



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIENCIAS SOCIAIS E HUMANAS

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS MULHERES
Relação entre os valores dos profissionais de saúde e a motivação para fazer
uma abordagem diferenciada às vítimas

(Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Psicologia, área de especialização
em Psicologia da Saúde)

MARIA PAULA PELÚCIA CANELAS

Faro

2008

NOME: Maria Paula Pelúcia Canelas

DEPARTAMENTO: Psicologia

ORIENTADORA: Professora Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria

DATA: 26 de Maio de 2008

TITULO DA DISSERTAÇÃO:

Violência Doméstica Contra as Mulheres: Relação entre os valores dos profissionais de saúde e a motivação para fazer uma abordagem diferenciada às vítimas

JÚRI:

Presidente: Professor Doutor José Carlos Pestana dos Santos Cruz

Vogais: Professora Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria

Professora Doutora Maria Isabel Real Fernandes de Sá

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, Verónica e Zé Diogo pelo tempo que não partilhámos enquanto nasceu e cresceu este projecto.

Aos meus pais, sogros e marido pela ajuda recebida, sem eles este projecto não seria possível nem a Investigação estaria associado a tantos momentos de paz e entrega total.

À Úrsula, por toda a amizade e apoio incondicional.

Aos colegas e amigos que sempre me incentivaram na realização deste trabalho.

Agradecimentos

É com muito carinho e muita felicidade que partilho esta página com todos os que tornaram possível a realização desta investigação.

Agradeço à Professora Doutora Cristina Faria, pelo seu apoio sempre oportuno e precioso para desbloquear todos os impasses e todas as dificuldades que aconteceram ao longo de cada passo deste processo de Investigação.

Agradeço a indispensável colaboração de todos os Enfermeiros e Médicos do Hospital José Joaquim Fernandes de Beja que despenderam o seu tempo no responsável preenchimento dos instrumentos sem os quais este projecto seria impossível.

À Polícia de Segurança Pública de Beja na pessoa do Senhor Comissário Poiares.

À Guarda Nacional Republicana de Beja na pessoa da Cabo Ana Mónica.

Ao Gabinete de Medicina Legal de Beja, na pessoa do Dr. Vítor de Almeida e da Dona Fátima.

À Doutora Susana Maria pelo apoio indispensável ao arranque deste projecto

À Dra. Alexandra Seabra por toda a disponibilidade demonstrada.

À minha família pelos sacrifícios que passou em troca da realização do meu sonho de Investigação.

À solidariedade de duas grandes mulheres que me ajudaram incondicionalmente a manter em pé o projecto doméstico deixando margem para a disponibilidade intelectual necessária à realização deste trabalho: a minha mãe e a minha sogra.

A todas as mulheres que ao longo dos anos lutaram pela sua dignidade e pelos direitos inerentes à condição humana, obrigadas a viver verdadeiros dramas associados apenas, e de forma gratuita, ao facto de terem nascido mulheres.

A todos um enorme Bem-Haja

"O que me preocupa não é o grito dos maus. É o silêncio dos bons."

(Dr. Martin Luther King Junior)

RESUMO

Com este estudo pretendemos investigar se existe alguma relação entre os valores dos profissionais de saúde relativamente à violência doméstica exercida contra as mulheres e a motivação para lhes fazer uma abordagem diferenciada nos serviços de saúde.

Vamos investigar a tendência feminista ou tradicionalista dos valores dos inquiridos, a respectiva preparação e motivação para lidar com as mulheres vítimas de violência e as estratégias de coping que utilizam perante determinadas situações de stresse profissional.

Os profissionais de saúde participantes no estudo são enfermeiros e médicos do Hospital José Joaquim Fernandes de Beja, representando cada grupo profissional 50% do total da amostra.

Para estudar a população, fez-se a sua caracterização sócio-demográfica, utilizaram-se duas questões que a caracterizam relativamente ao grau de motivação e preparação para abordar de forma diferenciada as mulheres vítimas de violência doméstica, usou-se a escala de valores de violência doméstica contra as mulheres (Lee Ann Hoff, 1990) e o Questionário de estratégias de coping (Pais-Ribeiro & Santos, 2001).

Os resultados encontrados apontam para a tendência feminista dos inquiridos sem que haja interferência significativa das variáveis sexo e profissão.

A população encontra-se motivada e simultaneamente pouco preparada para o atendimento diferenciado às mulheres vítimas de violência e não há relação entre os valores dos inquiridos e a sua motivação para a abordagem às vítimas.

Existe relação entre as variáveis motivação e preparação: A população mais preparada é simultaneamente a mais motivada para a abordagem diferenciada às mulheres.

Dos profissionais inquiridos, 90,1% não tem formação para lidar com a situação de violência, mas 76,9 % sente necessidade de ter.

Palavras-chave:

- Violência doméstica
- Valores
- Motivação
- Coping
- Enfermeiros e médicos

SUMMARY

This study is aimed to investigate whether there is any relationship between the health professionals' values in what concerns to domestic violence against women and their motivation to assist them in a more personal way in the health care services.

We are going to investigate the feminist or traditionalist trend of the inquires' values, their professional training and motivation to deal with women victims of violence as well as the coping strategies they used in particular professional stressful situations.

The health professionals who participated in this study are nurses and doctors from José Joaquim Fernandes Hospital in Beja, and each professional group represents 50% of the total sample.

In order to study the population, we first did their social- demographic characterization, used two previous questions which characterized them both in terms of the level of motivation and the training capacity to approach women victims of domestic violence in a more particular way. We used the scale of values regarding domestic violence against women (Lee Ann Hoff, 1990) and the coping strategies questionnaire (Pais- Ribeiro & Santos, 2001).

The results found show the inquires' feminist tendency without any significant interference of both sex and job variants.

The population is motivated but also little prepared to make a more personal attendance to women victims of violence, and there is no relationship between the inquires' beliefs and their motivation to receive the victims.

We can also conclude that there is a relationship between both motivation and training variants: The more trained the population is the more motivated to make a more individual approach to the victims.

Amongst the inquires, 90,1% don't have specific training to deal with violence situations, but 76,9% feel that need.

Key-words:

- Domestic Violence
- Values
- Motivation
- Coping
- Nurses and Doctors

ÍNDICE GERAL

	F
INTRODUÇÃO	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	7
1 PERSPECTIVAS SOBRE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	8
2 CONCEITOS SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	13
3 ENFERMEIROS/MÉDICOS E O ATENDIMENTO ÀS VITIMAS	17
3.1 A ASSERTIVIDADE	20
3.2 OS VALORES.....	22
3.3 COPING.....	24
3.3.1 Resiliência	26
3.3.2 Stresse	27
3.4 MOTIVAÇÃO.....	30
4 ABORDAGENS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM DIVERSOS CONTEXTOS..	33
4.1 QUANDO COMEÇA A VIOLÊNCIA	36
4.2 VIOLÊNCIA NA INTIMIDADE.....	38
4.2.1 Jovens.....	38
4.2.2 Adultos.....	39
4.2.3 Profissionais de saúde e outros.....	42
4.3 DADOS ESTATÍSTICOS E INFORMAÇÕES RELEVANTES	49
5 OS MASS MÉDIA E A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	56
5.1 FLASHES DA IMPRENSA ON-LINE	57
5.2 FLASHES DA IMPRENSA ESCRITA.....	58
6 CONTRIBUTOS DA PSICOLOGIA DA SAÚDE NO APOIO ÀS VÍTIMAS	62
PARTE II - ESTUDO EMPIRICO.....	64
7 PROPÓSITO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA.....	65
7.1 OBJECTIVOS E PERTINÊNCIA DO ESTUDO	66
7.2 HIPÓTESES.....	67
8 METODOLOGIA.....	68
8.1 TIPO DE ESTUDO E PLANIFICAÇÃO	68
8.1.1 Variáveis	70
8.2 AMOSTRA	70
8.2.1 Critérios de inclusão na amostra.....	72
8.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	72
8.3.1 Escala de caracterização sócio-demográfica	72
8.3.2 Motivação e preparação	73
8.3.3 Escala de valores de violência doméstica contra as mulheres – Lee Ann Hoff, 1990.....	73
8.3.4 Questionário de Estratégias de Coping de Pais-Ribeiro & Santos, 2001 ..	75
8.4 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	78
9 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	79

