

VIOLÊNCIA CONJUGAL CONTRA A MULHER, SAÚDE E GÊNERO

CONTRIBUTOS PARA MELHORAR AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS E AS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Maria de LaSalette Calvino¹
Natália Ramos²

RESUMO

A violência contra a mulher é um fenómeno social complexo e multifatorial, uma grave ameaça de saúde para as mulheres vítimas e que compromete o presente e o futuro de inúmeras famílias, mulheres, crianças e homens, com consequências a diversos níveis e prejudicial para toda a sociedade. É uma violência que ocorre nas relações afetivas e interpessoais e que assenta em desigualdades de género difíceis de mudar e em comportamentos resistentes, alimentados e perpetuados por valores e crenças e pela cultura patriarcal. Tem tendência à persistência e repetição, causando fortes impactos negativos na saúde mental e física e na capacidade de participação familiar e social das vítimas diretas e indiretas. A Organização Mundial de Saúde classifica esta violência conjugal como um problema de saúde pública que requer intervenção dos profissionais de saúde (OMS, 1996; WHO, 2002). A violência conjugal está na origem de grande morbilidade, mortalidade e maior propensão para comportamentos de risco para a saúde e para a mortalidade precoce. Tem consequências permanentes para a mulher, para os seus filhos, para a família e para a sociedade. Aumenta o consumo de recursos e gastos com a saúde. Uma investigação de natureza qualitativa com mulheres vítimas de violência conjugal, de diferentes gerações e de meio rural e urbano revelou o forte impacto da violência na vida e na saúde das mulheres e dos seus filhos. Contudo, estas mulheres não reconheciam os profissionais de saúde como recursos nessa situação. Estas vítimas manifestaram dificuldades para solicitar o apoio dos profissionais de saúde, por processos culturais e psicológicos complexos de reação à violência mas, também por falta de condições e de confiança para abordar o assunto com os profissionais (CALVINHO, 2007). Também uma investigação sobre as representações sociais da violência conjugal contra a mulher que os profissionais de saúde têm e sobre a articulação entre os diversos profissionais de saúde que atendem mulheres vítimas de violência conjugal, salientou a necessidade de uma intervenção mais articulada com os outros recursos da comunidade para a prevenção da violência conjugal, para o diagnóstico da situação e para o encaminhamento e assistência das mulheres vítimas de violência conjugal (CALVINHO, 2013). O aumento deste tipo de violência em Portugal e no mundo exige uma abordagem interativa e dinâmica, um combate sistematizado de todos (as) contra a mesma, bem como, a necessidade de mudança de atitudes e comportamentos das mulheres e dos homens, vítimas e autores de violência conjugal, de práticas e de políticas mais equilibradas e igualitárias ao nível das relações de género. A formação e o papel dos profissionais que contactam com estas vítimas são fundamentais com vista a uma intervenção integrada, articulada e dirigida às efetivas necessidades das vítimas e das famílias, bem como a promoção de estratégias e

¹Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal. E-mail: saletecalvino@ess.ipv.pt

²Universidade Aberta, Lisboa, Portugal. E-mail: natalia@uab.pt

políticas de saúde e de gênero, preventivas e adequadas ao combate efetivo da violência conjugal, integrando as vítimas e os autores da violência.

Palavras-chave: Mulheres. Gênero. Violência Conjugal. Saúde. Profissionais de Saúde. Intervenção.

ABSTRACT

Marital violence against the woman, health and gender

Contributions to improve the professional practices and the policies for violence prevention

The violence against the woman is a complex and multifactorial social phenomenon and a serious health threat to the female victims that compromises the present and the future of numerous families, women, children and men, with consequences of several levels and harmful for the entire society. It's a violence that occurs in the affective and interpersonal relationships and it is based in gender inequality difficult to change and in resistant behaviors, nourished and perpetuated by values and beliefs and by the patriarchal culture. It tends to persistence and repetition, causing strong negative impacts on the mental and physical health, and in the ability of familiar and social participation of the direct and indirect victims. The World Health Organization classifies this marital violence as a problem of public health that requires the intervention of the health professionals (WHO, 1996; WHO, 2002). The marital violence is the source of great morbidity, mortality and major propensity to health risk behaviors and for the precocious mortality. It has permanent consequences for the woman, for her children, for the family and for the society. It increases the consumption of resources and spending with health. An investigation of qualitative nature with women victims of marital violence, from different generations and from rural and urban areas, revealed a strong impact of the violence in the life and health of women and their children. However, these women didn't recognize the health professionals as resources in this situation. These victims manifested difficulties to request the support of the health professionals not only by cultural and psychological complex processes of reaction to violence but also for lack of conditions and trust to approach the subject with the professionals (CALVINHO, 2007). An investigation about the social representations of marital violence against the woman, performed by the health professionals and about the articulation between the several health professionals that attend women victims of marital violence, also accentuated the need of a more articulated intervention with the other community resources for the prevention of marital violence, for the situation diagnosis and for the routing and assistance of women victims of marital violence (CALVINHO, 2013). The increase of this type of violence in Portugal and in the world demands and interactive and dynamic approach, a systematized battle of all against the same, as well as the need to change attitudes and behaviors of the women and men, victims and authors of marital violence and of practices and policies more balanced and egalitarian at the gender relationships level. The training and the role of the professionals that contact with these victims is fundamental, aiming and integrated and articulated intervention directed to the effective needs of the victims and the family, as well as the promotion of strategies and policies of health and gender, preventive and adequate to the effective battle of the marital violence, integrating the victims and the authors of the violence.

Keywords: Women. Gender. Marital Violence. Health. Health Professionals. Intervention.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a violência conjugal contra a mulher como um problema de saúde pública que requer a intervenção dos profissionais de saúde para se minimizarem os riscos e o impacto negativo na saúde das pessoas e nas comunidades (OMS, 1996; WHO, 2002).

A Organização das Nações Unidas (ONU) no artigo 1º da *Declaração para a Eliminação da Violência contra as Mulheres*, define a violência contra a mulher como: “qualquer acto violento baseado no género que resulte ou tenha o intuito de provocar sofrimento físico, psicológico ou sexual que provoque sofrimento na mulher, incluindo coerção, privação da liberdade, tanto ocorridas na vida pública como na vida privada.” (1994, p.3). O artigo 2º da mesma declaração determina que a violência engloba todos os atos violentos ao nível físico, sexual e psicológico, produzidos na família, incluindo os maus-tratos e a violação marital.

Assim, no âmbito deste artigo designamos por violência conjugal contra a mulher, a violência perpetrada por um agressor masculino à sua companheira, independentemente do vínculo legal, mas estando o casal em coabitação ou que tivessem coabitado. Esta violência, no seio do casal, está, em Portugal, legalmente enquadrada na violência doméstica, como abordamos ao longo do texto.

