005), cujos sujeitos foram enfermeiros, a grande maioria assinalou a necessidade de terem formação ao nível do que é a VC, do seu impacto na saúde das mulheres, em particular, das suas implicações psicológicas, dos aspetos legais para apoio às vítimas e do circuito de referenciação das vítimas.

Corroborando da necessidade de formação sentida pelos enfermeiros, Natan *et al.* (2010), verificaram igualmente no seu estudo, que os enfermeiros consideraram existir barreiras que condicionam e/ou afetam as suas práticas clínicas, tais como a falta de conhecimento, competências e habilidades, sobre como lidar com a VC, devido ao facto de não terem recebido formação.

Segundo Calvinho (2013), os profissionais de saúde devem ter formação que lhes permita a compreensão do fenómeno da violência conjugal contra a mulher, para desenvolverem práticas clínicas eficazes para o diagnóstico precoce, para a prestação de cuidados diretos, apoio e encaminhamento de mulheres.

A quase totalidade destes profissionais de saúde participantes do estudo expressou sentir falta de formação sobre a violência conjugal, para uma intervenção mais adequada, nomeadamente ao nível da capacidade comunicacional para abordar a situação, do conhecimento do fenómeno e de como intervir na família. A formação sobre violência conjugal numa perspetiva de saúde e preventiva é uma recomendação da OMS (2002) para os currículos dos cursos de medicina e de enfermagem (Calvinho, 2007).

A dificuldade manifestada por alguns profissionais sobre o estabelecimento dos limites entre os assuntos da vida privada e aqueles que são passíveis de intervenção clínica, remetem também para a necessidade de formação sobre comunicação em saúde e intervenção familiar (Ramos, 2004, 2007, 2012)

Um desafio sentido por estes profissionais foi o de conseguirem desconstruir as reações de ocultação da situação de violência e de resignação, mesmo quando a própria mulher relacionava o mal-estar na saúde com a vitimização. A formação dos profissionais sobre a violência facilita a compreensão destas reações pelo conhecimento da dinâmica da violência conjugal e os diversos mecanismos de adaptação da mulher a esta situação destruidora da saúde, entendendo o isolamento e a vulnerabilidade que lhe provoca e reduz a qualidade de vida (Curnow, 1997; Gelles e Straus, 1988; Humphreys *et al.* 2011^a; Ramos, 2004; Wijma *et al.*, 2007; WHO, 2002; Silva, 1995)

Os resultados obtidos neste estudo, indicam que existem profissionais de saúde que, na dependência do tempo de exercício, têm crenças sobre a violência nas relações conjugais que tendencialmente expressam aceitação pelo fenómeno, ou, pelo menos, convergem para a sua legitimação.

O facto de esta tendência estar relacionada com o aumento do número de anos de serviço, leva-nos a interrogar se, pelo facto de já terem assistido muitas vítimas em

reincidência, com uma atitude passiva, remetendo-se sistematicamente ao silêncio, perpetuando as agressões que ciclicamente se repetem, pode, eventualmente, desmotivar para uma prática de cuidados sem resultados, já que o profissional de saúde, exerce a sua atividade clínica na procura do resultado em saúde.

Não obstante todas as razões já elencadas, para tentar justificar um menor empenho e um maior distanciamento do profissional em relação à vítima, estes resultados contrariam conclusões de estudos recentes, que mostram os avanços que têm sido dados no sentido de se debater o problema e de se convergir para soluções comuns visando a sua prevenção, combate, apoio e reabilitação para também prevenir as recorrências (Berry, 2000; Gover, Brank e MacDonald, 2007; Straus, Kantor e Moore, 1997).

Por outro lado, não obstante o esforço global para enfrentar-se o problema, quer através de legislação de proteção da vítima, quer através de redes de apoio interdisciplinares e de maior proximidade, ainda observamos a demissão do dever de cidadania.

Um outro resultado que nos parece interessante deste estudo é o facto de, com significância estatística, os Médicos demonstrarem atitudes mais dirigidas para o modelo holístico de cuidados. Quer pela vocação da formação académica mais focalizada nas respostas às lesões orgânicas, quer depois pela formatação das suas práticas, com menos presença do que os enfermeiros junto aos doentes, não era exetável este resultado. Contudo, este resultado não valida práticas, revela atitudes, que, pela moda instalada de se ter que falar todos os dias de violência conjugal, pode, por isso, ser resultado de uma contaminação social, sem tradução na prática de campo.

Os resultados revelam ainda, uma correlação significativa e negativa entre a escala de Modelos de Intervenção e a escala de Crenças sobre a Violência Conjugal quer para a escala global, quer para as suas subescalas. Isto é, quanto mais os profissionais advogam um modelo holístico de intervenção, menos legitimam ou aceitam a violência conjugal. Este resultado vai de encontro à própria natureza do cuidado holístico, no qual o profissional intervém no todo e em cada uma das partes.

Significa isto que o profissional atende a vítima, estimulando a mesma a denunciar as suas necessidades, mesmo aquelas que não se vêem, nem se auscultam. É neste tipo de abordagem que o profissional deteta as fragilidades da pessoa e a complexidade das suas limitações e das suas não respostas ao problema. Neste contexto,

o profissional é obrigado a fazer aprendizagens, para uma observação que não se reduza à lesão física visível.

Para a **H2-** Os estereótipos em relação à vítima, relacionam-se com os significados da prática profissional dos profissionais Médicos e de Enfermagem em ordem proporcionalmente inversa. Os resultados qualitativos para a questão sobre os estereótipos inerentes à representação das características físicas, sociais e psicológicas, apontam que os enfermeiros têm estereótipos mais estruturados que os médicos para qualquer das categorias o que sugere que os enfermeiros pelo facto de o seu exercício profissional se predispor a um maior tempo de contacto com as vítimas, assim como, uma maior proximidade com as mesmas, pode parecer indicar que os enfermeiros têm mais probabilidade de ter um conhecimento total das vítimas o que, permitirá, fazer um acolhimento mais eficaz para o levantamento das necessidades de cuidados que a vítima apresenta. Por consequência, os diagnósticos mais ajustados às necessidades reais da vítima, também permitirão delinear um plano de cuidados mais abrangente assente no modelo holístico de cuidados em que o profissional intervém na pessoa como um todo.

Por outro lado, os resultados dos dados qualitativos referentes à questão que abordava os significados para a prática, ou seja, o modelo de intervenção, mostraram que os enfermeiros têm uma maior tendência a identificarem-se com o modelo holístico de cuidados. Se associarmos esta capacidade à sensibilidade demonstrada para perceber as necessidades de formação como via para o ganho de competências, como os resultados quantitativos indicaram, percebemos que os estereótipos em relação à vítima, influenciam os significados da prática profissional dos profissionais Médicos e de Enfermagem.