10 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	80
10.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA	80
10.1.1 Distribuição dos inquiridos por profissão e por género	80
10.1.2 Distribuição dos inquiridos por grupo etário	82
10.1.3 Distribuição dos indivíduos por nacionalidade, grau académico, especialidade, serviço, anos de experiência profissional, estado civil, número de filhos e religião.....	83
10.1.4 Distribuição dos indivíduos por formação em maus-tratos/violência doméstica	88
10.1.5 Posição dos inquiridos relativamente à criação de um Gabinete de Apoio à Vítima	89
10.2 MOTIVAÇÃO E PREPARAÇÃO DOS INQUIRIDOS	91
10.2.1 Motivação.....	91
10.2.2 Preparação	93
10.2.3 Preparação e motivação	94
10.3 VALORES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	96
10.3.1 Estatísticas descritivas	96
10.3.2 Dados psicométricos – Fiabilidade interna do questionário	98
10.3.3 Escala de valores e motivação.....	99
10.3.4 Escala de valores e profissão.....	101
10.3.5 Escala de valores e género	104
10.4 GÉNERO E MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA A ABORDAGEM DIFERENCIADA ÀS VÍTIMAS	106
10.5 PROFISSÃO E MOTIVAÇÃO DOS INQUIRIDOS PARA A ABORDAGEM DIFERENCIADA ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA..	107
10.6 GÉNERO DOS INDIVÍDUOS INQUIRIDOS E FEMINISMO	109
10.7 ESTRATÉGIAS DE COPING.....	110
10.7.1 Análise descritiva	110
10.7.2 Estudo psicométrico.....	111
10.7.3 Relação entre as dimensões do coping e o nível de motivação.....	113
11 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	116
12 BREVE PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE ...	124
CONCLUSÃO.....	125
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	128
ANEXOS.....	135
ANEXO I – INSTRUMENTOS UTILIZADOS	136
ANEXO II – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DE AMOSTRA	137
ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PELO CONCELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL.....	138
ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PELOS AUTORES	139

ÍNDICE DE TABELAS

	F
Tabela 1 - Indivíduos com especialidade	84
Tabela 2 - Anos de experiência profissional	85
Tabela 3 - Motivação dos inquiridos.....	93
Tabela 4 - Preparação dos inquiridos	94
Tabela 5 - Distribuição dos inquiridos por grau de preparação.....	94
Tabela 6 - Teste Kruskal-Wallis	95
Tabela 7 - Análise descritiva da Escala de Valores de Violência Doméstica Contra as Mulheres.....	96
Tabela 8 - Distribuição dos profissionais de saúde pelos valores de acordo com os scores.....	96
Tabela 9 - Análise descritiva da escala de valores.....	97
Tabela 10 - Consistência interna da Escala de Valores de Violência Doméstica Contra as Mulheres.....	98
Tabela 11 - Distribuição dos indivíduos pelo grau de motivação	100
Tabela 12 - Teste Kruskal-Wallis	101
Tabela 13 - Categoria profissional e valores	101
Tabela 14 - Teste de homogeneidade de variâncias para a escala de valores	102
Tabela 15 - Análise descritiva da profissão dos inquiridos relativamente à escala de valores	103
Tabela 16 - Teste de Mann-Witney	103
Tabela 17 - Valores e género dos inquiridos	104
Tabela 18 - Teste de homogeneidade de variâncias.....	105
Tabela 19 - Teste de Mann-Witney	105
Tabela 20 - Teste de homogeneidade de variâncias.....	107
Tabela 21 - Teste de Mann-Whitney.....	107
Tabela 22 - Motivação dos inquiridos.....	107
Tabela 23 - Teste de homogeneidade de variâncias.....	108
Tabela 24 - Teste de Mann-Whitney.....	109
Tabela 25 - Género dos inquiridos.....	109
Tabela 26 - Análise descritiva do Questionário de Estratégias de Coping de Pais-Ribeiro & Santos.....	110
Tabela 27 - Análise descritiva da escala de coping e das sub-escalas que a compõem.....	111
Tabela 28 - Estudo da fiabilidade da escala total	111
Tabela 29 - Análise descritiva da escala de coping e motivação.....	112
Tabela 30 - Distribuição por categorias de motivação.....	113

Tabela 31 - Teste de Kruskal-Wallis.....	114
Tabela 32 - Teste Kruskal-Wallis para as sub-escalas de coping	114

ÍNDICE DE FIGURAS

	F
Figura 1 – Modelo Racional Teórico.....	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	F
Gráfico 1 - Profissão dos inquiridos	80
Gráfico 2 - Género dos inquiridos	81
Gráfico 3 - Género por profissão	81
Gráfico 4 - Grupo etário da amostra total	82
Gráfico 5 - Grupo etário por profissão	82
Gráfico 6 - Grupo etário por género	83
Gráfico 7 - Nacionalidade dos inquiridos	83
Gráfico 8 - Grau académico	84
Gráfico 9 - Serviço dos inquiridos	85
Gráfico 10 - Estado civil	86
Gráfico 11 - Número de filhos dos inquiridos	86
Gráfico 12 - Religião dos inquiridos por classe profissional	87
Gráfico 13 - Sujeitos com ou sem formação na área dos maus-tratos/violência doméstica.....	88
Gráfico 14 - Necessidade de formação para lidar com vítimas de violência doméstica	88
Gráfico 15 - Número de casos de maus-tratos/violência doméstica atendidos nos últimos 5 anos.....	89
Gráfico 16 - Importância de criação de um gabinete de apoio à vítima de violência doméstica.....	89
Gráfico 17 - O que os inquiridos alegam <i>a favor</i> da criação do gabinete.....	90
Gráfico 18 - O que os inquiridos alegam <i>contra</i> a criação do gabinete.....	90
Gráfico 19 - Motivação dos profissionais de saúde inquiridos para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada	91
Gráfico 20 - Motivação por profissão	92
Gráfico 21 - Motivação por género.....	92
Gráfico 22 - Grau de preparação dos profissionais para lidar com as mulheres vítimas de violência doméstica	93
Gráfico 23 - Distribuição das respostas relativamente ao grau de preparação profissional	95
Gráfico 24 - Distribuição dos valores dos inquiridos	98
Gráfico 25 - Igualdade de distribuição da E.V.V.D.C.M.....	100
Gráfico 26 - Distribuição dos inquiridos por profissão.....	102
Gráfico 27 - Distribuição dos valores e género dos inquiridos	105
Gráfico 28 - Distribuição da motivação por género.....	106
Gráfico 29 - Distribuição da profissão dos inquiridos	108
Gráfico 30 - Distribuição do coping e motivação dos inquiridos.....	112

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A violência doméstica é um assunto, infelizmente, cada vez mais actual. Seria de esperar que com a chegada de gerações mais esclarecidas, este assunto fosse rapidamente perdendo actualidade no século XXI, mas os factos e os números demonstram que ele não só é actual, como necessita de intervenções urgentes e coordenadas para debelar um flagelo considerado crime público desde o ano 2000 (lei nº7/2000, de 27 de Maio) ultrapassando as fronteiras da porta da morada da família.

Nas últimas décadas tem-se assistido a um progresso no estatuto das mulheres, mas a vida de milhões de raparigas e mulheres continua ensombrada pela discriminação, pobreza e falta de poder.

A UNICEF no Relatório sobre a Situação Mundial da Infância em 2007, afirma que “a igualdade de género produz um «duplo dividendo» que beneficia simultaneamente as mulheres e as crianças e é decisivo para a saúde e o desenvolvimento das famílias, comunidades e nações”. A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima – APAV – registou 4330 novos casos de apoio no 1º semestre de 2007, sendo as vítimas 86,9% do sexo feminino e 87% dos agressores são do sexo masculino. Barbara Monteiro (2007), citando Gelles (1997), diz que “a violência familiar nos E.U.A., foi responsável por um número de mortes femininas nos últimos 5 anos equivalente ao número de americanos mortos na Guerra do Vietname”.