A dinâmica da violência conjugal caracteriza-se por acontecimentos traumáticos e consecutivos que a mulher não consegue prever nem evitar. Estes acontecimentos traumáticos incontrolláveis e sucessivos, independentes da sua capacidade de controlo, geram altos níveis de stresse, de ansiedade e de insegurança e provocam a percepção de descontrolo e de impotência e stresse pós-traumático. Desta forma, a capacidade de resiliência da mulher vítima sofre um enfraquecimento que a torna vulnerável e exposta a diversos riscos. Esta violência causa grande morbilidade pelos impactos na saúde biopsicossocial espiritual e cultural, na maior propensão a comportamentos de risco para a saúde, no encurtamento da esperança de vida e na mortalidade precoce. Tem consequências permanentes para a mulher, para os seus filhos, para a família e para a sociedade. Aumenta o consumo de recursos e gastos ao nível da saúde, de apoios sociais e jurídicos, com consequências a nível psicológico, social, económico e laboral.

A proximidade dos profissionais de saúde à população e a acessibilidade aos serviços públicos de prestação de cuidados, fazem com que os profissionais de saúde ocupem uma posição privilegiada para a identificação das situações de violência nas relações afetivas. As mulheres vítimas de violência perpetrada por parceiros afetivos manifestam dificuldades para solicitar o apoio dos profissionais, nomeadamente de saúde, entre outros motivos, por processos psicológicos e culturais complexos de reação à violência mas, também, por falta de condições de confiança para abordar o assunto com os profissionais ou, por vergonha, medo, culpabilidade, dependência afetiva e material, incapacidade ou inércia face à situação (FANSLAW; ROBINSON, 2004; RAMOS, 2004A; CALVINHO, 2007; HUMPHREYS; LEE, 2009; SAMELIUS, 2010).

Uma investigação realizada no âmbito de uma dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde (CALVINHO, 2007) a partir de um estudo de tipo histórias de vida, com mulheres vítimas de violência conjugal, de diferentes gerações e de meio rural e urbano, registou consequências desta violência na vida e saúde das mulheres e dos seus filhos, embora estas não tenham considerado os profissionais de saúde como recursos para resolver a violência que as vitimavam.

Ainda neste domínio foi realizada uma investigação de doutoramento no âmbito da Psicologia (CALVINHO, 2013), tendo como objetivo estudar as representações sociais dos profissionais de saúde sobre a violência conjugal contra a mulher e analisar a articulação entre os diversos profissionais de saúde que atendem mulheres vítimas de violência conjugal. Neste estudo, intitulado “Violência conjugal contra a mulher. Representações sociais e práticas dos profissionais de saúde face às mulheres vítimas” participaram enfermeiros (as), médicos (as), psicólogos (as) e assistentes sociais, a exercer em contexto de prestação de cuidados de saúde na comunidade (12 profissionais) e no hospital (14 profissionais), num total de 26 profissionais. Elaborámos um questionário de caracterização socioprofissional que nos permitiu caracterizar os e as participantes no estudo. Destes (as), 22 eram do sexo feminino e 4 do sexo masculino. A distribuição etária variou entre os 25 e os 57 anos, situando-se a maioria dos (as) participantes nas idades compreendidas entre os 30 e os 54 anos. Ao nível da formação académica a maioria era detentora de uma licenciatura, havendo 2 profissionais com bacharelato e 4 detentores de mestrado. Utilizámos outros dois instrumentos de recolha de dados que foram a entrevista

semiestruturada, para a qual elaborámos previamente um guião, e a técnica da associação livre de palavras (TALP) para a qual elaborámos um instrumento com os seguintes estímulos indutores: violência conjugal; vítima de violência conjugal; saúde e violência conjugal; e ser profissional face à violência conjugal. As técnicas de tratamento dos dados foram a análise qualitativa das entrevistas segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977) e o vocabulário obtido através da TALP foi submetido ao processamento informático do programa *Tri-Deux-Mots, versão 2.2* para a Análise Fatorial de Correspondência. Os resultados evidenciaram a necessidade de formação específica em violência conjugal e em comunicação em saúde destes (as) profissionais, assim como da necessidade de desenvolvimento de condições de acolhimento e assistência nas instituições prestadoras de cuidados e de promoção de políticas públicas adequadas. Salientaram também a necessidade de uma intervenção articulada com os outros recursos da comunidade para a prevenção da violência conjugal, para o diagnóstico da situação e para o encaminhamento das mulheres vítimas de violência conjugal.

Na abordagem desta problemática e como fio condutor para esta apresentação da pesquisa, dedicamos a primeira parte à violência contra as mulheres numa perspetiva cultural e de género que enforma as relações interpessoais e de género na família. De seguida abordamos o problema da violência contra a mulher como um problema e uma preocupação mundial, apresentando alguns dados estatísticos relativos à situação, centrando igualmente a atenção na realidade portuguesa e no impacto da violência conjugal contra a mulher ao nível social e familiar, coletivo e individual. Finalmente apresentamos os principais resultados do estudo que nos permitiu conhecer a relação dos (as) profissionais de saúde junto das mulheres vítimas de violência conjugal, concluindo com algumas sugestões e considerações gerais.

Sociedade, cultura e desigualdades de género

Nas diferentes sociedades ao longo da história, como na sociedade contemporânea, à mulher e ao homem são atribuídos papéis distintos, com reconhecimento social diferente e diferenciados com base nas diferenças sexuais mas, nos quais só uma pequena parte é biológica: a gravidez e a amamentação.

A mulher foi sempre uma figura central na sociedade e na família, mas sobretudo para servir os desígnios naturais biológicos e os determinados por sociedades de organização patriarcal que ao longo de muitos séculos não a reconheceu como sujeito e cidadã de pleno direito. Os papéis sexualmente diferenciados limitavam homens e mulheres a um espaço social e familiar onde o comportamento era regido por normas e regras que lhes estavam subjacentes, nomeadamente de dominação masculina. O homem era socializado para ser ativo, assegurar o sustento material da família, dominar o espaço público e ser o elo de ligação à sociedade. À mulher cabia o espaço privado e um papel “invisível”, dependente, responsável pela manutenção do lar e pelas crianças. A aprendizagem destes papéis sociais era função central da família, as crianças sendo socializadas pelos adultos através da transmissão de normas e de valores vigentes no grupo social e cultural para os reproduzirem no desempenho social e familiar (MICHEL, 1983; BOURDIEU, 1999; RAMOS, 2004,A,B; SILVA, 1995).

Nas sociedades contemporâneas, persiste ainda, uma relação de dualidade e desigualdade entre homens e mulheres, transmitida explicitamente ou não, nas mensagens comportamentais e que revela um certo “silêncio” coletivo que a perpetua (HÉRITIER, 1996; FERRARI; VECINA, 2002). As estruturas sociais, como a família, a escola, os meios de comunicação e de informação, continuam a fazer passar às novas gerações a diferenciação entre homens e mulheres baseada no sexo, sustentando-a como natural apesar dos notáveis progressos realizados no sentido da igualdade de direitos e de oportunidades ao nível social e laboral.

A comunidade internacional despertou para a opressão da mulher graças aos movimentos feministas e através de instituições como a ONU, a OMS e o Conselho da Europa, que têm desenvolvido um trabalho político no sentido do reconhecimento igualitário entre os sexos conducente à construção de uma mentalidade imbuída dessa igualdade e que se evidencie nas práticas e políticas.