Wade (2009), num estudo que realizou não obstante ter apurado que quer os médicos, quer os enfermeiros só percebem a violência doméstica como uma emergência legítima quando a vítima apresenta lesões físicas, também concluiu que os enfermeiros reconheciam mais o paradigma holístico de cuidados, não descurando nas suas intervenções os aspetos psicossociais da violência conjugal.

Por outro lado a maior disponibilidade para fazer formação também pode indicar uma maior capacidade para intervir com o modelo holístico. Lettiere, Nakano e Rodrigues (2008) desenvolveram um estudo com médicos e enfermeiros, no Brasil, que evidenciou que os mesmos, embora considerem que a violência contra a mulher constitui um problema social sério, não evidenciaram conhecimento suficiente para

intervirem, reconhecendo a falta de formação como uma das causas para uma prática profissional centrada num paradigma biomédico em detrimento do conceito holístico.

Corroborando da necessidade de formação sentida pelos enfermeiros, Natan *et al.* (2010), verificaram igualmente no seu estudo, que os enfermeiros consideraram existir barreiras que condicionam e/ou afetam as suas práticas clínicas, tais como a falta de conhecimento, competências e habilidades, sobre como lidar com a VC, devido ao fato de não terem recebido formação.

5-CONCLUSÃO

A elaboração das escalas para o domínio das práticas de cuidados, e a sua aplicação aos profissionais concretizadas no âmbito deste trabalho sugere uma mais-valia tendencialmente importante para a identificação do perfil funcional dos profissionais de saúde na e para a intervenção com as vítimas de violência conjugal, porquanto permitirá, através das suas quatro dimensões, modelo de intervenção, percepção das competências, percepção das necessidades de formação e dos contextos de cuidados, delinear um modelo de cuidados, visando maximizar as respostas às necessidades integradas das vítimas. A dimensão das necessidades de formação, parece ser capaz de favorecer a tomada de consciência dos profissionais para realizarem formação dirigida a esta problemática.

Com os resultados ora obtidos, há evidência de que o modelo de intervenção influencia e é influenciado pelas crenças e significados que cada profissional desenvolve sobre a problemática da violência contra a mulher nas relações de intimidade. Os resultados também sugerem que os enfermeiros estão mais propensos a intervir orientados por uma metodologia de cuidados assente no paradigma holístico.

Verificamos existir efeito da profissão nas crenças, com os resultados a evidenciarem significância estatística de que os médicos usam muito mais estereótipos do que os enfermeiros, contudo, são estes profissionais os que parecem ser capazes de identificar mais estereótipos na mulher vítima e definir características padrão.

Os resultados também confirmam, para ambos os grupos profissionais, médicos e enfermeiros, que o género masculino aceita e legitima mais a violência conjugal do que as mulheres, ou seja tem uma maior tolerância para com a violência.

Os resultados demonstram ainda que quanto mais os profissionais advogam um modelo holístico de intervenção, menos legitimam ou aceitam a violência praticada pelo homem contra a mulher na relação conjugal.

Um outro resultado que nos parece interessante deste estudo é o facto de os Médicos demonstrarem atitudes mais compatíveis com o modelo holístico de cuidados, o que não era expetável considerando que a sua formação académica enfatiza as respostas às lesões orgânicas, assim como o menor tempo de presença junto aos doentes, relativamente aos Enfermeiros. Contudo, este resultado revelando atitudes, não

valida práticas, já que os resultados sugerem que são os Enfermeiros que orientam a sua prática clínica pelo modelo holístico de cuidados.

Os resultados qualitativos apontam que os enfermeiros têm estereótipos mais estruturados que os médicos para qualquer das categorias o que sugere que os enfermeiros pelo facto de o seu exercício profissional se predispor a um maior tempo de contacto com as vítimas, assim como, uma maior proximidade com as mesmas, pode parecer indicar que os enfermeiros têm mais probabilidade de ter um conhecimento total das vítimas o que, permitirá, fazer um acolhimento mais eficaz para o levantamento das necessidades de cuidados que a vítima apresenta.

Se associarmos esta capacidade à sensibilidade demonstrada para perceber as necessidades de formação como via para o ganho de competências, como os resultados quantitativos indicaram, percebemos que os estereótipos em relação à vítima, influenciam os significados da prática profissional dos profissionais Médicos e de Enfermagem e que os enfermeiros estão mais propensos a intervir orientados por uma metodologia de cuidados assente no paradigma holístico.

Não obstante estes resultados obtidos, eles não permitem aferir uma metodologia de cuidados de saúde, fator que se constitui simultaneamente como uma limitação ao estudo e como uma perspectiva de desenvolvimento de estudos no futuro.

6-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, J. (2001). *Pratiques Sociales et Représentations* (3ª Ed.). Paris: Presses Universitaires de France
- AbuTaleb, N., Dashti, T., Alasfour, S., Elshazly, M. e Kamel, M. (2012). Knowledge and perception of domestic violence among primary care physicians and nurses: A comparative study. *Alexandria Journal of Medicine*, 48, 83-89. doi:10.1016/j.ajme.2011.07.014
- Afonso, J. (2010). “(...) *Mais gosto de ti*”??? *Diferenças entre homens e mulheres nas crenças e comportamentos sobre violência conjugal*. Tese de Mestrado não publicada. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Ajzen, I. e Cote, N. (2008). Attitudes and the Prediction of Behavior. In Crano, W. e Prislin, R. (Eds), *Attitudes and Attitude Change*. New York: Psychology Press.
- Aksan, H., Aksu, F. (2007). The training needs of Turkish emergency department personnel regarding intimate partner violence. *BMC Public Health* 2007, 7, 350-359.
- Alio, A., Richman, A., Clayton, H., Jeffers, D., Wathington, D. e Salihu, H. (2009). An Ecological Approach to Understanding Black–White Disparities in Perinatal Mortality. *Maternal and Child Health Journal*, 14, 557–566. doi 10.1007/s10995-009-0495-9
- Alonso, M., Velázquez, S., Ramírez, F., Misol, R., Bentana, L., Campayo, J., Franco, C., Granado, M. e Garcia, M. (2003). Violencia en la pareja: papel del médico de familia. *Atención Primaria*, 32, 425-433.
- Alves, C. (2005). *Violência doméstica*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Antunes, M. (2002). Violência e vítimas em contexto doméstico. In Gonçalves, R. e Machada, C. (2002). *Violência e Vítimas de Crimes: Adultos*. Coimbra: Quarteto.
- Andringa, D. (2002) *Violência Doméstica e Comunicação Social*. In *Prevenir a violência doméstica trabalhando em rede- comissão consultiva regional para os direitos das mulheres: actas do Seminário secretaria regional dos assuntos sociais, Ponta Delgada, 29 e 30 de novembro 2001*.
- Angulo-Tuesta, A. (1997). Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde. Tese de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública: Rio de Janeiro.