Os dados do M.A.I. – Ministério da Administração Interna – a PSP e a GNR em conjunto, registaram em 2006 um aumento de 59% de vítimas até aos 24 anos o que é muito preocupante sobretudo se, empiricamente, pensássemos que a violência entre casais é um problema de gerações mais velhas, onde a cultura e o poder económico e social da mulher era mais limitado. Segundo dados do Conselho da Europa, (organização internacional com mais de 50 anos, vocacionada para a defesa dos Direitos Humanos) que contém informações relativas a 44 países, a violência doméstica é a maior causa de morte e invalidez de mulheres entre os 16 e os 44 anos, ultrapassando o cancro, acidentes de viação e a guerra. Especificamente em Portugal, a mesma fonte afirma que morrem mais de 5 mulheres todos os meses por razões directa ou indirectamente ligadas a actos de violência doméstica.

Como pode a mulher gozar em pleno o seu direito à saúde e ao bem-estar individual e social tal como a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza há tantos anos, se está a ser vítima de violência e as estruturas em seu redor não lhe dão resposta adequada? É aí que este estudo se enquadra no âmbito da Psicologia da Saúde visto esta contribuir para melhorar o bem-estar dos indivíduos integrados na comunidade, através de intervenções psicológicas coordenadas e concertadas.

Na perspectiva de Ogden (2004), a Psicologia da Saúde interessa-se por todos os temas que visam objectivos de “promoção e protecção da Saúde” e para tal recorre aos conhecimentos da Psicologia. Leal (2006:16), cita Matarazzo (1982) para definir objectivamente a Psicologia da Saúde (definição adoptada pela Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde) como sendo “o domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da psicologia, com vista à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e tratamento das doenças, à identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, com as doenças e com disfunções a elas associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e ao aperfeiçoamento da política de saúde”. Já Teixeira (2004:441), diz que Psicologia da Saúde é “a aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas à saúde, à doença e aos cuidados de saúde”, estudando o papel da psicologia como ciência e como profissão nos domínios da saúde, da doença e da prestação dos cuidados de saúde.

Nos Serviços de Urgência, os profissionais de saúde constataam com frequência os maus-tratos dos quais as mulheres são vítimas, chegando estas ao ponto de serem verdadeiramente torturadas, como, por exemplo, com queimaduras de cigarros nos órgãos genitais, fracturas e traumatismos vários. A tortura psicológica, quando não é isolada, acompanha a física, ao ponto destas mulheres parecerem apresentar uma tão baixa auto-estima que chegam a desculpabilizar o agressor (que normalmente as acompanha ao serviço de urgência e as leva de volta para casa), culpabilizando-se a si próprias pelo sucedido. As mulheres agredidas, normalmente não querem apresentar queixa, e até omitem o motivo que causou as lesões.

No seu quotidiano, os técnicos de saúde são um pouco coniventes com esta situação, optando pelo silêncio e limitando-se a tratar as lesões físicas do momento, parecendo preferir até, não tomar conhecimento da sua verdadeira causa. Todas estas situações com as quais os técnicos de saúde se confrontam levam-nos a uma diversidade de reflexões sobre a sua actuação, surgindo questões tais como: Será que esta omissão ou demissão por vezes observada se deve a falta de preparação para o devido encaminhamento da situação?; Será tudo uma questão de motivação?; Terão estes

profissionais o devido apoio institucional para acompanharem estes casos, nomeadamente uma equipa multidisciplinar de retaguarda? Será que os seus valores relativamente à violência de género interferem com a motivação para diferenciar a abordagem a estas mulheres?; Que estratégias os médicos e enfermeiros mais utilizam para lidar com as situações que lhes causam maior stress?; Como se relacionam essas estratégias com a motivação para a abordagem diferenciada das mulheres vítimas de violência doméstica?

Verificamos que quando estes problemas surgem com crianças, rapidamente se desencadeia uma rede de suporte social que passa pelo técnico que detecta o problema, pelo pediatra, psicólogo, assistente social, policia e ministério público, se necessário. Sendo a violência sobre as crianças um problema grave e actual, pensamos que há mais sensibilidade e mais apoios para o resolver, então porque não existe também uma preocupação para a organização de serviços de apoio e acompanhamento para as mulheres maltratadas que possibilite uma intervenção consciente o mais cedo possível? Se as mulheres agredidas sentissem algum tipo de apoio, direccionado ao seu problema, nos serviços de saúde e nos profissionais, provavelmente teriam a força suficiente para iniciar ali o corte com a situação traumática que é o seu dia-a-dia e começar a recuperar a sua auto-estima e os seus laços com o meio social.

Considerando que a violência doméstica é um tema delicado e do foro privado e ao mesmo tempo muito abrangente, já que, envolve mulheres, crianças, casais homossexuais, idosos e deficientes em diversos contextos, no presente estudo optou-se por tratar apenas a violência contra as mulheres praticada pelo seu marido, ex-marido, companheiro ou ex-companheiro, namorado ou ex-namorado já que, de todas, é a mais frequente e, até agora a mais tolerada pela sociedade. Note-se que, quando se apoia o problema da mulher, apoia-se o dos filhos, que vivem com ela a situação de maus-tratos.

Nos últimos tempos, tem sido reconhecido a importância de criar no Hospital de Beja, um Gabinete de Apoio à Vítima de violência onde se deve constituir uma rede de suporte e apoio social. Crê-se que o sucesso da implementação do gabinete depende do estágio de motivação e preparação dos profissionais. Contudo, de pouco serve criarem-se determinadas estruturas, se da parte dos técnicos envolvidos não houver sensibilidade e determinação em identificar, apoiar e conduzir as mulheres vítimas de violência dentro da rede de apoio social disponível.

Ao longo do percurso da presente investigação estivemos sempre referenciados no conhecimento empírico da prática do profissional de saúde e nos estudos realizados,

nomeadamente, naqueles que evidenciam a aparente falta de motivação dos profissionais de saúde para lidar com a problemática da violência de género. Por exemplo, no estudo de Monteiro (2000), conclui-se que as mulheres vítimas de violência doméstica consideram a ausência de suporte profissional adequado uma das categorias que mais dificulta a saída do ciclo de violência. Paralelamente, o estudo revela ainda que 45% das assistentes sociais da amostra considera não ter conhecimentos suficientes para lidar com o problema, apesar de 79% confirmar que lida com frequência com esta realidade. A propósito de uma amostra de enfermeiros e médicos, a mesma autora conclui que estes desaprovam o uso da violência em determinadas circunstâncias, mas subsistem valores tradicionais sobre mitos e crenças ligados à violência doméstica, tais como, estes justificarem a situação referindo que 65% crer que a causa está no abuso do álcool, 50%, que é devida a doenças mentais dos maridos e 62% pensar ainda, que este é um problema da esfera privada onde não se deve interferir.

Visto que no que respeita, especificamente, à relação entre os valores sobre violência de género e a motivação para diferenciar a abordagem às mulheres, na população dos enfermeiros e médicos, não termos encontrado estudos que explicassem de forma clara estas relações surgiu a seguinte questão, que se transformou no problema de investigação: Será então que os valores dos profissionais de saúde relativamente à violência de género têm relação com a motivação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada? Nesta sequência, o domínio da presente investigação procura compreender melhor esta problemática e sugere-nos um estudo para melhor conhecer a seguinte hipótese : *A motivação dos profissionais de saúde para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada tem relação com os seus valores sobre violência de género.*

De acordo com a problemática encontrada e ao longo da pesquisa que temos efectuado criámos objectivos tais como investigar se a motivação dos profissionais de saúde para fazer uma abordagem diferenciada às mulheres vítimas de violência doméstica tem relação com os seus valores sobre violência de género, queremos ainda averiguar se a profissão e o sexo têm influência nos valores e na motivação dos profissionais de saúde; outro dos nossos objectivos é perceber quais as estratégias que os médicos e enfermeiros mais utilizam para lidar com as situações de maior stresse.