A sociedade portuguesa viveu, até há 40 anos, imersa numa marcada diferenciação entre homens e mulheres e, foi nesse contexto social que muitos adultos de hoje foram socializados e educados, os quais por sua vez socializaram e educaram a geração seguinte num ciclo ininterrupto, no qual as políticas, os regulamentos e os discursos não se

traduzem totalmente nos comportamentos, atitudes e práticas da vida quotidiana. A desigualdade de direitos e de oportunidades entre homens e mulheres tem sido atenuada mas ainda não há paridade nas diversas dimensões da vida social, apesar de juridicamente salvaguardada e consagrada na Constituição da República Portuguesa desde 1976.

Na vida real, as representações, as crenças e as concepções culturais de género profundamente enraizadas têm revelado uma mudança lenta, sobretudo na vida familiar onde a diferenciação entre os sexos continua a enformar a educação das crianças e onde a cultura se transmite no exemplo da organização dos papéis e da relação entre o casal. Com efeito, as mulheres acederam à formação académica e a profissões diversas, emanciparam-se economicamente e redefiniram o seu papel na sociedade, mas muitas estão ainda confinadas ao trabalho doméstico e aos cuidados à família, e outras, sobrecarregadas com a acumulação do trabalho doméstico, dos cuidados à família e da atividade profissional, por carências sociais, condições laborais e falta de suporte social para o apoio à família, sobretudo nos cuidados aos idosos e às crianças. Esta situação limita uma maior participação na vida social, cívica e política.

Apesar das conquistas, ainda hoje as mulheres são alvo de violação dos seus direitos como sujeitos, como mulheres e cidadãs, em Portugal, como no resto do mundo, ao longo do ciclo de vida, sendo o risco real desde a infância. Muitos problemas sociais em todo o mundo são exemplo da manutenção de comportamentos não igualitários entre homens e mulheres, como dificuldades de acesso ao ensino, a feminização da pobreza, as diversas formas de violência e dominação sobre as mulheres, os salários mais baixos para as mulheres na mesma função laboral, a prática profissional que não evidencia a correspondência entre a preparação académica das mulheres e os cargos que exercem, em carreiras profissionais ou em cargos políticos. Também na família a mulher continua mais sobrecarregada com as tarefas tradicionalmente femininas que a responsabilizam pelos cuidados aos familiares ao longo do ciclo vital humano, herdadas desde os primórdios da humanidade e que são desempenhadas em simultâneo com profissões ou atividades laborais a tempo inteiro, daí resultando dupla jornada de trabalho (SILVA, 1995; RAMOS, 2004,A).

As famílias vivem mais isoladas no exercício das suas funções, nomeadamente na educação e socialização das crianças, as quais foram transferidas em grande parte para os jardins-de-infância e escolas, pois a rede familiar já não permite a cooperação de outrora, devido à redução das famílias, aos movimentos migratórios, aos horários e alongamento da vida laboral que dificultam o suporte social e o apoio intergeracional na família. Na atualidade, muitos avós têm uma vida laboral ativa que não lhes permite um apoio mais efetivo aos filhos e nos cuidados aos netos ou, então, as barreiras geográficas são impeditivas desse apoio. Porém, as políticas públicas promotoras da família e a rede social de apoio formal à família, sobretudo às crianças e idosos, são deficientes, colocando grandes desafios às famílias, na gestão do tempo, dos cuidados, das tarefas domésticas e da economia. Este aspecto é relevante em Portugal, já que este é um dos países da União Europeia onde mais mulheres têm um trabalho remunerado a tempo inteiro que lhes ocupa 40h por semana.

A violência doméstica é outro fenómeno paradigmático das desigualdades na sociedade e que é perpetrado na família, como resultado da interação de fatores históricos, culturais, psicológicos, políticos e económicos, e tem repercussões na vida individual e familiar desde a infância, fragilizando o desenvolvimento e a qualidade de vida e perpetuando-se na vida familiar e social.

Na família, a interação humana é próxima e contínua, ao nível do espaço e do afeto mas também do conflito. A proximidade afetiva em espaço privado pode fazer da família um lugar onde a violência se pode manifestar. A comunhão dos afetos, do tempo e do espaço físico, as responsabilidades e tarefas do projeto familiar, conjugal e individual coexistem e geram situações conflituosas, que quando o casal não consegue resolver de forma eficaz pelo diálogo, negociação e compreensão, levam à escalada do conflito e podem favorecer o recurso a agressões e violência que em outros locais e situações não aconteceriam. A socialização desigual entre os géneros e os papéis tradicionais sustentam a hierarquização familiar baseada no poder masculino e na subordinação feminina, pouco favorecedora de relações igualitárias e representam um risco para a violência como um instrumento de afirmação da masculinidade (CONNELL, 1987, 2005; BOURDIEU, 1999; GELLES, STRAUS, 1988; SILVA, 1995; CALVINHO, 2007).

Da perpetuação da violência nas relações afetivas ao impacto individual, familiar e social

A violência conjugal constitui um fenômeno universal e uma preocupação mundial na atualidade. Durante várias décadas o problema da violência conjugal foi considerado um tabu, um assunto familiar privado, “invisível”, protegido do “olhar” social, mantido pelo silêncio e medo das mulheres agredidas no interior das suas casas e tolerado pela sociedade, não sendo considerado um crime. A situação era legitimada pelos valores de uma cultura patriarcal dominante, sustentada nos papéis de gênero que enformavam um modelo de conjugalidade desigual, hierarquizado e de subordinação. Ao marido era permitido dominar e castigar a mulher para manter a moral e harmonia familiar e, à luz desses valores, fazia-o para a controlar e pela preocupação afetiva que por ela sentia (GUATTARI, ROLNIK 1993; CONNELL, 1987, 2005; GELLES, STRAUS, 1988; GELLES, 1997; SILVA, 1995; FERRARI, VECINA, 2002). Esta ideologia sociocultural perpetuou-se nos comportamentos pela transmissão e reprodução, integrando-se nas concepções individuais e veiculada pela cultura, através de, por exemplo, provérbios populares alusivos ao casal, como “entre marido e mulher ninguém meta a colher” e ao amor, como “quanto mais me bates mais gosto de ti” e expressam-se no espaço privado que é regulado pelos adultos de cada família e por isso fora do controle e da reprovação dos agentes externos.

A violência intrafamiliar começou a suscitar preocupação mundial há algumas décadas, com progressivo reconhecimento que era necessária intervenção e responsabilização de todos os indivíduos e poderes públicos, envolvendo diversos níveis e áreas sociais e políticas para a sua resolução. Um dos princípios fundamentais da Organização Mundial das Nações Unidas (ONU) é a igualdade entre homens e mulheres, consagrado na Carta das Nações Unidas em 1948, com a publicação da Declaração Universal dos Direitos do Homem. Nela, a comunidade internacional é exortada para a necessidade de respeitar os direitos e liberdades fundamentais, independentemente de qualquer particularidade individual, entre as quais, o sexo.