- Anica, A. (2005). *As mulheres, a violência e a justiça no algarve de oitocentos*. Edições Colibri: Lisboa.
- Aquino, V. e Zago, M. (2007). O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online], vol.15, n.1, pp.42-47. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000100007>
- Arruda, A. (2002). Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cadernos de Pesquisa*, 117, 127-147.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima- APAV (2015). Estatísticas APAV-Relatório Anual 2015. Lisboa: APAV. Retirado de: http://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2015.pdf
- Azevedo, R. e Ramos, F. (2006). *Modos de conhecer e intervir - A constituição do corpo no cuidado de enfermagem*. Florianópolis.
- Bagshaw, D., e Chung, D. (2000). *Women, men and domestic violence*. Australia: Partnerships Against Domestic Violence.
- Baldry, C. (2003) “Stick and stones may hurt my bones but his glance and words hurt more”: The impact of psychological abuse and physical violence by current and former partners on battered women in Italy. *International Journal of Forensic Mental Health* 2 (1), 47-57
- Balista, C., Basso, E., Cocco, M., e Geib, L. (2004). Representações Sociais dos Adolescentes acerca da Violência Doméstica. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 06, 350-357.
- Banza, A. e Clariano, T. (2013). O Conceito de “Significado” em Semântica: Significado e Interpretação. Évora: Universidade de Évora
- Barnett, O., Miller-Perrin, C., e Perrin, R. (2005). *Family violence across the lifespan* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Barroso, Z. (2007). *Violência nas relações amorosas: uma análise sociológica dos casos detectados nos Institutos de Medicina Legal de Coimbra e do Porto*. Lisboa: Colibri
- Bennet, L. e Williams, O. (2006). Controversies and recent studies of batterer intervention program effectiveness. *Violence against Women Online Resources*. Retirado de: http://www.vawnet.org/applied-research-papers/print-document.php?doc_id=373
- Berry, D. B. (2000). *The Domestic Violence Sourcebook*. New York: McGraw-Hill.
- Bispo, T., Almeida, L., e Diniz, N. (2002). Violência conjugal: Desafio para os profissionais e saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, 21, 11-18.

- Bispo, T., Almeida, L. e Diniz, N. (2007). Violência Conjugal: desafio para os profissionais de saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, 21, 11-18. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v21i1.3908>
- Borin, T. (2007). *Violência doméstica contra a mulher: percepções sobre violência em mulheres agredidas*. (Tese de Mestrado não publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo
- Branco, M. (2007). *Violência Conjugal Contra A Mulher. Histórias Vividas e Narradas no Feminino*. (Tese de Mestrado não publicado). Universidade Aberta, Lisboa.
- Bronfenbrenner U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Brykczynski, K., Crane, P., Medina, C. e Pedraza, D. (2011). Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23, 143-152.
- Calvinho, M. (2007). *Violência conjugal contra a mulher: Histórias vividas e narradas no feminino*. (Tese de Mestrado não publicada). Lisboa: Universidade Aberta.
- Calvinho, M. (2013). *Violência conjugal contra a mulher- Representações sociais e práticas dos profissionais de saúde face às mulheres vítimas*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade Aberta, Lisboa.
- Camacho, D. (2015). *A Correlational Study of Student Nurse Perceptions on Intimate Partner Violence*. (Tese de Mestrado não publicada). Northcentral University, Ann Arbor.
- Campbell, J., (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 9314, 1331-1336
- Campbell, J., Jones, A., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Gielen, A. e Wynne, C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *JAMA Internal Medicine*, 16, 1557-1163
- Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas, J. (2001). Domestic violence: A comparative survey of levels of detection, knowledge and attitudes in healthcare workers. *Public Health*, 115, 89-95.
- Caridade, S. (2011). *Vivências íntimas violentas: uma abordagem científica*. Coimbra: Almedina.
- Casinha, M. (2012). *Os porquês da violência doméstica*. Lisboa: Chiado Editora.
- Casique, L. e Furegato, A. (2006). Violence against women: theoretical reflections. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 950-956.

- Celmer, E. (2010). Violências contra a mulher baseada no gênero, ou a tentativa de nomear ou inominável. In Almeida, M (org.) *A violência na sociedade contemporânea*. Edipucrs. Porto Alegre
- Cerejo, S. (2014). Viver sobrevivendo: Emoções e dinâmicas socioculturais nos processos de manutenção das relações conjugais violentas. Tese de Doutorado. Universidade Nove de Lisboa, Lisboa.
- Chang, J., Cluss, P., Ranjerj, L., Hawker, L. Buranosky, R., Dado, D., McNeil, M. e Scholle, S. (2005). Health care interventions for intimate partner violence: what women want. *Women's Health Issues, 15*, 21-30.
- Cherry, A. (2002). A World View of Social Issues. In Summers, R. e Hoffman, A. (Ed) (2002). *Domestic violence: A global view*. Greenwood Press: New London, Connecticut
- Cho, O., Cha, K. e Yoo, Y. (2015)._Awareness and Attitudes Towards Violence and Abuse among Emergency Nurses. *Asian Nursing Research, 9*, 213-218. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2015.03.003>
- Chong, H. (2013). Issues and suggestions for amendment of the Act on special cases concerning the punishment, etc. of crimes of domestic violence. *Ewha Law J., 17*, 137-160.
- Coelho, A. (2010). Crenças e atitudes dos agentes policiais face à violência contra a mulher. Tese de Mestrado. Universidade do Porto, Porto.
- Comissão para a Cidadania e igualdade de Género-CIG (2015). Violência Doméstica - 2014. Relatório anual de monitorização. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros, Ministério da Administração Interna, Secretaria-Geral do Ministério da Administração Interna
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (1992). Violencia Doméstica Contra la Mujer en América Latina y el Caribe: Propuestas para la Discusión. *Serie Mujer y Desarrollo. Santiago de Chile: CEPAL.*
- Conselho da Europa [CoE] (2002). Apêndice da Recomendação Rec(2002)5 do Comité de Ministros aos Estados-Membros relativamente à Protecção das mulheres contra a violência. Conselho da Europa. Retirado de: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:110:0089:0094:PT:PDF>.
- Cook, M. (2016, Setembro 11). Biological ties are unimportant, says bioethicist. BioEdge. Retirado de: <http://www.bioedge.org/bioethics/biological-ties-are-unimportant-says-bioethicist/11997>
- Correia, S. (2013). *Crenças acerca da violência conjugal e rupturas da conjugalidade na população residente nos distritos de lisboa e setúbal*. (Tese de Mestrado não publicada). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Costa, J. (2003). *Sexo, nexa e crime*. Lisboa: Edições Colibri