No que diz respeito à metodologia utilizada, pretendeu-se realizar um estudo do tipo quantitativo, efectuando para tal, um estudo exploratório, descritivo e correlacional. Exploratório, já que não existem estudos anteriores e as hipóteses foram formuladas à

priori com base na experiência profissional e na pesquisa bibliografia, recolhendo dados para futuras investigações Descritivo na medida em que se pretende descrever e caracterizar os valores e as estratégias de coping dos médicos e enfermeiros e a sua motivação para abordar a mulher vítima de violência doméstica de forma diferenciada. Correlacional, porque pretende averiguar de existe relação entre a variável valores dos profissionais inquiridos em relação à violência de género e a variável motivação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada.

Este estudo compreende essencialmente duas partes, uma em que se explora o tema e as dimensões estudadas em termos teóricos, Enquadramento Teórico, e outra em que o tema em estudo é explorado através de um Estudo Empírico aplicado à população eleita. Na Parte I, podemos encontrar seis capítulos, o primeiro referente às perspectivas sobre a violência doméstica, o segundo relativo aos conceitos que envolvem a temática da violência doméstica, o terceiro relaciona os profissionais de saúde, o atendimento às vítimas e alguns conceitos usados na disciplina de Psicologia, o quarto apresenta outros estudos efectuados na área da violência, o quinto faz uma revisão pela Imprensa relativamente ao tema em estudo e o sexto aborda os contributos que a Psicologia da Saúde pode dar às vitimas.

A Parte II é constituída por seis capítulos, o primeiro contém os objectivos e as hipóteses, o segundo fala da metodologia da Investigação, o terceiro apresenta o tratamento estatístico dos dados, o quarto apresenta todos os resultados do estudo, o quinto analisa e discute os referidos resultados e o sexto um plano de intervenção de acordo com os resultados obtidos.

A mais valia desta dissertação de Mestrado, é dar algum contributo para minorar, não apenas uma injustiça social, mas o “atentado aos direitos humanos mais frequente no mundo ocidental”, como afirmou Mário de Sousa, enquanto presidente da ONG “Médicos do Mundo”.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 PERSPECTIVAS SOBRE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

“Uma formiga suporta 18 vezes o seu peso.

Uma mulher aguenta 20 anos de silêncio.”

MdM-P (Médicos do Mundo – Portugal)

No mundo ...

Nem sempre a família foi considerada o lugar onde os afectos devem acontecer e a partir da qual eles se devem propagar. Historicamente, sucedem-se os relatos da violência exercida sobre as crianças e sobre as mulheres, mas é sobre os mais pequenos que as consciências despertam primeiro. Dias (2004), fala da existência da violência na família praticada não só sobre as mulheres, mas também sobre crianças e entre irmãos, desde os tempos mais longínquos, referindo por exemplo, alguns textos bíblicos, como a conhecida história de Caim e Abel ou o sacrifício que Abraão fez ao seu único filho Isaac oferecendo-o em holocausto. Steinmetz, citado por Dias, (2004), considera que o conceito de criança como propriedade dos pais remonta aos códigos Hammurabi de 2100 a.C. e Hebreu de 800 a.C., nos quais o infanticídio era tomado como prática parental aceitável. O mesmo autor refere ainda que de acordo com o princípio *Pátria Potestae* (Pátrio Poder) dos tempos romanos, os pais podiam praticar todo o tipo de abusos sobre as crianças, como vender, sacrificar, mutilar ou matar os seus próprios filhos.

Só cerca de 1874, o caso de Mary Ellen Wilson faz despertar a sociedade e as consciências para as barbaridades a que as crianças estavam sujeitas sem que alguém até então as defendesse: a menina sofreu abusos graves pela família que a adoptou e pela primeira vez o caso foi levado a tribunal. Na sequência destes acontecimentos foi criada a New York Society for the Prevention of Cruelty to Children nos Estados Unidos, segundo Lazoritz e A. Shelman (1996), citados por Dias (2004).

O outro grupo que mais tem sido agredido ao longo da história humana é o das mulheres. Os agressores eram os homens e não estavam sujeitos a punição.

Gelles citado por Dias (2004:67) diz que “o marido podia castigar, divorciar-se ou matar a mulher por motivos de adultério, embriaguez ou por frequentar jogos públicos”, prática corrente desde a Roma antiga.

Ao longo da história é conhecido o poder patriarcal conferido ao homem em oposição ao estatuto de submissão a que a mulher estava obrigada, regras estas aceites social e legalmente.

Steinmetz et al, citado por Dias, (2004:68), ilustram com uma lei de 1768 em Inglaterra que afirmava que os “maridos tinham o direito de punir fisicamente a mulher mal comportada, desde que a vara não fosse mais grossa do que o polegar”.

Até ao século XVIII, a família era construída à imagem e semelhança do reino, onde todos eram submetidos à hierarquia, neste caso, às decisões estabelecidas unicamente pelo pai; era vista mais como um núcleo económico e sociopolítico onde o pai era o gestor, e a todos os outros elementos que residiam com ele, era exigida submissão e obediência (Flem-Olender, 2002).

A violência doméstica é pois um fenómeno que acompanha as famílias ao longo dos tempos independentemente da raça, credo, posição geográfica ou socioeconómica.

Só a partir dos anos sessenta se começou a tomar consciência pública do grave problema social que era o fenómeno da violência e do mau trato que acontecia no seio da família e de que esta poderia não ser afinal, o lugar mais seguro para alguns dos seus elementos permanecerem.

Kempe et al., (1962), citado por Alarcão (2006:294) fala do “síndrome da criança batida” descrita na década de sessenta por alguns autores, que contribuíram assim para a tomada de consciência pública deste problema, que crescia na sequência de denúncias feitas pelas próprias vítimas e da sucessão de notícias de maus-tratos a crianças, veiculadas pela comunicação social. Só 10 anos depois do reconhecimento nos EUA do “child abuse”, as outras formas de violência existentes na família, nomeadamente a cometida sobre as mulheres, começaram a ganhar relevo e consistência.

No princípio dos anos 70 as acções dos movimentos feministas puderam beneficiar do enquadramento teórico sobre violência na família que as pesquisas sociológicas e de outras áreas de estudo começaram por fazer centrados nas crianças. Daí a passar-se para a discussão da violência centrada na mulher, exercida pelo marido, foi um passo que há muito se lutava por dar (Dias, 2004).

Em meados dos anos 70 a pesquisa americana centrou-se no abuso contra as mulheres que passa a ser visto como ramo da “violência doméstica/violência na família”, conceito

este, nascido nesta altura e a partir destes grupos de pesquisa, segundo Kirkwood, (1993).

Outro conceito muito utilizado na altura era o “síndrome da mulher batida”, *battered woman*, termo utilizado pela primeira vez pelo movimento das mulheres na Grã-Bretanha, o qual pretendeu acautelar a concretização de uma série de directrizes políticas na área da violência contra as mulheres.

A partir daí, a partilha de ideias e de vivências comuns de maus-tratos foram-se sucedendo, assim como as denúncias e toda uma literatura dedicada ao tema, com início nos Estados Unidos seguido da Inglaterra, onde os refúgios para mulheres agredidas começavam a aparecer e se multiplicavam. Estes movimentos e os refúgios estenderam-se à Holanda, Canadá, Austrália, França, Finlândia, e Alemanha (o primeiro abriu em Outubro de 1976 e em menos de 3 meses abriram mais três), todos na década de 70. Na década de 80, apareceram os refúgios do Brasil e da Espanha; o de Madrid, aberto em 1984, ficou cheio no dia de abertura (Silva, 1995).

Depois de tantos séculos a sofrer na penumbra, nos últimos 20 anos estas vítimas saíram das quatro paredes de suas casa e apareceram às centenas, em quase todos os países da Europa Ocidental e América do Norte. Nestes países, a preocupação com a vitimação da mulher tem vindo sempre a crescer, acompanhada de medidas de protecção logística, psicossocial e legal (Silva, 1995).