A violação de direitos fundamentais ocorre em múltiplas áreas sociais e de formas diversas, atingindo diferentes grupos sociais. Contudo, as mulheres, como grupo social, parecem ser um alvo de violências em todo o mundo, pela simples condição de ser mulher. Um dos papéis

femininos tradicionais é assegurar e zelar pelo bem-estar familiar mas, paradoxalmente, é no espaço familiar e no âmbito de relações afetivas, no espaço físico e relacional que deveria ser de proteção e afeto, que a violência contra a mulher ocorre com mais frequência perpetrada por pessoas significativas.

A par da preocupação com a desigualdade de género também a violência na família e contra a mulher têm sido preocupação de múltiplas organizações ao nível mundial e europeu, como a ONU e o Conselho da Europa, dos quais Portugal faz parte, o Lobby Européen des Femmes (LEF) do qual faz parte a associação portuguesa – “Associação de Mulheres contra a Violência Doméstica” (AMCV) - e que trabalha em articulação com o Parlamento Europeu e o Conselho de Ministros da União Europeia, a Amnistia Internacional, além de muitas outras organizações governamentais ou não governamentais nacionais e internacionais.

O problema da violência conjugal foi trazido a público pelos movimentos feministas, de forma mais relevante desde a década de setenta, e é considerado um problema social e de saúde ao nível mundial, nomeadamente através da ONU, que tem difundido a sua real existência no mundo, emanou declarações, produziu instrumentos jurídicos internacionais e realizou várias conferências internacionais sobre a mulher [Na Cidade do México (1975); Em Copenhaga (1980); Em Nairobi (1985); Em Pequim (1995)] encorajando os países à criação de mecanismos específicos para a promoção, controlo e proteção dos direitos das mulheres.

As mulheres são particularmente atingidas pela violência conjugal que ocorre em qualquer zona geográfica mundial, apesar de existirem variações. Segundo a OMS (2002) 10% a 69% da população feminina mundial foi agredida pelo seu companheiro em algum momento da vida. Para muitas mulheres agredidas fisicamente, este não foi um ato isolado, mas sim parte de um padrão de comportamento abusivo que frequentemente se compõe também de agressões psicológicas, verificando-se que um terço a metade dessas mulheres também foi vítima de agressões sexuais. Na União Europeia, segundo o LEF (2010; 2011), 1 mulher em 5 é vítima de violência pelo companheiro ou ex-companheiro e essa violência continua a ser a maior causa de morte nas mulheres dos países da EU; 95% dos casos de violência

ocorrida em casa, são contra as mulheres e por dia, na União Europeia, morrem 7 mulheres em consequência da violência doméstica.

Muitas destas mulheres já vivenciaram a violência no contexto familiar durante a infância, num ciclo contínuo, repetitivo e intergeracional de violência individual e familiar. Com efeito, uma grande parte das mulheres maltratadas foram vítimas de diferentes tipos de violência ao longo da vida. Investigações evidenciam que as crianças e jovens que sofreram violência repetida na infância, correm o risco de no futuro se tornarem jovens e adultos violentos ou de sofrerem violência e maus tratos, nomeadamente conjugais. (RAMOS, 2004A; NARVAZ; KOLLER, 2004).

A realidade Portuguesa: mulheres vítimas de violência conjugal, sociedade e políticas públicas.

Em Portugal, há várias décadas que tem sido crescente a preocupação com o fenómeno da violência doméstica, traduzida em ações diversas e em vários âmbitos e quadrantes da sociedade, a partir de organizações governamentais e da sociedade civil. Ao nível jurídico têm sido produzidas leis específicas para a proteção das vítimas de violência doméstica que está consubstanciada como crime público no Código Penal Português, no art.º 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. Em Portugal, a violência doméstica é uma classificação abrangente e que designa um conjunto de violências que ocorrem no espaço de coabitação ou outro mas que surgem no âmbito de relações afetivas e de dependência por vulnerabilidade e expectativas de cuidados, como no caso das crianças, adolescentes, idosos ou pessoas com deficiências, por exemplo. Assim, engloba a violência conjugal independentemente do vínculo legal, do sexo dos cônjuges e da coabitação, abrangendo a violência perpetrada por ex-cônjuges/parceiros e a violência no namoro. O enquadramento legal português define o estatuto de vítima e estabelece a proteção das vítimas, proporciona a acessibilidade a casas-abrigo em situação de crise e assegura-lhes um conjunto de direitos como por exemplo a isenção das taxas moderadoras nos serviços públicos de saúde, o direito a indemnizações, a transferência laboral em caso de deslocação

geográfica para a proteger do agressor, a vigilância eletrônica, entre outras.

Também ao nível da formação de profissionais no terreno têm sido implementadas importantes medidas, como a formação de núcleos de atendimento a vítimas de violência doméstica compostos por agentes da polícia de segurança pública, especificamente formados para o atendimento e para a sensibilização e preparação de polícias de proximidade (polícia de bairro) e no âmbito da intervenção policial escola segura.

Existem ainda diversas organizações não-governamentais (ONG) com parcerias governamentais que disponibilizam atendimento específico, como por exemplo a “Associação de Apoio à Vítima” (APAV), com implantação territorial de diversos gabinetes de atendimento e casas-abrigo, ou ainda a “União de Mulheres Alternativa e Resposta” (UMAR) que tem observatórios para acompanhar os femicídios e as suas causas e para diagnóstico das desigualdades de género nos meios de comunicação social, a “Associação de Mulheres Contra a Violência” (AMCV) com amplo trabalho na divulgação dos direitos das mulheres, combate e intervenção na violência, entre outras ONG locais e regionais que intervêm no âmbito da mesma.

O combate à violência conjugal tem sido estrategicamente definido nos sucessivos planos nacionais contra a violência doméstica, estando em vigor o V Plano Nacional de Prevenção e Combate a Violência Doméstica e de Género 2014-2017. Portugal tem mantido o compromisso português assumido no seio da ONU, do Conselho da Europa, da União Europeia e da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa e continuando a assumir a responsabilidade política de intervenção pela ratificação da Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e a Doméstica (Convenção de Istambul), em fevereiro de 2013.

Em Portugal a realidade mostra que o fenómeno da violência nas relações conjugais é muito importante, atingindo 1 em cada 3 mulheres com 18 anos ou mais, representando 38% das mulheres. Esta violência compõe-se de formas diversas de violência sendo a violência psicológica a mais praticada. Contudo, é frequente que a violência física, psicológica e sexual seja perpetrada de forma associada em 36% das mulheres vítimas (Portugal, 2009). Em 2012, as vítimas adultas

(até aos 64 anos) de violência doméstica foram 5 669 mulheres e 646 homens e as agressões ocorreram na residência comum em 49,2% dos casos (APAV, 2013).