- Cruz, O., Matos, M., Machado, C. (2007). Percepciones y prácticas de los médicos sobre la violencia en la intimidad. In Arce, R., Fariña, F., Alfaro, E., Civera, C. e Tortosa, F. (2007). *Psicología jurídica. Violencia y víctimas València: Colección Psicología y Ley, nº 4, Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense (117-128)*.
- Costa, D. (2005). *Percepção Social de Mulher Vítima de Violência Conjugal - Estudo exploratório realizado no Concelho de Lisboa*. ISCSP-UTL: Lisboa.
- Coutts, C., Forkink, A. e Weiner, J. (2014). The portrayal of natural environment in the evolution of the ecological public health paradigm. Universidade do Estado da Flórida: Tallahassee
- Côrtes, G. (2012). Violência doméstica: centro de referência da mulher “Heleieth Saffioti”. *Estudos de Sociologia, 17,32*, 149-168.
- Cummings, A., Gonzalez-Guarda, R. e Sandoval, M. (2012). Intimate partner violence among hispanics: a review of the literature. Springer science+Business media: New York. doi: 10.1007/S 10896-012-9478-5.
- Davidson, L., King, V., Garcia, J. e Marchant, S. (2001). What Role can Health Services Play?. In Taylor-Browne, J. (ed.) *What Works in Domestic Violence? A Comprehensive Guide for Professionals*. Whiting & Birch: London.
- Davidson, L., Grisso, J., Garcis-Moreno, C., King, V. e Marchant, S. (2001). Training programs for healthcare professionals in domestic violence. *Journal of women's health & gender-based medicine Society, 10*, 953-969
- Davis, R. (1998). *Domestic violence: Facts and Fallacies*. Praeger Publishers: New London, Connecticut.
- DeBoer, M., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A. e Rohs, T. (2013). What are barriers to nurses screening for intimate partner violence? *Journal of Trauma Nursing, 20*, 155-160. doi: 10.1097/JTN.0b013e3182a171b1
- Desai, S. e Saltzman, L. (2001). Measurement issues for violence against women. In Renzetti, C. e Edleson, J. (2001). *Sourcebook on violence against women (35-52)*. Thousand Oaks: Sage Publications
- D'Oliveira, A., Schraiber, L. e Hanada, H. (2009). Comprehensive health (care) services to women in gender violence situation: an alternative to primary health care. *Ciência & Saúde Coletiva, 14*, 1037-1050.
- Dias, M. (2006). A impunidade dos delitos domésticos. *Palestra proferida no IX Congresso Nacional da Associação Brasileira das Mulheres de Carreira Jurídica em Alagoas*.
- Diniz, N., Gomes, N., Silveira, Y., Paixão, G., Camargo, C., Gomes, N. (2013). Identificación of violence in the conjugal relationship based on the family health strategy. *Texto context-enferm., 22, 3*, 789-796. Florianópolis

-Direção-Geral de Administração Interna [DGAI] (2010a). O registo da violência doméstica pelas forças de segurança: Ano de 2009. Retirado de: http://www.dgai.mai.gov.pt/cms/files/conteudos/RelatorioVD2009_v13_Abril_2010_vf%281%29.pdf.

-Easteal, P., Easteal, S. (1992). Attitudes and practices of doctors toward spouse assault victims: An Australian study. *Violence and Victims*, 7, 217-227.

-Ellsberg, M. e Heise, L. (2005). *Researching violence against women: a practical guide for researchers and activists*. Washington, DC: World Health Organization

-Engnes, K., Lide'n, E. e Lundgren, I. (2012). Empirical studies: Experiences of being exposed to intimate partner violence during pregnancy. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*.

-Fanslow, J. e Robinson, E. (2004). Violence against women in New Zealand: prevalence and health consequences. *The New Zealand Medical Journal*, 117, 1-12.

-Feng, J. e Levine, M. (2005). Factors associated with nurses' intention to report child abuse: a national survey of Taiwanese nurses. *Child Abuse & Neglect*, 29, 783-795. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.11.006>

-Ferreira, M. (2005). *Da intervenção do estado na questão da violência conjugal em Portugal*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.

-Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

-Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência

-Fikree, F., Jafarey, S. Korejo, R., Khan, A. e Durocher, J. (2004). Pakistani obstetrician's recognition of and attitude towards domestic violence screening. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 87, 59-65.

-Finn, J. (2005). The Relationship between Sex Role Attitudes and Attitudes Supporting Marital Violence. *Sex Roles*, 14, 235-244.

-Fonseca, P. e Lucas, T. (2006). Violência doméstica contra a mulher e suas consequências psicológicas. *Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências*. Retirado de: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/152.pdf>

-Fortin, M. (2009). *O Processo de investigação* (5ª Ed). Loures: Lusociência

-Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação* (1ª Ed). Loures: Lusodidacta

- Franzoi, N., Fonseca, R. e Guedes, R. (2011). Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 1-9. Retirado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_19.pdf.
- Furtado, L. (2002). Violência Doméstica e Justiça-Contributo para uma reflexão. In *Prevenir a violência doméstica trabalhando em rede- comissão consultiva regional para os direitos das mulheres: actas do Seminário secretaria regional dos assuntos sociais, Ponta Delgada, 29 e 30 de novembro 2001*.
- Fuster E. (2002) *Las víctimas invisibles de la violencia familiar: El extraño iceberg de la violencia doméstica*. Buenos Aires: Paidós.
- García-Moreno, C. e Heise, L. (2002). Violência perpetrada por parceiros íntimos. In *World Health Organization. World Report on violence and Health, Genebra, 2002* (91-121). Genebra: OMS
- Gracia, E., e Herrero, J. (2006). Acceptability of domestic violence against women in the European Union: A multilevel analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 123-129.
- García-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M. Heise, L. e Watts, C. (2005). *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*. World Health Organization
- Gracia, E. e Marisol, L. (2015). *Attitudes towards violence against women in the EU*. Luxemburgo: European Commission. doi:10.2838/045438
- Gomes, N., Erdmann, A., Bettinelli, L., Higashi, G., Carneiro, J. e Diniz, N. (2013). Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima de violência conjugal. *Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem*, 17, 683-689. doi: 10.5935/1414-8145.20130012.
- Gomes, V., Silva, C., Oliveira, D., Acosta, D. e Amarijo, C. (2015). Domestic violence against women: representations of health professionals. *Revista Latino-Americana*, 23, 718-724. doi: 10.1590/0104-1169.0166.2608
- Gonçalves, A. (2004). A violência doméstica contra as mulheres enquanto problema de saúde pública: as representações sociais dos profissionais de saúde portugueses face a esta questão. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina, Coimbra.
- Gover, A. R., Brank, E. M., & MacDonald, J. M. (2007). A Specialized Domestic Violence Court in South Carolina. *Violence Against Women*. 13 (6), 603-626.
- Guedes, R., Fonseca, R. e Egry, E. (2013). The evaluative limits and possibilities in the Family health strategy for gender-based violence. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 47, 304-311.
- Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, C. e MacMillan, H. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC public Health*, 7. doi: 10.1186/1471-2458-7-12