Há pouco mais de duas décadas o mundo começou a pensar em “meter a colher” num assunto que afinal a todos, de alguma forma, diz respeito.

... e em Portugal

“Defender a vida não é moralismo, promover a vida não é espiritualidade, defender e promover a vida é desenvolvimento”.

Padre Vítor Feytor Pinto

Enquanto portugueses, está nas nossas memórias de infância o facto das nossas mães e avós só se poderem ausentar do país, mesmo que fosse apenas para fazer compras do outro lado da fronteira, desde que se fizessem acompanhar do marido ou de uma autorização assinada por ele!

Só a Constituição de 1976 determina igual tratamento para o marido e a mulher no interior da família.

O Decreto-Lei nº496/77 de 25 de Novembro, que entrou em vigor a 1 de Abril de 1978, introduziu no Código Civil Português alterações que só então reconhecem plena igualdade legal entre a mulher casada e o seu marido.

A DUDH – Declaração Universal dos Direitos do Homem – proclamada desde 1948 e publicada em Portugal no Diário da República, I Série A, nº 57/78, de 9 de Março de 1978, afirma logo no seu Artigo 1º que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”.

No ponto 1 do seu 16º Artigo, a DUDH declara que “a partir da idade núbil, o homem e a mulher têm o direito de casar e de constituir família, sem restrição alguma de raça, nacionalidade ou religião. Durante o casamento e na altura da sua dissolução, ambos têm direitos iguais.

Infelizmente a lei geral e que aborda os direitos humanos no seu todo não tem sido suficiente para defender as especificidades e os contornos que a violência de género encerra.

Sendo assim, as nações tiveram de criar leis que protegessem especificamente as mulheres mesmo dentro dos seus lares.

As consciências portuguesas acordaram um pouco mais tarde e este assunto começou a emergir com consistência na década de 90.

Se ainda não vemos grandes melhorias no que toca a atitudes, pelo menos aconteceram alterações à lei que transformaram a violência doméstica num crime público, possível de ser denunciado por qualquer pessoa (que se pode manter incógnita) e que dele tenha conhecimento.

Foram publicadas as seguintes leis já dentro da década de 90:

- ▶ A Lei nº 61/91, que garante protecção às vítimas de violência;
 - ▶ A resolução do Conselho de Ministros nº 49/97 aprovou o Plano Global para a Igualdade de Oportunidades;
 - ▶ A resolução da Assembleia da República nº 31/99 regulamenta a legislação que garante protecção às mulheres vítimas de violência;
 - ▶ A resolução do Conselho de Ministros nº55/99 aprova o Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (PNCVD);
 - ▶ A lei nº 107/99 cria a rede pública de casas de apoio a mulheres vítimas de violência.
- Foi contudo, só a partir de 2000 que a legislação contemplou especificamente a salvaguarda dos direitos das mulheres através da Lei 7/2000, artigo 152º do código

penal (maus tratos e infracção das regras de segurança) e que a violência doméstica passou efectivamente a ser reconhecida como um crime público.

Recentemente a Presidência do Conselho de Ministros, através da CIG – Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, divulgou o III PNCVD (2007-2010) que “tem como objecto primordial de intervenção o combate à violência exercida directamente sobre as mulheres, no contexto das relações de intimidade, sejam elas conjugais ou equiparadas, presentes ou passadas. Esta opção abrange ainda a violência exercida indirectamente sobre as crianças que são testemunhas das situações de violência inter-parental, naquilo a que se designa por violência vicariante”.

Sendo este um fenómeno global, organismos competentes já consideram alargar estes conceitos a namorados, ex-casais e casais homossexuais.

2 CONCEITOS SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

“O maior dos cúmplices da violência de género é o silêncio de quem a sofre”

Mário de Sousa

Paralelamente às medidas governamentais, foram surgindo as ONG – Organização Não Governamental – que têm dado uma ajuda impar às mulheres vítimas de violência.

Portugal tem feito um esforço para cumprir as directrizes internacionais e neste momento já podemos começar a falar em acções concertadas entre vários organismos nacionais e internacionais, públicos e particulares.

Um exemplo disso tem sido a APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, constituída em 1988, instituição particular de solidariedade social, que tem como finalidade apoiar e proteger as vítimas de crime a nível emocional, jurídico, psicológico e social. O balanço do trabalho realizado em prol das vítimas de crime tem sido de tal forma positivo, que levou os ministérios da Administração Interna, da Justiça, do Trabalho e da Solidariedade Social a celebrar consigo, em 1998, um protocolo que visa promover o desenvolvimento de um plano conjunto de apoio à vítima.

Com o apoio da Comissão Europeia, esta associação desenvolveu o projecto PENÉLOPE em que foram parceiros de Portugal, a Espanha, França, Itália, e Grécia. O objectivo foi elaborar um relatório (com 173 páginas) sobre o estado da violência doméstica no Sul da Europa, entre Novembro de 2002 e Novembro de 2003, especificando o perfil de cada país.

O relator português do referido relatório define *violência doméstica* como sendo “qualquer conduta ou omissão que inflija, reiteradamente, sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos, ou económicos, de modo directo ou indirecto (por meio de ameaças, enganos, coacção ou qualquer outro meio); a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado doméstico ou que, não habitando, seja cônjuge ou companheiro ou ex-cônjuge ou ex-companheiro, bem como ascendentes ou descendentes”.

A definição francesa que sai do mesmo relatório é coincidente com a que foi elaborada pela Assembleia das Nações Unidas, em Novembro de 1993, na sua Declaração Sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres:

“A violência exercida sobre as mulheres designa todo o acto de violência baseado na dependência do sexo feminino, que cause ou possa causar nas mulheres, danos ou

sofrimento físico, sexual ou psicológico, incluindo a ameaça de tais actos, a coerção ou a privação arbitrária de liberdade, quer se verifique na vida pública ou na vida privada”. O relator italiano do projecto Penélope reconhece “ser um facto que, na totalidade do sistema jurídico italiano, o conceito de violência doméstica não aparece, sendo que nenhuma disposição se lhe refere expressamente”. Também a relatora Grega diz que apesar do conceito estar intimamente ligado à noção de *violência dos homens contra as mulheres*, “o sistema penal grego não contempla nem traduz nenhuma definição de violência doméstica ou de *violência contra as mulheres*, pois não há normas jurídicas específicas – excepto para a violação e apenas quando ocorre fora do casamento, apesar de, segundo as normas internacionais e da União Europeia, estar pendente uma série de resoluções e recomendações para que os Estados Membros adoptem uma legislação integrada contra a violência, que ajudarão não só à sua repressão mas que também providenciarão medidas preventivas e *protegerão substancialmente as vítimas e as suas testemunhas*”.

Diz ainda a mesma relatora que só se reconhece legalmente violência doméstica se esta contemplar dados físicos, falhando pois, em olhar para as consequências como um todo ignorando totalmente “uma das consequências básicas, que na maioria dos casos é considerada como a mais importante: o *trauma psicológico*”.

As relatoras espanholas informaram que o conceito de violência doméstica em Espanha está inserido no conceito de *violência de género*, isto é, “dentro do conceito da violência que se produz na sociedade contra as mulheres no geral, pelo simples facto de serem mulheres, sendo que a origem da mesma é o exercício de poder, da submissão e do controlo masculino sobre a pessoa que considera sua propriedade, sendo sua esposa ou companheira marital”.

Existe alguma falta de consenso entre os estudiosos deste assunto; alguns baseiam-se no texto descrito na legislação para definir *violência doméstica*.

Dias, (2004:94), perante a diversidade de conceitos que encontrou na sua investigação, compilou ideias e conceitos e definiu violência doméstica com sendo qualquer acto que integra “inclusive a omissão, ou ameaça que provoque nas suas vítimas danos físicos, psicológicos ou emocionais; que é praticado por pessoas com quem aquelas têm uma relação de parentesco consanguíneo, legal ou de facto com uma determinada intenção ou finalidade; (...) cometida contra as crianças, as mulheres e os idosos”. A esta definição nós tomaremos a liberdade de acrescentar as *pessoas com deficiência*, já que é um grupo que aparece com frequência nos serviços de urgências com sinais claros de

maus-tratos, e muitas vezes sem condições sequer para perceber que estão a ser alvo de actos de negligência.