Um estudo (CALVINHO, 2007) que contou com a colaboração de dez mulheres vítimas de violência conjugal, de diferentes gerações e de meio sociogeográfico rural e urbano da região do Minho, no norte do país, permitiu-nos verificar que estas mulheres foram vítimas não só do poder e violência do homem que amavam e com o qual desejavam manter a relação conjugal, mas também de um poder social que lhes impediu e adiou a ruptura da relação conjugal e lhes dificultou e gerou sofrimento num processo que devia ser libertador. As relações conjugais destas mulheres duraram em média 13,6 anos e algumas ainda se mantinham na relação na época do estudo e variavam na sua duração de 11 a 37 anos de vida comum. Caracterizavam-se por relações desiguais entre os dois parceiros com o poder exercido pelo elemento masculino que recorria ao uso da violência nas suas diversas formas, habitualmente associadas, e por motivos subjetivos, arbitrários e machistas. Algumas das mulheres foram pressionadas pela família alargada para a manutenção do casamento, pelo apelo aos costumes e à importância de manter a família unida, demonstrando tolerância com as atitudes do agressor e submetendo a mulher à situação agressora. Nove destas mulheres tinham filhos e verificámos que houve prejuízo no desempenho dos papéis parentais e nas relações familiares, com consequências ao nível da saúde e desenvolvimento dos filhos, o que, como refere Ramos (2004, a,b), pode impedir o desenvolvimento integral harmonioso das crianças e hipotecar-lhes um futuro satisfatório e harmonioso.

Em contacto com profissionais, com responsabilidade social de intervenção, como os das forças de segurança, as mulheres vítimas sentiram incompreensão, desculpabilização do companheiro e ineficácia na abordagem da situação de maus-tratos. Algumas mulheres continuaram a ser agredidas após a ruptura, tiveram de suportar sozinhas as despesas e as responsabilidades com os filhos e viram-se obrigadas a residir noutra zona geográfica, a deixar o trabalho e a afastarem-se do círculo social informal e familiar. Nas mentes e corpos destas mulheres, o desequilíbrio provocado pelos maus-tratos psicológicos, físicos e sexuais continuados e cada vez mais graves e frequentes, instalou-se com consequências na saúde global. Identificámos que estas mulheres associavam à violência de que eram

vítimas repercussões diversas na saúde, as quais causaram prejuízo na participação laboral e em alguns casos motivaram a perda do emprego. No recurso aos profissionais de saúde, estas mulheres sentiram, muitas vezes, vergonha e tiveram atitudes de evitamento e medo, percecionando que os profissionais desvalorizavam os sinais de violência, mesmo em situação de confirmação explícita da mesma.

Os custos económicos da violência contra a mulher fazem subir as despesas sociais, nomeadamente no sector da saúde que é o mais atingido pela problemática devido às repercussões na saúde das vítimas. Em Portugal, os custos com as despesas de saúde de mulheres vítimas de violência conjugal são 22% acima dos custos com a saúde de mulheres não vítimas, com gastos permanentes devidos sobretudo a consultas e fármacos (BARROS *et al.*, 2008).

Os profissionais de saúde na interação com as mulheres vítimas de violência conjugal

No estudo realizado com 26 profissionais de saúde – médicos (as), enfermeiros (as), assistentes sociais e psicólogos (as) - em exercício clínico em contexto hospitalar e de cuidados de saúde comunitária, com a intenção de analisar a relação dos (as) mesmos (as) com as mulheres vítimas de violência conjugal, a partir dos discursos dos (as) profissionais, ficou evidenciada a necessidade de formação dos (as) profissionais de saúde no âmbito da violência conjugal (CALVINHO, 2013).

Sabemos que os (as) profissionais de saúde são profissionais de primeira linha na acessibilidade de mulheres, crianças e famílias pela interação regular e sistemática que existe entre estas e os serviços de saúde por motivos de cuidados com a saúde das próprias, dos filhos e de outros familiares, que frequentemente acompanham. A este aspeto, acresce a responsabilidade e a intervenção em saúde inerente à sua função profissional e ao impacto negativo que a violência nas relações afetivas tem sobre a saúde global.

Os resultados de diversos estudos de investigação no âmbito da violência conjugal contra a mulher, têm revelado uma relação entre maus tratos, problemas de saúde e mortalidade (HEISE, 1994; FANSLow;

ROBINSON, 2004; RAMOS, 2004; PORTUGAL, 2005; CALVINHO, 2007; CALVINHO; RAMOS, 2004A; HUMPHREYS; LEE, 2009; HUMPHREYS; COOPER; MIASKOWSKI, 2010; SAMELIUS *et al.*, 2010; KIELY *et al.*, 2010; HUMPHREYS *et al.*, 2011; TOBO *et al.*, 2011; WHO, 2002, 2005). As consequências sobre a saúde da mulher são tanto mais perniciosas quanto maior for a duração da violência na relação afetiva (CAMPBELL, 2002A; WIJMA *et al.*, 2007). Estas consequências limitam a participação da mulher na vida familiar e social, reforçam o seu isolamento, impedem ou prejudicam o desempenho laboral, com agravamento da sua situação pela diminuição da sua capacidade de autonomia e de desempenho nas responsabilidades e tarefas familiares (CALVINHO, 2007; CALVINHO; RAMOS, 2004). Assim, a identificação da violência e a intervenção em fases mais precoces revelam-se fundamentais para se conseguir diminuir a morbidade e mortalidade por violência conjugal, preservar o capital de saúde das mulheres vítimas e dos seus filhos e evitar a degradação da sua qualidade de vida e do ambiente familiar (WHO, 2002; WIJMA *et al.*, 2007; HUMPHREYS *et al.*, 2011A).

As reações de adaptação da mulher à situação de violência é diversa, complexa e por vezes ambivalente, fazendo com que frequentemente ocultem a situação de terceiros, desculpabilizem o agressor e neguem a situação por medo, vergonha, culpabilidade, isolamento, dependência afetiva e económica, submissão, baixa autoestima, concepções de amor romântico, transmitindo uma “apatia aparente” e incapacidade perante uma situação que as vulnerabiliza, traumatiza e aprisiona (RAMOS, 2004A; HIRIGOYEN, 2006; NARVAZ; KOLLER, 2006). Verificámos que estas atitudes e comportamentos são mal compreendidas pelos profissionais de saúde e geram-lhes sentimentos de revolta e de impotência pela percepção de que a mulher vítima não é receptiva às suas intervenções e não quer resolver a situação que vivencia. A mulher vítima de violência quer resolver a situação, mas em muitos casos, quer que essa resolução passe pela não-violência do companheiro e pela manutenção da relação, ou por um processo social e jurídico que não a penalize e não acrescente ainda mais sofrimento. Os profissionais de saúde revelam que algumas mulheres não percecionam o padrão abusivo do comportamento do companheiro, necessitando de ser ajudadas a tomar consciência do mesmo, a desenvolverem competências e a mobilizarem estratégias de *coping* e recursos internos para a capacitação e enfrentamento da situação (CALVINHO, 2007, 2013).

As mulheres vítimas de maus tratos despertam em geral para a violência do companheiro com o choque da primeira agressão física, mesmo quando já tinham sofrido agressões psicológicas, em alguns casos, já desde o namoro, mas que não classificavam como violentas embora as notassem como geradoras de mal-estar. A dinâmica da violência e o seu ciclo repetitivo contribuem para que a mulher se sinta isolada e impotente, com a percepção que tem que agir mas sem saber como, pelo medo do agressor ou de ficar sozinha, por concepções culturais e românticas sobre o amor, casamento e família, pelo desamparo que resulta da perda da rede de apoio informal e pela situação traumática e de grande vulnerabilidade em que se encontra (RAMOS, 2004A; HIRIGOYEN, 2006; NARVAZ; KOLLER, 2006; CALVINHO, 2007).