- Gracia, A. (2014). Intimate partner violence against women and victim-blaming attitudes among Europeans. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 380-381.
- Grossi, P. (1996). Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. In: Lopes, M. *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 133-149.
- Hageman-White, C. (2001). European research on the prevalence of violence against women. *Violence against women*, 7, 732-759.
- Hagemann-White (2006). Stocktaking study on the measures and actions taken in Council of Europe member states to combat violence against women- Council of Europe. In *Conselho da Europa [CoE]: Documento informativo da Campanha Combat Violence against Women, including Domestic Violence*.
- Hagglom, A., Hallberg, L. e Moller, A. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women. *Nursing and Health Sciences*, 7, 235-242.
- Hamberger, L. (2007). Preparing the next generation of physicians: Medical school and residency-based intimate partner violence curriculum and evaluation. *Trauma Violence Abuse*, 8, 214-225.
- Harne, L. e Radford, J. (2008). *Tackling domestic violence: Theories, policies and practice*. Berkshire: McGraw-Hill, Open Univesrity Press.
- Harris, S. e Dersch, C. (2001). I'm just not like that: Investigating the intergenerational cycle of violence. *The Family Journal*, 9, 250-258.
- Heise, L. (2011). *What works to prevent partner violence? An evidence overview*. London: STRIVE
- Heise, L., e Garcia-Moreno, C. (2002). *Violence by intimate partners*. In Krug E., Dahlberg L. e Mercy J. et al. (Eds.), *World report on violence and health*. Geneva: WHO.
- Heise, L., Ellsberg, M. e Gottemoeller, M. (1999). Ending violence against women. *Population Reports*, 11, Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University School of Public Health
- Hsieh, H-F., e Shannon, S. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288.
- Humphreys, J., Epel, E., Cooper, B., Lin, J., Blackburn, E. e Lee, K. (2011). Telomere Shortening in Formerly Abused and Never Abused Women. *Biological Research For Nursing*, 14, 115-123. doi: 10.1177/1099800411398479
- Kaye, D. Mirembe, F. e Bantebya, G. (2005). Perceptions of health care providers in Mulago hospital on prevention and management of domestic violence. *African Health Sciences*, 5, 315-318. <http://dx.doi.org/10.4314/ahs.v5i4.6971>

- Kickbusch, I. (1989). Approaches to an ecological base for public health. *Health Promotion Journal*, 4, 265-268.
- Kim, D., Kim, S., Kim, J., Yoo, J., e Lee, J. (2006). Family physician's knowledge of and attitude towards spouse abuse in Korea. *Korean Journal of family Medicine*, 27, 540-548.
- Kirchhoff, K. ; Beckstrand, R. e Anumandla, P. (2003). Analysis of end-of-life content in critical care nursing textbooks. *Journal of Professional Nursing*, 19, 372-381.
- Koenig, M., Ahmed, S., Hossain, M., e Khorshed, A. (2003). Women's status and domestic violence in rural Bangladesh: Individual and community-level effects. *Demography*, 40, 269-288. doi:10.1353/dem.2003.0014
- Kondracki, N.,e Wellman, N. (2002). Content analysis: Review of methods and their applications in nutrition education. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 34, 224-230.
- Koss, M. (1990). The women's mental health research agenda: Violence against women. *American Psychologist*, 45, 374-380. doi:10.1037/0003-066X.45.3.374
- Koss, M., Ingram, M. e Pepper, S. (2001). Male partner violence: Relevance to health care providers. In Baum, A., Revenson, T. e Singer, J. (2001). *Handbook of health psychology*, (241-557). Lawrence Erlbaum Associates
- Kronbauer, J. e Meneghel, S. (2005). Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Revista de Saúde Pública*,(s.l). 39, 695-701.
- Jeanjot, I., Barlow, P. e Rozenberg, S. (2008). Domestic violence during pregnancy: Survey of points and healthcare provides. In *Journal of Women's Health* (s.l.), vol. 7, nº4, pp. 557-567
- Johnston, B. (2006). Intimate partner violence screening and treatment: The importance of nursing caring behaviors. *Journal of Forensic Nursing*, 2, 184-188.
- Jonzon, R., Vung, N., Ringsberg, K. e Krantz, G. (2007). Violence against women in intimate relationships: explanations and suggestions for interventions as perceived by healthcare workers, local leaders, and trusted community members in a northern district of Vietnam. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35, 640-647
- Journal of Advanced Practice Nursing (2008). *Advance Practice Nurses' Attitudes towards Reconciling Abused Women*. Retirado de: <http://www.asrn.org/journal-advanced-practice-nursing/269-advance-practice-nurses-attitudes-towards-reconciling-abused-women.html>
- Lasch, V., Sonntag, U. e Maschewsky-Schneider, U. (2010). *Equity in Access to Health Promotion, Treatment and Care for All European Women*. Kasse: Kassel University Press