A APAV usa a seguinte definição de Violência Doméstica: “qualquer conduta ou omissão de natureza criminal, reiterada e/ou intensa ou não, que infrinja sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos ou económicos, de modo directo ou indirecto, a qualquer pessoa que resida habitualmente no mesmo espaço doméstico ou que, não residindo, seja cônjuge ou ex-cônjuge, companheiro ou ex-companheiro, namorado ou ex-namorado, ou progenitor de descendente comum, ou esteja, ou tivesse estado, em situação análoga; ou seja ascendente ou descendente, por consanguinidade, adopção ou afinidade”.

Diz a APAV que esta definição implica a referência a vários crimes, sejam de natureza pública, semi-pública ou privada, tais como maus-tratos físicos, psíquicos, ameaça, coacção, difamação, injúria, subtracção de menor, violação, abuso sexual, violação de obrigação de alimentos e homicídio, entre outros.

O II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2003-2006) define *violência doméstica* como sendo “toda a violência física, sexual ou psicológica, que ocorre em ambiente familiar e que inclui, embora não se limitando a maus-tratos, abuso sexual de mulheres e crianças, violação entre cônjuges, crimes passionais, mutilação sexual feminina e outras práticas tradicionais nefastas, incesto, ameaças, privação arbitrária de liberdade e exploração sexual e económica. Embora maioritariamente exercida sobre as mulheres, atinge também, directa e/ou indirectamente, crianças, idosas e idosos e outras pessoas mais vulneráveis, como os/as deficientes”.

A Presidência da República (2006) no “Roteiro para a Inclusão” apresenta a definição do Conselho da Europa de violência contra as mulheres: “Qualquer acto, omissão ou conduta que serve para infligir sofrimentos físicos, sexuais ou mentais, directa ou indirectamente, por meio de enganos, ameaças, coacção ou qualquer outro meio, a qualquer mulher, e tendo por objectivo e como efeito intimidá-la, puni-la ou humilhá-la, ou mantê-la nos papeis estereotipados ligados ao seu sexo, ou recusar-lhe a dignidade humana, a autonomia sexual, a integridade física, mental e moral, ou abalar a sua segurança pessoal, o seu amor-próprio ou a sua personalidade, ou diminuir as suas capacidades físicas ou intelectuais”.

As definições multiplicam-se e algumas vezes não são coincidentes, mas onde há certamente coincidência é na certeza de que este é um problema grave de saúde pública e que não deve deixar ninguém indiferente

O presente estudo vai debruçar-se apenas na violência cometida sobre a mulher pelo seu marido, ex-marido, companheiro, ex-companheiro, namorado ou ex-namorado, porque é o principal agressor neste crime. Considerámos o termo *violência doméstica* porque o “espaço doméstico” é o mais pródigo neste tipo de delito, segundo dados do Conselho da Europa.

A violência doméstica sobre as mulheres pode tomar várias formas, todas elas graves e muitas vezes associadas entre si.

De acordo com Monteiro (2000), destacamos:

- ▶ Abuso físico, que vai desde o estalo e as equimoses até ao homicídio, passando pelas queimaduras, fracturas, feridas, hemorragias e um sem numero de traumatismos;
- ▶ Abuso sexual, que pode incluir a violação dentro do casamento, pornografia e diversas práticas que englobam a violência sexual,
- ▶ Abuso financeiro, económico e de propriedade, praticado sobretudo sobre mulheres casadas, com condição social mais baixa que o marido e em que os agressores moderam ou impedem o acesso ao dinheiro, cartões de crédito, livros de cheque de forma a baixar a sua auto-estima, controlar as suas vidas e impedirem muitas vezes a mulher de tomar a decisão de os abandonar,
- ▶ Abuso emocional e verbal ou psicológico, mais frequente que o abuso físico faz parte da dinâmica da experiência das mulheres agredidas, e provoca graves danos emocionais (“99% das mulheres já [foi] alvo de pelo menos uma forma de abuso emocional).

Filipa Alvim (2006) afirma que a violência psicológica é tão intolerável quanto a física. É um dos tipos de violência mais habituais no domínio doméstico. Quebrar a auto-estima, humilhar, maltratar verbalmente são algumas das formas de que se reveste este tipo de agressão, ainda considerado por algumas franjas sociais como não sendo violência. O facto é que em muitos lares portugueses se vive uma vida de violência, sem contudo ocorrerem agressões físicas.

A Associação de Mulheres Contra a Violência (AMCV) enumera várias consequências da violência doméstica, onde inclui especificamente as doenças ginecológicas e obstétricas, o stresse, a depressão e o risco de suicídio, além de outras coincidentes com as já enumeradas.

Tal como vimos, a violência sobre as mulheres além de ser a mais frequente das manifestações de violência e maus-tratos, é simultaneamente aquela para quem a sociedade (da qual fazem parte os profissionais de saúde) tem sido e continua a ser mais tolerante.

3 ENFERMEIROS/MÉDICOS E O ATENDIMENTO ÀS VITIMAS

“Ninguém é igual a ninguém. Todo o ser humano é um estranho impar”

Carlos Drummond de Andrade

Todos os organismos implicados e empenhados em dar solução a este flagelo que é a violência sobre as mulheres, têm certamente agido com a melhor das intenções e arranjado soluções de acordo com os recursos existentes. Daí, alguns gabinetes de apoio estarem localizados dentro das próprias esquadras das forças policiais, o que pode ser um elemento dissuasor da denúncia, sobretudo nos meios mais pequenos em que o agressor acabará sempre por saber. cremos que esses Gabinetes devem estar localizados em locais discretos, não estigmatizantes e de fácil acesso.

Os centros de saúde e os hospitais, nomeadamente os serviços de urgência são locais acessíveis para qualquer pessoa sem que isso levante suspeitas sobre o motivo de procura. Uma vítima de maus-tratos pode tentar arranjar estratégias de aí recorrer sem levantar suspeitas ao agressor ou a outras pessoas a ele ligadas.

Segundo a OMS, os técnicos de saúde, podem sempre fazer algo, como por exemplo:

- ▶ Manter uma atitude desculpabilizante, mantendo a auto-confiança da vítima para que esta continue a procurar ajuda, sem que lhe provoquemos mais sofrimento.
- ▶ Estar atentos a possíveis sinais ou sintomas de violência e continuar a observá-los.
- ▶ Quando se faz a história clínica do doente, incluir, por rotina questões relativas às suas experiências de violência.
- ▶ Fazer registos completos e adequados relativamente ao abuso e incluir detalhes sobre o agressor.
- ▶ Conduzir as vítimas dentro da rede de apoio social.

Se muitas vezes recorrem por necessidade imperiosa de sarar as suas lesões, outras vezes este é o primeiro acto de coragem para quem pretende encontrar ajuda para sair duma relação violenta. O que provavelmente acontece é encontrarem lá a indiferença em vez do apoio e da orientação que tanto procuram, quando muitas vezes nem sabem por onde começar.

Sobre o atendimento em hospitais, o artigo 9º da Lei nº 61/91, diz o seguinte: *“Em caso de atendimento em estabelecimento, hospitalar de mulher que revele ter sido vítima de crime, pode aquele estabelecimento, a solicitação da vítima e no caso de tal se revelar*

necessário, solicitar a presença da secção especial de atendimento (...) para encaminhamento imediato da queixa”.

Os serviços de saúde devem dar resposta às reais necessidades dos seus utentes, sejam elas de ordem física psicológica ou social. “Desde a declaração de Alma – Ata (1978) que se reconhece e recomenda que os serviços de saúde devam auscultar e conhecer as reais necessidades da comunidade que servem. Os serviços de saúde, no entanto, são o reflexo da equipa de saúde que os constitui. Esta (...) deve ser capaz de responder eficazmente às mais pertinentes necessidades” [dos utentes] (Castro, Cidália et al, 2002).