A necessidade de formação dos (as) profissionais para favorecer a compreensão do fenómeno social da violência conjugal com consequências sobre a saúde, o seu enquadramento legal e os recursos de intervenção específica no terreno, bem como o desenvolvimento de competências comunicacionais, é um imperativo que os dados de investigação sugerem (CALVINHO, 2013). Assim, o contacto privilegiado pela proximidade à população possibilitaria uma mais rápida identificação das situações de violência, a implementação do apoio e do encaminhamento das vítimas mais precoce e por isso favorecedor do tratamento das alterações da saúde, da manutenção da saúde e da resolução da situação ao nível social e jurídico.

Para esta intervenção precoce e holística, a par da formação, são necessários recursos e meios profissionais capazes de favorecer a obtenção de ganhos para a saúde e que contribuam para a promoção da saúde e para a redução da prevalência e incidência da violência na família em articulação com outros sectores sociais como, por exemplo, a educação e as instâncias de intervenção social, psicológica, policial e jurídica.

Os (as) profissionais e as instituições de saúde confrontam-se com diversos obstáculos na resposta a esta complexa problemática, salientando-se a inexistência de protocolos de atuação, o desfasamento entre setores e recursos da saúde, a falta de parcerias, de articulação e de integração multidisciplinar e intersetorial. Estes fatores foram revelados como dificultadores da intervenção dos profissionais de saúde, tanto ao nível da prevenção, como na identificação, no apoio e

no encaminhamento das vítimas diretas e indiretas, mas também dos agressores.

Os comportamentos aditivos, como uso abusivo de álcool, situações de desequilíbrio psicológico e mesmo psiquiátrico, ciúme patológico, podem estar associados e agravar o comportamento do agressor, pelo que o encaminhamento e tratamento destas situações de saúde estão dificultados pelo afastamento dos homens nos cuidados de saúde na comunidade o que pode estar relacionado com a construção da masculinidade e com a organização da oferta em saúde. São sobretudo as mulheres e as crianças que têm programas de vigilância preventiva nos cuidados de saúde primários (CALVINHO, 2013).

Dos resultados obtidos podemos concluir que existem diversas concepções culturais sobre casamento e família, nos próprios profissionais, que lhes dificultam a intervenção junto às vítimas e que essa dificuldade é reforçada pelo desconhecimento dos recursos comunitários específicos na intervenção nesta situação. Também dificultam a sua intervenção e originam o receio de prejuízo da relação terapêutica e de confiança com as utentes, a descrença na eficiência do processo de acompanhamento e de resolução sociojurídica da situação. Revelaram também concepções morais e éticas que lhes causam conflito por a violência conjugal ser um crime público, conforme consagrado na lei portuguesa, e pela obrigação de respeitarem o direito à autodeterminação da pessoa que atendem no âmbito da prestação de cuidados de saúde. Daqui resulta um hiato entre saúde global e violência e entre o papel e a ética profissional em relação com o comportamento e o dever cívico que sugere uma atitude defensiva e a necessidade uma abordagem formativa que proporcione a desconstrução de mitos e estereótipos sobre a família, o casal e a mulher vítima de violência, a par do conhecimento adequado sobre os meios comunitários de intervenção específica.

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública com altos custos financeiros, diretos e indiretos, mas os que são incalculáveis, no presente e no futuro, são os da perda de qualidade de vida, do capital de saúde e de bem-estar pessoal, familiar e social e a perda precoce de vidas. O impacto da violência conjugal na saúde pode manifestar-se de múltiplas formas ao nível das dimensões física e mental, podendo causar traumatismos físicos e psicológicos, problemas psicossomáticos, stresse, depressão, ansiedade, alterações sexuais e

reprodutivas, dependência química e farmacológica, disfunções e desequilíbrios que em casos extremos podem conduzir ao suicídio e à morte prematura (HEISE, 1994; WHO, 2002; CAMPBELL, 2002A; RAMOS, 2004A; CALVINHO, 2007).

Partindo da premissa que o stresse crónico provoca o encurtamento dos telómeros e acelera o envelhecimento celular, como tem sido revelado por estudos recentes nomeadamente na área da investigação sobre envelhecimento, Humphreys *et al.* (2011a) desenvolveram um estudo exploratório sobre o comprimento dos telómeros, que são componentes dos cromossomas que modulam o envelhecimento celular, em mulheres vítimas de violência conjugal. Foi estudado o ADN a partir de amostras de sangue periférico colhido a mulheres de dois grupos (n=102). Um dos grupos de mulheres (n=66) sujeitas a violência dos parceiros na fase adulta (com 16 anos ou mais) e que tivessem terminado a relação violenta há pelo menos 1 ano. No grupo de controlo (n=46) as mulheres não tinham sido sujeitas a essa experiência. As mulheres participantes tinham mais de 18 anos, situavam-se em fase reprodutiva, eram não fumadoras e saudáveis. O estudo do ADN revelou um encurtamento dos telómeros significativamente mais acentuado nas mulheres vítimas, o que sugere uma relação causal entre violência nas relações de intimidade, stresse crónico e envelhecimento celular. Face a esta constatação, a maior morbilidade poderá estar relacionada com essas alterações celulares e explicar a sua persistência mesmo após terminar o abuso. Nestas mulheres, a ligação entre violência e encurtamento dos telómeros demonstrou-se mais relacionada com o tempo de duração da violência do que com o tipo de violência que tinham sofrido.

No nosso estudo, o papel e a intervenção dos (as) profissionais de saúde revelou-se pouco específico, de reduzida eficácia e compreensão para a situação vivida de violência conjugal pelas suas utentes, apesar das inúmeras intervenções que no âmbito das suas profissões realizam mas que lhes causam, com frequência, sentimentos de impotência e de frustração por a mulher vítima continuar na relação violenta. Não evidenciaram nos seus discursos intervenções promotoras de práticas de comunicação adequadas (RAMOS, 2004a, 2012a,b,c, 2014) e de redução da ansiedade e do controlo do stresse, nem vocacionadas para atividades, relações e estilos de vida mais saudáveis e capazes de contrariar os efeitos do stresse provocado pelas relações violentas, tanto na mulher como nos seus filhos (CALVINHO, 2013).

Tendo em conta que muitas das mulheres vítimas de violência vivem em família nuclear, não poderíamos deixar de salientar o impacto da situação nos filhos por vivenciarem a violência entre os seus pais. Esta situação está muitas vezes associada a repercussões na saúde global das crianças que manifestam problemas de comportamento, distúrbios psicossomáticos, desequilíbrios emocionais como ansiedade e depressão, baixa autoestima, mau rendimento escolar e queixas físicas, problemas que muitas vezes são idênticos aos das crianças que sofrem violência direta, o que acontece com frequência nos núcleos familiares onde o pai agride a mãe (WHO, 2002; RAMOS, A; GELLES; STRAUS, 1988).