- Lavis, V., Horrocks, C., Kelly, N. e Barker, V. (2005). Domestic Violence and Health Care: Opening Pandora's Box: Challenges and Dilemmas. *Feminism and Psychology*, 15, 441-460. doi: 10.1177/0959-353505057618
- Lawoko, S., Mutto, M. e Guwattude, D. (2012). Piloting the Domestic Violence Healthcare Providers' Survey for Use in Uganda: Testing Factorial Structure and Reliability. *Psychology*, 3, 947-952. doi:10.4236/psych.2012.311142
- Leal, S., Lopes, M. e Gaspar, M. (2011). Representaciones sociales de la violencia contra la mujer bajo la perspectiva de la enfermería. *INTERFACE: Comunicação, Saúde, Educação*, 15, 409-24.
- Lettiere, A., Nakano, A. e Rodrigues, D. (2008). Violência conjugal contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais. *Revista de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 42, 467-473.
- Lino, S. (2012). *Violência conjugal no género feminino: práticas dos enfermeiros nos cuidados de saúde primários*. (Tese de Mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Lisboa, M., Barroso, Z., Patrício, J. e Leandro, A. (2008). Resultados do inquérito violência de género. Memorando síntese. *Universidade Nova de Lisboa: Lisboa*. Retirado de: http://www.sg.maot.gov.pt/Downloads/MEMO_V-GENERO_SINTESE_Final2.pdf.
- Lisboa, M., Carmo, I., Vicente, L. Nóvoa, A. (2003). *Os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres*. Lisboa: CIDM
- Lisboa, M., Dias, A., Roque, A., Barroso, Z., Favita, A., Cerejo, D. e Patrício, J. (2010). Sistema integrado de informação e conhecimento. Relatório igualdade de género e tomada de decisão; Violência contra as mulheres, doméstica e de género. Lisboa: (FCSH-UNL) e CIG. Acedido em 25/5/2010, em http://www.cig.gov.pt/siic/2010_relatorio1.htm
- Logan, T., Shannon, L. e Waler, R. (2006). Police Attitudes Toward Domestic Violence Offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 1365-1374.
- Machado, C. (2005). Violência nas famílias Portuguesas: Um estudo representativo na região Norte. *Psychologica*, 39, 173-194.
- Machado, C., Gonçalves, M. e Matos, M. (2006). Manual da Escala de Crenças sobre a Violência Doméstica (E.C.V.C.) e Inventário de Violência Conjugal (I.V.C.). Psiquilibrios Edições
- Machado, C., Gonçalves, M. e Matos, M. (2015). Manual da Escala de Crenças sobre a Violência Doméstica (E.C.V.C.) e Inventário de Violência Conjugal (I.V.C.). Psiquilibrios Edições
- Machado, C., Matos, M., Saavedra, R., Cruz, O., Antunes, C., Pereira, M., Rato, A., Pereira, I., Carvalho, C. e Capitão, L. (2009). Crenças e atitudes dos profissionais face à

violência conjugal: Estudos com Profissionais de Saúde, Polícias e Professores. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 735-742.

-Majdalani, M., Alemán, M., Fayanas, R., Guedes, A. e Mejía, R. (2005). Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 17, 79-83.

- Manita, C. Ribeiro, C. e Peixoto, C. (2009). "Violência doméstica: Compreender para intervir", *Guia de boas práticas para Profissionais de Saúde*, Coleção Violência de Género, Lisboa

- Manita, C. Ribeiro, C. e Peixoto, C. (2009). *Guia de boas práticas para profissionais das forças de segurança no âmbito da violência doméstica*. Lisboa: CIG.

-Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. (3ª. ed.).Lisboa: Sílabo

-Marco, M. (2006). Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: Um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 1, 60-72.

-Matos, T., e Cláudio, V. (2010). *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho*, Portugal, 4 a 6 de Fevereiro de 2010, (3205 – 3218).

-Matos, T. e Cláudio, V. (Fevereiro, 2010). Crenças acerca da violência doméstica em diferentes classes profissionais ligadas à execução da legislação em vigor. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho, Portugal.

-Mayring, P. (2000). Qualitative content analysis. Forum: Qualitative Social Research, 1(2). Retirado de: from <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-00/02-00mayring-e.htm>

-McLaren, L. e Hawe, P. (2005). Ecological perspectives in health research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 6-14. doi: 10.1136/jech.2003.018044

-McClure, B. (1996). Domestic Violence: The Role of the Health Care Professional. Acedido a 3 de Abril de 2014, em <http://quod.lib.umich.edu/m/mfr/4919087.0002.105/-domestic-violence-the-role-of-the-health-care-professional?rgn=main;view=fulltext>.

-Mendes, E. e Cláudio, V. (2010). Crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem, engenharia e psicologia acerca da violência doméstica. In *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho*. p. 3219- 3230

-Mendonza-Flores, M., Jesús-Corona, Y., García-Urbina, M., Martínez-Hernandéz, G., Sanchez-Vera, R. e Reyes-Zapata, H. (2005). Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género. *Perinatología y Reproducción Humana*, 20, 69-79.

- Menezes, A. (2000). Mulheres: fruto de dominação e fruta para libertação. In: Strey, M. et al (Org.). *Construções e perspectivas em gênero*. São Leopoldo: Unisinos, p. 125-134.

- Miller, M. (1999). *Feridas invisíveis: abuso não-físico contra mulheres*. São Paulo: Summus.
- Minayo, M. (2001). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade* (18 ed.). Petrópolis: Vozes
- Minayo, M. (2006). *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz
- Moore, M., Zaccaro, D. e Parsons, L. (1998). Attitudes and practices of registered nurses toward women who have experienced abuse/domestic violence. *Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing*, 27, 175-182.
- Moracco, K., Hilton, A., Hodges, K. e Frasier, P. (2005). Knowledge and Attitudes about Intimate Partner Violence Among Immigrant Latinos in Rural North Carolina. *Violence Against Women*, 11, 337-352.
- Morse, J. M., & Field, P. A. (1995). *Qualitative research methods for health professionals* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Nabors, E., Dietz, T. e Jasinski, J. (2006). Domestic violence beliefs and perceptions among college students. *Violence and Victims*, 2, 779-795.
- Natan, M. e Rais, I. (2010). Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women. *Journal of Trauma Nursing*, 17, 112-117. doi: 10.1097/JTN.0b013e3181e736db
- NICE - The National Institute for Health and Care Excellence (2014). Retirado: <https://www.nice.org.uk/>
- O'Campo, P., Kirst, M., Tsamis, C., Chambers, C. e Ahmad, F. (2011). Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: Evidence generated from a realist-informed systematic review. *Social Science & Medicine*, 72, 855-866. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.12.019
- Olive, P. (2007). Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1736-1748. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01746.x
- Oliveira, A. e Lopes, V. (2013). *O paradigma biomédico e holístico face aos cuidados de enfermagem*. (Tese de Licenciatura não publicada). Universidade do Mindelo, Cabo Verde.
- Organização das Nações Unidas [ONU] (1993). Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres. *Adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas na Resolução 48/104*. Retirado de: <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>.
- Organização das Nações Unidas [ONU] (1999). Protocolo Opcional à Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres (CEDAW). Retirado de: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/protocol/text.htm>