Os enfermeiros e os médicos não têm nos seus códigos deontológicos nada que especifique a sua actuação perante vítimas de violência doméstica, baseando-se nos princípios gerais que norteiam as respectivas profissões. Logo, depreende-se que a sua postura e a sua atitude perante estas vítimas vai depender do seu interesse e da sua motivação em fazer formação paralela na área dos maus-tratos, mas pensamos que esse interesse nasce essencialmente das suas vivências, das suas crenças e dos seus valores enquanto pessoas que cresceram e vivem inseridas num determinado contexto social.

Tate (2004), afirma que tal como os doentes, os profissionais de saúde levam para o trabalho um conjunto de atitudes, crenças e valores morais que têm origem na sua própria educação, cultura e experiências já vividas as quais vão influenciar a forma de atendimento aos doentes. Assim, em vez de aceitar os pontos de vista dos doentes, pode acabar por fazer julgamentos e influenciar a orientação a dar.

O mesmo autor fala também da importância da comunicação e da linguagem que é usada dever estar de acordo com o grau de compreensão do doente. Aquilo que é muito claro para um profissional é muitas vezes imperceptível para o doente. Deve-se pois adequar a linguagem, não só verbal mas também corporal, ao doente que temos à nossa frente tendo sempre uma visão holística e a certeza que não há pessoas iguais nem casos iguais. Cada pessoa tem direito à sua individualidade e isso deverá ser respeitado.

Consideramos *pessoa* como um ser que possui uma dignidade intrínseca e que merece ser tratado como *ser* com um fim em si mesmo (Pinto et al, 2005).

O código deontológico dos enfermeiros, no seu artigo 81º, *dos valores humanos*, diz que *o enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o individuo e os grupos em que esse se integra e assume o dever de: e) abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida.*

O mesmo artigo compreende outras alíneas que falam do dever de *Cuidar* da pessoa sem qualquer tipo de discriminação, de salvaguardar os direitos das crianças (protegendo-as de todo o tipo de abuso), dos idosos e dos deficientes, promovendo respectivamente a sua independência e a sua reinserção social.

Sobre a definição de *Cuidados de Enfermagem*, a Ordem dos Enfermeiros diz o seguinte: “o exercício profissional da enfermagem, centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem”.

A Ordem dos Médicos diz no seu artigo 7º do código deontológico, que o médico deve exercer a sua actividade profissional sem discriminação; o artigo 26º refere o facto de que atender um doente o obriga a prestar os melhores cuidados possíveis, devendo agir com correcção e delicadeza, promovendo a saúde e suavizando o sofrimento.

O artigo 44º, que fala da protecção a “diminuídos e incapazes”, diz o seguinte: “*Sempre que o Médico chamado a tratar uma criança, um idoso, um deficiente ou um incapaz, verifique que estes são vítimas de sevícias, maus-tratos ou malévolas provações, deve tomar providências adequadas para os proteger, nomeadamente alertando as autoridades policiais ou as instâncias sociais competentes*”.

Devemos ter em atenção que os nossos deveres não se esgotam no plano jurídico/legal; as implicações morais e éticas devem estar acima das normas instituídas e que têm a ver sobretudo com as nossas referências enquanto pessoas e profissionais de saúde.

Ambos os Códigos Deontológicos têm alíneas referentes à protecção das crianças, idosos e deficientes, mas persiste a lacuna referente à violência cometida contra as mulheres, não acompanhando ainda a legislação e a reconhecida necessidade de diferenciar este tipo de cuidados de saúde, agindo de forma assertiva perante cada vítima.

3.1 A ASSERTIVIDADE

“Assertividade é a capacidade de concretizar desejos incluindo os desejos dos outros”

Dácio Bonoldi Dutra

A assertividade dos profissionais de saúde é fundamental para interagir com os utentes em geral e ainda mais importante se esses utentes forem pessoas assustadas e magoadas. Lloyd, (1993), diz que as pessoas assertivas são apreciadas pelos outros, são eficazes e gostam do seu trabalho.

Amaro & Jesus (2005) afirmam que foi sobretudo na sequência das revoluções sociais ocorridas na década de 70 nos Estados Unidos em que as mulheres exigiam direitos iguais ao homem, que os profissionais de enfermagem adoptaram comportamentos predominantemente assertivos. Sendo a Enfermagem uma profissão maioritariamente feminina, estas profissionais da altura exigiram melhoria das condições de trabalho, salários adequados às funções que desempenhavam, assim como o direito a uma carreira estimulante e devidamente estruturada.

Angel & Petronko (1983), citados por Amaro & Jesus (2005), referiram a propósito da conjuntura social ocorrida nos anos 70, que “have created an environment in which nurses have begun to asses their individual needs”.

Certamente que ninguém consegue ser assertivo permanentemente em todos os relacionamentos da sua vida pessoal, social ou profissional, mas terá mais comportamentos assertivos quem mais vezes conseguir defender os próprios direitos sem violar os dos outros.

O Gabinete de Psicologia e de Apoio Psicopedagógico da Universidade do Algarve, no seu *site*, define *assertividade* da seguinte forma: “A assertividade é uma componente das competências sociais e procura ser um meio para o estabelecimento e manutenção de formas de comunicação com os outros mais eficazes e construtivas.

Pode ser definida como a expressão clara e objectiva das necessidades, interesses, opiniões e sentimentos do indivíduo, sem ansiedade excessiva. Envolve a defesa dos direitos do “eu” sem infligir os do “outro”, estabelecendo-se com ele uma relação genuína, equilibrada e adulta”, entendendo por *competências sociais*, a adequação dos comportamentos que se manifestam na relação com os outros, e que consigam resolver

os problemas de imediato; são competências adquiridas, que não fazem parte da personalidade.

Ainda segundo o Gabinete de Psicologia acima citado *ser assertivo implica:*

- ▶ “Afirmar-se sem complexos e de um modo construtivo;
- ▶ Defender os seus direitos sem usurpar os dos outros;
- ▶ Defender as suas ideias, os seus gostos, a sua verdade pessoal;
- ▶ Gerir o ambiente circundante;
- ▶ Reconhecer e aceitar os gostos, sentimentos, opiniões e reacções dos outros;
- ▶ Ser responsável pelo seu próprio comportamento;
- ▶ Expressar as próprias fraquezas ou limites;
- ▶ Permitir-se errar e saber suportar as críticas dos outros;
- ▶ Estabelecer contactos com outras pessoas e saber mantê-los;
- ▶ Saber rejeitar pedidos ilógicos sem experimentar, posteriormente, sentimentos negativos (culpa, preocupação excessiva...), ou seja, saber dizer não;
- ▶ Saber expressar sentimentos positivos, tais como amor, carinho, admiração...;
- ▶ Saber exprimir sentimentos negativos justificados, tais como estar mal-humorado, zangado, em desacordo...;
- ▶ Não expressar comportamentos de auto-negação que implicam desculpar-se em excesso perante os outros, ou preocupar-se excessivamente com os sentimentos das outras pessoas”.

Falam ainda dos *direitos assertivos* que devem ser conhecidos e respeitados por nós e pelos outros, e são eles:

- O direito de julgar o nosso próprio comportamento, os nossos pensamentos e as nossas emoções, e a tomar a responsabilidade pela sua iniciação e pelas suas consequências.
- O direito de não dar explicações ou desculpas para justificar o nosso comportamento.
- O direito de julgar se nos cabe a responsabilidade de encontrar soluções para os problemas das outras pessoas.
- O direito de mudar de opinião.
- O direito de cometer erros e de ser responsáveis por eles.
- O direito de dizer “não sei”.
- O direito de ser independentes da boa vontade dos outros.
- O direito de tomar decisões alheias à lógica.
- O direito de dizer “não entendo”.

- O direito de dizer “não me importo”.