A morte de mulheres provocada por companheiros ou ex-companheiros é uma causa de mortalidade precoce que está associada à violência nas relações afetivas. O Observatório de Mulheres Assassinadas (OMA) da União Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR), entre os anos 2004 e 2012, identificou que a maioria das mortes de mulheres foi provocada por cônjuges ou ex-cônjuges, assim como as tentativas de femicídio. No ano 2012 houve 40 femicídios em Portugal dos quais 21 foram cometidos no âmbito de uma relação de intimidade e 8 após a ruptura da relação. Este número corresponde a 72,5% do total de mulheres mortas nesse ano e a maioria dessas mulheres tinham entre 36 e 50 anos de idade. No mesmo período foram realizadas 53 tentativas de femicídio. Neste cenário, 77 filhos ficaram sem as mães e houve 45 vítimas associadas. Destas, 8 pessoas foram vítimas diretas, das quais 4 foram mortais. As restantes pessoas (37) foram vítimas indiretas que presenciaram os crimes. Nos crimes em que foi possível conhecer as motivações do seu autor, verificou-se que as causas relacionadas com o poder patriarcal e a desigualdade de género foram as mais expressivas nomeadamente: a violência conjugal; a não-aceitação da ruptura da relação afetiva ou o pedido de divórcio; os ciúmes e as atitudes de possessão em relação à mulher. A psicopatologia e o consumo de álcool ou outras substâncias aditivas foram as justificações dos crimes menos evidenciadas (OMA, 2013; 2013a).

Estes factos e os resultados da investigação conjugam-se para apontar também a necessidade de articular serviços de intervenção em saúde para tratamento de fatores de risco como por exemplo os relacionados com os consumos aditivos e com os comportamentos violentos nas relações afetivas, em estreita articulação com os setores da segurança e

da justiça para penalização dos crimes, reabilitação dos agressores e salvaguarda da segurança das mulheres, crianças e outros familiares.

Considerações finais

As consequências da violência contra a mulher nas relações de intimidade ultrapassam o nível individual, do casal e da família, atingindo toda a sociedade. Causam sofrimento, morbidade e morte, agravamento dos custos com a saúde, baixa produtividade laboral e diminuem a capacidade de participação social, consequências que perduram por muitos anos.

Os resultados da nossa investigação apontam para a dificuldade dos (as) profissionais de saúde identificarem a violência conjugal nas suas utentes, sendo contudo ainda maiores as dificuldades de comunicação e de encaminhamento das mulheres que conseguem identificar. Daí, a importância de formação que capacite os (as) profissionais de saúde para uma problemática social complexa que tem repercussões na saúde, na qualidade de vida e no bem-estar de mulheres, crianças e famílias, e que requer uma abordagem familiar dinâmica e interativa, integrando os diferentes membros da família. Esta formação exige também o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais que promovam boas práticas e a prevenção neste âmbito.

A intervenção e articulação em saúde exige que as instituições e os serviços de prestação de cuidados de saúde melhorem as condições de acolhimento, institucionais e comunicacionais, que favoreçam uma melhor intervenção junto das mulheres vítimas de violência e da família, articulando e agilizando recursos da área da saúde e da intervenção comunitária, como o apoio e acompanhamento psicológico, a terapia familiar, o apoio médico legal, o suporte social e comunitário e que promovam a articulação e a comunicação entre os dois níveis de prestação de cuidados – hospitais e centros de saúde.

A dimensão e a complexidade que reveste a violência nas relações conjugais requer uma articulação entre os setores sociais que intervêm neste fenómeno, como o da saúde, da segurança social, da segurança pública e da justiça para uma intervenção mais efetiva e integrada das

vítimas e da família, que promova a diminuição de fatores de risco e a resolução das situações sinalizadas.

Torna-se urgente a articulação intersectorial que coloque as famílias com violência intrafamiliar no centro de um processo autónomo e dinâmico que dê respostas efetivas às particularidades e necessidades de cada família e dos seus elementos, que integre as vítimas e os autores da violência, que cuide da saúde individual e familiar, que proteja, apoie e reabilite e que previna, rompendo ciclos intergeracionais de violência. As políticas públicas deverão promover relações mais igualitárias entre os géneros, educar para a igualdade de género e cidadania desde a infância, desenvolver condições sociais, educacionais, sanitárias e económicas condignas, favorecer o respeito dos direitos humanos e consciencializar toda a sociedade para o combate e a denúncia da violência conjugal, elementos essenciais para a prevenção e minimização da violência e das suas consequências.

São fundamentais políticas e estratégias que integrem as diversas dimensões que interferem na causalidade da violência em geral e da violência nas relações conjugais em particular, que favoreçam mudanças nas atitudes e nos comportamentos das mulheres e dos homens, das vítimas e dos agressores, e que os integrem e reabilitem. Consideramos que, desta forma, em intervenção multidisciplinar e articulação multissetorial, serão favorecidas melhorias consistentes e duradouras a curto, a médio e a longo prazo para que as sociedades, nomeadamente as famílias, se recriem e caminhem no sentido da igualdade entre os géneros, da dignidade humana, da saúde, do bem-estar e da paz.

Referências Bibliográficas

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VITIMA. **Estatísticas APAV: Relatório anual 2012**. [Em linha]. [s.l.], 2013: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Disponível na WWW: http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Totais_Nacionais_2012.pdf

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, P. P. et al. **Health care costs of domestic violence against women: evidence from Portugal.**[Em linha]. [s.l.: s.n.], 2008. Disponível na WWW: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1160306

BOURDIEU, P. **A dominação masculina.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

CALVINHO, M. de La S. E. **Violência conjugal contra a mulher: Histórias vividas e narradas no feminino.** Dissertação de Mestrado (em Comunicação em Saúde). Universidade Aberta, Lisboa, 2007.

CALVINHO, M. de La S. E.; RAMOS, N. Diversas faces do poder sobre a mulher: O caso da violência conjugal. **In Actas do Seminário Internacional Fazendo Género 8 – Género, Violência e Poder.** Simpósio Temático Relações de poder e género. Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis, Brasil, 25 a 28 de Agosto, 2008.

CALVINHO, M. de La S. E. **Violência conjugal contra a mulher. Representações sociais dos profissionais de saúde face às mulheres vítimas.** Tese de Doutoramento (em Psicologia, Especialidade em Psicologia Clínica e da Saúde) - Universidade Aberta, Lisboa, 2013.

CONNELL, R. **Gender and power.** Stanford: Stanford University, 1987.

CONNELL, R. W., & MESSERSCHMIT, J. W. Hegemonic masculinity – Rethinking the concept. **Gender & Society**, 19(6), 829-859, 2005.

EUROPEAN WOMEN'S LOBBY. **National Actions Plans on Violence Against Women in the EU.**[s.l.: s.n.], [EmLinha]. Brussels: European Women's Lobby. Centre on Violence against Women, 2011 Disponível na WWW: <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=national%20actions%20plans%20on%20violence%20against%20in%20eu&source=web&cd=6&cad=rja&ved=0CE4QFjAF&url=http%3A%2F%2Fwww.womenlobby.org%2Fspip.php%3Farticle2481&ei=kYv7UcqgNPDB7AaysIHAAQ&usg=AFQjCNGIzfPzxJM-ZkwnF9ImAfB1REqleg&bvm=bv.50165853,d.ZWU>

FANSLOW, J.; ROBINSON, E. Violence against women in New Zealand: prevalence and health consequences. **NZMJ**. 117(1206), p. 1-12, 2004.