- Organização das Nações Unidas [ONU] (2004). Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas 58/147. Acedido a 3 de Abril 2014, em <http://www.undemocracy.com/A-RES-58-147.pdf>.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002). *World report on violence and health*. Ed. Krug, E, Dahlberg L., Mercy J., Zwi A. e Lozano R.. Genebra: OMS.
- Ornelas, J. e Moniz, M. (2007). Parcerias comunitárias e intervenção preventiva. *Análise Psicológica, 1*, 153-158. doi: 10.14417/ap.437
- Paim, A. (2006). Entendendo a violência doméstica (texto adaptado). In *II Seminário Protegendo as Mulheres da Violência Doméstica, Brasília*. Retirado de: http://midia.pgr.mpf.gov.br/hotsites/diadamulher/docs/cartilha_violencia_domestica.pdf
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pestana, M. e Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais-A complementariedade do SPSS*. 6ª. Edição, Lisboa: Edições Sílabo
- Portugal, S. (2003). De que falamos quando falamos de Violência Doméstica?. In Fonseca, L., Soares, C. e Vaz, J. (s.d) *A Sexologia: Perspectiva multidisciplinar II*, 199-214. Quarteto Editora: Coimbra.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2005). *Saúde e violência contra as mulheres: um estudo sobre as relações existentes entre a saúde das mulheres e as várias dimensões de violência de que tenham sido vítimas*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (2009). *Violência doméstica: compreender para intervir: Guia de boas práticas para profissionais de saúde*. Lisboa: Coleção Violência de Género.
- Potter, P. e Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos*. 5ª Edição, Lusociência: Lisboa.
- Quaresma, C. (2010) Violência doméstica: da participação da ocorrência à investigação criminal. Tese de Mestrado. Universidade de Lisboa. Lisboa
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ramos, N. (2012). Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade(s), práticas e políticas em saúde. *Revista Inter-Legere, 11*, 30-51.
- Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y., Davidson, L. e Feder, G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ, 325*, 1-13. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.325.7359.31>

-Rede Europeia de Prevenção Criminal [EUCPN] (2007). *Conclusões da Sexta Conferência Anual da EUCPN sobre as melhores práticas no âmbito da violência doméstica*. Presidência Portuguesa da União Europeia. Dezembro, Lisboa.

-Richardson, J., Coid, C., Petrukevitch, A., Chung, W., Moorey, A. e Feder, G. (2002). Identifying Domestic Violence: Cross-sectional Study in Primary Care. *British Medical Journal*, 324.

-Richards, L., Letchford, S. e Stratton, S. (2008). *Policing Domestic Violence*. Oxford: University Press.

-Riffiotis T. (2008). Nos campos da violência: diferença e positividade. *LEVIS: Laboratório de Estudos da Violência*. Universidade Federal de Santa Catarina. Retirado de: <http://www.cfh.ufsc.br/~levis/publicacoes/artigos.shtml>

-Roberts, G. (s.d.) *Response of Health Professionals to Domestic Violence in Emergency Departments*, (277-284). Retirado de: www.aic.gov.au/media_library/.../27/roberts.pdf

-Roberts, G., Lawrence, J., O'Tode, B. e O'Brien, D. (1997). Impact of an education program about domestic violence on nurses and doctors in an Australian emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 23, 220-227.

-Robertson, K. e Murachver, T. (2009). Attitudes and Attributions Associated With Female and Male Partner Violence. *Journal of Applied Social Psychology*, 7, 1481-1512

- Ruff, J. (2001). *Violence in early Modern Europe 1500 – 1800*. Cambridge University Press: London.

- Saffioti, H. (1995). *Violência de Género - Poder e Impotência*. Rio de Janeiro: Editora Revinter.

- Saffioti, I. e Almeida, S. (1995) *Violência de gênero: poder e impotência*. Rio de Janeiro: Revinter.

- Samson, A. (2010). *A violência doméstica- Aprenda a identificar situações de abuso e a ser feliz*. Lisboa: Edições Livros de Seda.

-Santana A.(s.d.). *Semiótica* .(s.l.). Retirado de: <http://www.infoescola.com/filosofia/semiotic>

-Schwarz, N. (2008). Attitude Measurement. In Crano, D. e Prislin, R. (2008). *Attitudes and Attitude Change*. New York: Psychology Press

-Schoening A., Greenwood J., McNichols J., Heermann J. e Agrawal S. (2004). Effect of an intimate partner violence educational program on the attitudes of nurses. *Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing*, 33, 572-579.

-Scott, J. (1990). Género: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Sociedade*, 16, 5-22.

- Shipway, L. (2004). *Domestic Violence: A handbook for health professionals*. Oxon.
- Silva, M. (2010). Violência: um problema de saúde pública. In *Conferência Nacional de Saúde Mental em Junho de 2010*. Retirado de: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/violenciamartasilva.pdf>
- Silva, L., Gomes, A., Oliveira, D. e Souza, M. (2011). Representações sociais do processo de envelhecimento de pacientes psiquiátricos institucionalizados. *Escola Anna Nery*, 15, 124-131.
- Smith, J., Rainey, S., Smith, K., Alamares, C., e Grogg, D. (2008). Barriers to the mandatory reporting of domestic violence encountered by nursing professionals. *Journal of Trauma Nursing*, 15, 9-11. <http://dx.doi.org/10.1097/01.JTN.0000315782.20213.72>
- Stark, E. (2001). Health interventions with battered women: From crisis intervention to complex social prevention. In Renzetti, C., Edleson, J. Bergen, R. (2001). *Sourcebook on violence against women*. (345-369). Thousand Oaks: Sage
- Stark, E., Flitcraft, A. e Frazier, W. (1979). *Medicine and Patriarchal Violence: the Social Construction of a "Private Event"*. *International Journal of Health Services*, 9, 461-493.
- Stark, E. e Flitcraft, A. (1996). *Women at Risk: Domestic Violence and Women's Health*. Sage: London.
- Stapleton, U. (2007). Working with Perpetrators of Domestic Violence- An Evaluation of the South East Domestic Violence Intervention Programme., Retirado de: [http://www.probation.ie/pws/websitepublishing.nsf/AttachmentsByTitle/Working+with+Perpetrators+of+Domestic+Violence++An+Evaluation+of+the+South+East+Domestic+Violence+Intervention+Programme/\\$FILE/Working+with+Perpetrators+of+Domestic+Violence+An+Evaluation+of+the+South+East+Domestic+Violence+Intervention+Programme.doc](http://www.probation.ie/pws/websitepublishing.nsf/AttachmentsByTitle/Working+with+Perpetrators+of+Domestic+Violence++An+Evaluation+of+the+South+East+Domestic+Violence+Intervention+Programme/$FILE/Working+with+Perpetrators+of+Domestic+Violence+An+Evaluation+of+the+South+East+Domestic+Violence+Intervention+Programme.doc)
- Stinson, C., Robinson, R. (2006). Intimate partner violence. Continuing education for registered nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 37, 58-62.
- Straus, M. A., Kantor, G. K., & Moore, D. W. (1997). Change in Cultural Norms Approving Marital Violence from 1968 to 1994. In G. Kantor & J. Jasinski (Eds.) *Out of the Darkness: Contemporary Perspectives on Domestic Violence*. Thousand Oaks: Sage publications.
- Taylor, R. (2006). Professional Perceptions of Domestic Violence: The Relationship between Causal Explanations and Views on Prevention and Intervention. Tese de Mestrado. School Of Law And Justice, Brooklyn. Acedido em 20 de Janeiro 2014, em <http://ro.ecu.edu.au/theses/101>.
- Taft, A. e Small, R. (2014). Preventing and reducing violence against women: innovation in community-level studies. *BMC Medicine*, 12, 155-157. doi:10.1186/s12916-014-0155-9

- Tjaden, P. e Thoennes, N. (2000). Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male intimate partner violence as measured by the national violence against women survey. *Violence Against Women*, 6, 142–161.
- Tolman, R. e Rosen, D. (2001). Domestic violence in the lives of women receiving welfare. *Violence Against Women*, 7, 141–158,
- Turgeon, J. (2003). Le point sur la violence. *Ressources et vous*. Vol 8 (1)
- Ullman, S. e Townsend, S. (2007). Barriers to working with sexual assault survivors: a qualitative study of rape crisis center workers. *Violence Against Women*, 13, 412-443.
- Vala, J. (2006). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In Vala, J. e Monteiro, M. (Org), *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouse Gulbenkan, p.457-502.
- Velzeboer, M., Ellsberg, M., Arcas, C., e Garcia-Moreno, C. (2003). *Violence against women: The health sector responds*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Ventura, M. e Ferreira, M. (2013). Violência nas relações de intimidade: crenças e atitudes de estudantes do ensino secundário. *Revista de Enfermagem Referência*, 11, 95-103
- Vicente, I. (2012). De um modelo biomédico da saúde a um modelo reflexivo de saúde: controvérsias em torno do testamento vital. In *VII Congresso Português de Sociologia, Universidade do Porto, Junho 2012*
- Wade, D. (2009). Holistic Health Care: What is it, and how can we achieve it? *Oxford Centre for Enablement*, 1-35.
- Wallach, H. e Sela T. (2008). The Importance of Male Batters' Attributions in Understanding and Preventing Domestic Violence. *Journal of Family Violence*, 13, 655-660. doi: 10.1007/s10896-008-9189-0
- Walter, S. (s.d.) Holistic Health. American Holistic Health Association (AHHA).
- Wanderbroocke, A. e Moré, C. (2012). Meanings of family violence against the elderly from the standpoint of professionals in Primary Healthcare. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 2095-2103.
- Weingourt, R. Maruyama, T., Sawada, I., e Yoshino, J. (2001). Domestic violence and women's mental health in Japan. *International Nursing Review*, 48, 102–108.
- Wijma, K., Samelius, L., Wingren, G. e Wijma, B. (2007). The association between ill-health and abuse: a cross-sectional population based study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 567-575. doi: 10.1111/j.1467-9450.2007.00553.x
- Wilson, K. (1997). *When violence begins at home*. Califórnia: Hunter House Publishers

-Wilson, J. (2009). *The praeger handbook of victimology*. California, Santa Barbara: Greenwood Publishing Group.

-Woodtli, M. (2001). Nurses' Attitudes Toward Survivors and Perpetrators of Domestic Violence. *Journal of Holistic Nursing*, 19, 340-359.

-World Health Organization (2002). *First ever Global Report on Violence and Health released: New WHO report more complete picture of global violence*. Geneva: WHO

-World Health Organisation (Department of Reproductive Health and Research (RHR). (2013). *Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence*. Geneva: WHO

-Yonaka, L., Yoder, M., Darrow, J. e Sherck, J. (2007). Barriers to screening for domestic violence in the emergency department. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 38, 37-45.

-Zolotor, A., Denham, A., Weil, A. (2009). Intimate partner violence. *Journal of Primary Care & Community Health*, 36, 167-179.

- Legislação:

-I Plano Nacional contra a Violência Doméstica (1999-2002), Resolução do Conselho de Ministros n.º 55/99, de 15 de Junho, publicado no Diário da República nº 137/99, 1.ª Série -B de 15 de Junho de 1999]

-II Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2003-2006), Resolução do Conselho de Ministros n.º 88/03, de 7 de Julho, publicado no Diário da República — 1.ª Série-B Nº. 154 —7 de Julho de 2003]

-III Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2007-2010), Resolução do Conselho de Ministros n.º 83/07, de 22 de Junho, publicado no Diário da República, 1.ª Série — N.º 119 — 22 de Junho de 2007]

-IV Plano Nacional contra a Violência Doméstica, (2011-2013), Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2010, Diário da República, 1.ª série — N.º 243 — 17 de Dezembro de 2010, p.5766]

- V Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2014-2017), Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2013, publicado no Diário da República, 1.ª série — N.º 253 — 31 de dezembro de 2013].

-Resolução do Conselho de Ministros n.º 55/1999,de 15 de Junho,D.R. n.º 137,Série I-B

- Resolução do Conselho de Ministros n.º 88/2003, de 7 de Julho, D.R. n.º 154,Série I-B

- Decreto-Lei n.º 201/2007, de 24 de Maio, D.R. n.º 100, Série I .

- Resolução do Conselho de Ministros n.º 83/2007, de 22 de Junho, D.R. n.º 119, Série I

ANEXOS

Anexo 1

(Instrumento de colheita de dados)

Anexo 2

(Pareceres das Comissões de Ética para a Saúde)

- Hospital do Espírito Santo de Évora-EPE

-ULSNA (Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano que integra o Hospital Dr. José Maria Grande-
Portalegre)

-ULSBA (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo que integra o Hospital Dr. José Joaquim Fernandes-Beja)

-ULSLA (Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano que integra o Hospital do Litoral Alentejano-Santiago do Cacém)

- CHA (Centro Hospitalar do Algarve que integra -Hospital de Faro; Hospital do Barlavento Algarvio- Portimão;
Hospital de Lagos)

- CHS (Centro Hospitalar de Setúbal que integra -Hospital de S. Bernardo- Setúbal)

- CHLC (Centro Hospitalar Lisboa Central que integra o -Hospital de S. José-Lisboa)

- CHLN (Centro Hospitalar Lisboa Norte que integra o -Hospital de Santa Maria-Lisboa)

-Hospital Dr. Fernando da Fonseca-Amadora/Sintra



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO
E FORMAÇÃO AVANÇADA

Contactos:

Universidade de Évora
Instituto de Investigação e Formação Avançada - IIFA
Palácio do Vimioso | Largo Marquês de Marialva, Apart. 94
7002-554 Évora | Portugal
Tel: (+351) 266 706 581
Fax: (+351) 266 744 677
email: iifa@uevora.pt