FERRARI, D.; VECINA, T. (Org.). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Agora, 2002.

GELLES, R. J.; STRAUS, M. A. **Intimate violence: the causes and consequences of abuse in the American family**. New York, Touchstone, 1988.

GELLES, R. **Intimate violence in families**. Beverly Hills: Sage Publications, 1997.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1993.

HEISE, L. Violência e gênero: uma epidemia global. **Cadernos Saúde Pública**. [em linha]. 10 (supl.1), 1994. Disponível na WWW: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a09.pdf>

HÉRITIER, F. **Masculino feminino: o pensamento da diferença**. Lisboa, Ed. Instituto Piaget, 1996.

HIRIGOYEN, M. **A violência no casal**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

HUMPHREYS, J.; LEE K. Interpersonal violence is associated with depression and chronic physical health problems in midlife women. **Issues in Mental Health Nursing**, 30 (4), p. 206-213, 2009.

HUMPHREYS, J.; COOPER, B. A.; MIASKOWSKI, C. Differences in depression, posttraumatic stress disorder, and lifetime trauma exposure in formally abused women with mild versus moderate to severe chronic pain. **Journal of Interpersonal Violence**. XX(X). p. 1-23, 2010.

HUMPHREYS, J. *et al.* Increasing Discussions of Intimate Partner Violence in Prenatal Care Using Video Doctor Plus Provider Cueing : A Randomized, Controlled Trial. **Women's Health Issues**. 21-2(2011), p.136-144, 2011a.

HUMPHREYS, J. *et al.* Telomere Shortening in Formerly Abused and Never Abused Women. **Biological Research For Nursing**. [Em linha]. San Francisco. 14(2), p. 115-123, 2011b Disponível na WWW: <http://brn.sagepub.com/content/early/2011/03/07/1099800411398479>

KABEER, N. Gender equality and women's empowerment: a critical analysis of the third Millennium Development Goal. **Gender and Development**, 13(1), 13-24, 2005.

KIELY, M. *et al.* An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: a randomized trial. **Obstet. Gynecol.** 115 (2Pt 1), p. 273-283, 2010.

LOBBY EUROPEENNE DES FEMMES D / **La violence a l'égard des femmes**. [Em linha], 2010. Bruxelles : Lobby Européenne des Femmes. Disponível na WWW : http://www.womenlobby.org/spip.php?action=accéder_document&arg=444&cle=e641308119b2cc01aba1695e42ba613a9f1b5a87&file=pdf%2Fviolence_fr.pdf&lang=fr

LOBBY EUROPEENNE DES FEMMES. **Les femmes en Europe. Chiffres, faits et citations**. [Em linha], 2011. Bruxelles : Lobby Européenne des Femmes. Disponível na WWW : <http://www.womenlobby.org/spip.php?rubrique51&lang=fr>

MICHEL, A. **Sociologia da família e do casamento**. Porto, Rés Editora, 1983.

NARVAZ, M.; KOLLER, S. Mulheres vítimas de violência doméstica: Compreendendo subjetividades assujeitadas. **Psico**, 37(1), p. 7-13, 2006.

OBSERVATÓRIO DE MULHERES ASSASSINADAS. **Observatório de Mulheres Assassinadas da UMAR: Dados do 1.º Semestre de 2013**. [Em linha]. Lisboa: Observatório de Mulheres Assassinadas, 2013. Disponível na WWW <http://www.umarfeminismos.org/images/stories/oma/2013/Relat%C3%B3rio%20intercelar%20OMA%202013.pdf>

OBSERVATÓRIO DE MULHERES ASSASSINADAS. **Observatório de Mulheres Assassinadas da UMAR: Dados de 2012.** [Em linha]. Lisboa: Observatório de Mulheres Assassinadas, 2013a. Disponível na WWW: <http://www.umarfeminismos.org/images/stories/oma/2012/OMA%20012%20Final.pdf>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS **In-depth study on all forms of violence against women.** New York: ONU, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS **Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.** [em linha]: Organização Das Nações Unidas. Asamblea General A/RES/48/104 23 de Febrero, 1994. Disponível na WWW: <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N94/095/08/PDF/N9409508.pdf?OpenElement>

ORGANISATION MONDIALE DE SANTÉ. **WHA 49.25 La prévention de la violence: une priorité pour la santé publique.** Genève: OMS. La quarante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 20-25 Mai, 1996.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen.** [em linha], 2002. Washington, D.C.: OMS. Disponível na WWW: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE **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, 2005.

PORTUGAL. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. COMISSÃO PARA A CIDADANIA E IGUALDADE DE GÉNERO (Coord.). **Violência e Género: Inquérito nacional sobre a violência exercida contra mulheres e homens.** Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, 2009.

RAMOS, N. **Psicologia clínica e da saúde**. Lisboa, Universidade Aberta, 2004a.

RAMOS, N. A família nos cuidados à criança e na socialização precoce em Portugal e no Brasil. Uma abordagem intercultural comparativa. In: **Desafios da comparação. Família, Mulheres e Género em Portugal e no Brasil**. Oeiras, Celta Editora: 149-190, 2004b.

RAMOS, N. Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade (s), práticas e políticas em saúde. **Revista Inter-Legere**, (11): 30-51, 2012a.

RAMOS, N. Comunicação em Saúde e Interculturalidade – Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. **RECIIS – Revista Eletrónica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, (6), 4, 2012b.

RAMOS, N. Comunicación en la salud e interculturalidade: Para una mejor intervención en salud en el contexto de diversidade cultural. In PRIEGO A.; PAULA R. (org). **Mercadotecnia social en salud. Teoria y Práctica**. Universidade Juárez Autónoma de Tabasco, Tabasco, p.65-109, 2012c.

RAMOS, N.; SERAFIM, J. Comunicação em saúde e antropologia fílmica. In **ALAIC 2014, Peru. Anais do XII Congresso da Associação Latino Americana de Investigadores da Comunicação**. Lima: PUCP, 2014.

SAMELIUS, L. *et al* Lifetime history of abuse, suffering and psychological health. **Nord Journal Psychiatry**. 64 (4), p. 227-232, 2010.

SILVA, L. F. **Entre marido e mulher alguém meta a colher**. Celorico de Basto, à Bolina Editores Livreiros Lda, 1995.

TOBO, N. *et. al*. Contribution of intimate partner violence exposure, other traumatic events and posttraumatic stress disorder to chronic pain and depressive symptoms. **Invest. Educ. Enferm**. 29 (2), p. 174 — 186, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **First ever Global Report on Violence and Health released: New WHO report more complete picture of global violence.** Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION –WHO. **Multi-country study on womens' health and domestic violence against women.** Geneva: WHO, 2005.

WIJMA, K. *et al.* The association between ill-health and abuse: a cross-sectional population based study. *Scandinavian Journal of Psychology. Nordic Psychological Associations.* 48, p. 567-575, 2007.