Podemos entender as pessoas assertivas como empáticas com quem é fácil lidar, que exprimem os seus sentimentos sejam positivos ou negativos, com a mesma facilidade, e sem criar constrangimentos à sua volta. As pessoas assertivas são pois muito claras na manifestação das suas ideias, sentimentos e na linguagem que utilizam.

Assim sendo, a assertividade representa uma mais valia muito importante para a abordagem dos profissionais de saúde aos doentes, já que promove adequadas relações interpessoais com eles e com a equipa multidisciplinar.

Lazure (1994), afirma que a pessoa assertiva é empática o que implica ter um comportamento que revela aceitação do outro com ele é, conseguindo colocar-se no seu lugar e ao mesmo tempo pondo de lado o seu próprio quadro de referências e os seus valores.

3.2 OS VALORES

“Os valores são como coelhos – multiplicam-se”

Lucília Nunes

Nas Universidades não deve ser descurada a dimensão ética na formação dos futuros profissionais de saúde, no entanto mesmo quando essa aprendizagem é proporcionada, não implica que seja de facto aprendida, isso certamente vai depender do processo de desenvolvimento pessoal de cada estudante e posteriormente de cada profissional ao longo da vida.

Já em 1978, Simon, citado por Queirós (2001), afirmava que a base do processo de aprendizagem é o referencial de valores que cada pessoa possui, definindo os *valores* “como um conjunto de crenças pessoais e atitudes sobre a verdade, a beleza, a importância de qualquer coisa, objecto ou conduta. Estão orientados para a acção e dão orientação e significado à própria vida”.

Kozier, et al (1995), aponta algumas formas de transmissão de valores, como a *modelação, a moralização, o deixar-andar e a escolha responsável*.

Para que cada profissional clarifique os seus próprios valores na perspectiva pessoal e profissional precisa desenvolver um pensamento ético e realmente reflexivo. Essa reflexão vai-se concretizando ao longo da socialização, como estudante e posteriormente como profissional.

Ainda o autor acima citado, diz que a clarificação de valores “é um processo pelo qual os indivíduos encontram as suas próprias respostas às situações, isto é, os seus valores”. Afirma que este fenómeno se processa assim: as crenças, os hábitos, as normas, os princípios e a socialização profissional (que acontece a partir dos valores sociais), levam a interpretações individuais que por sua vez conduzem aos valores pessoais.

Valongo (1999), cita Lima (1996) e descreve crença como a informação que o indivíduo dispõe acerca de um determinado objecto.

Segundo Simon (1978) citado por Queirós (2001), a clarificação de valores é um processo que pode ser formulado nos seguintes planos:

- ▶ Analisar as próprias condutas.
- ▶ Apreciar e querer.
- ▶ Afirmar publicamente as crenças e as condutas quando tal for adequado.
- ▶ Escolher as próprias crenças e as próprias condutas.
- ▶ Escolher segundo as consequências.
- ▶ Escolher livremente.
- ▶ Agir.
- ▶ Agir com um padrão, repetição e constância.

Para Andrade (1992), a clarificação de valores é um processo que guia a acção do profissional e é imprescindível para o seu crescimento individual.

Os profissionais de saúde devem estar muito atentos a todos os sinais que possam dar indícios de que estão perante uma mulher a sofrer de maus-tratos. Muitas delas nem percebem que estão a ser vítimas de violência, sobretudo psicológica e sexual, devido ao sistema de valores que possuem e lhes influencia a tomada de consciência e a denúncia.

A violência doméstica ainda é uma violência de género; é um fenómeno silenciado que tem sobrevivido com a cumplicidade de todos nós, incluindo o sistema jurídico que tratou mulheres e homens de forma desigual até aos nossos dias. Apesar da lei agora ter reparado os graves erros que cometeu, continuam a prevalecer as crenças, os costumes e os valores do passado que persistem em comandar as regras do jogo (Elza Pais, 2006).

Ainda de acordo com Elza Pais, a violência física é um fenómeno mais comum nas classes sociais mais desfavorecidas, enquanto a violência psicológica é mais frequente nas classes com mais recursos sócio-culturais. Outro dado para o qual a Dra. Elza chamou a atenção (e os profissionais de saúde devem estar alerta) é o facto de que 1 em cada 3 mulheres é vítima de violência, em 2005 houveram 18000 denúncias, e entre

2000 e 2005 registaram-se 40 crimes por dia de violência doméstica, tudo referente a Portugal.

Perante estas chamadas de atenção, pensamos estar na hora de colocar à prova a nossa resiliência e o nosso sistema de valores e olharmos mais atentamente para cada uma das mulheres tristes, deprimidas e magoadas (por dentro e por fora) com que nos cruzamos diariamente nos nossos serviços e às quais tratamos separadamente cada uma das suas mazelas sem muitas vezes tentar perceber o quanto elas se relacionam e os violentos mistérios que encerram.

E se de facto os valores se reproduzem “como coelhos”, então estejamos muito atentos a este fenómeno para gerar e fazer proliferar *apenas* os valores que consideramos adequados ao bem-estar comum, pondo de lado crenças incompatíveis com os saberes dos nossos dias, mesmo que para isso tenhamos de recorrer às mais variadas estratégias de coping.

3.3 COPING

Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.

Francisco Xavier

O *coping* é um conceito actual sobre o qual muitos autores se têm debruçado.

Lazarus e Folkman (1984), propuseram o conceito de coping que deriva do inglês *to cope* = enfrentar. Os mesmos autores, citados por Pais-Ribeiro et al (2001) afirmam que *coping* são os “esforços cognitivos e comportamentais para responder a exigências específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas como excedendo os/ou estando nos limites dos recursos do individuo”.

Monat e Lazarus, citados por Jesus, (2005), afirmam que coping são “formas de lidar com situações de dano, ameaça e desafio”.

Latack, citado por Jesus (2005), divide as *estratégias de coping* em:

► *Estratégias de confronto ou de controlo* (comportamentais: dedicar mais tempo e energia a fazer o trabalho; cognitivas: pensar nas mudanças que podem ser feitas na situação).

► *Estratégias de evitamento ou de escape* (comportamentais: não se relacionar com as pessoas que provocam a situação; cognitivas: lembrar-se que o trabalho não é tudo)

► *Estratégias de gestão de sintomas* (inadequadas: comportamentos aditivos como fumar, beber e comer; adequadas: praticar desporto, ler, conviver com família/amigos, viajar e fazer compras).

Os profissionais de saúde deparam-se com inúmeras situações em que só o seu grande esforço para usar adequadamente as estratégias de coping, poderá fazer com que o percurso continue sem estragos de maior ao seu equilíbrio e daqueles que o rodeiam, nomeadamente os doentes.

Gestal Otero et al (1993) citados por Leal (1998) referem um estudo nos Estados Unidos em 170 hospitais em que 43% dos trabalhadores do serviço de urgência sofreu agressão física e 18% ameaça com uma arma.

Ainda Leal (1998) cita Joaquim Davim (1997) que realizou um estudo no distrito de Viseu, tendo concluído que as ameaças e os comportamentos agressivos aos profissionais prevaleceram relativamente à agressão física e o local de agressão predominante foi o serviço de atendimento permanente. O agressor em cerca de 50% é o próprio doente e por norma é do sexo masculino.

De acordo com McIntyre (1999), muitas das “ideias feitas” acerca da capacidade de resistência dos profissionais de saúde estão relacionadas com a crença de que estes estão imunes à doença só porque têm conhecimentos no campo da saúde, mas sabe-se que os saberes não substituem só por si a necessidade de apoio, sobretudo quando se lida com emoções fortes como a morte, ou quando o sofrimento se veste das mais variadas formas.

Ainda McIntyre (1999), citando Calhoun (1980) e Rodrigo (1995), fala de estudos que demonstram que os hospitais e os centros de saúde são ambientes de trabalho particularmente causadores de stresse devido às suas características organizacionais como os múltiplos níveis de autoridade, heterogeneidade do pessoal, especialização profissional e actividades interdependentes

McIntyre et al, (1999), realizaram um estudo para saber quais as respostas de stresse e os recursos de coping nos enfermeiros de um hospital urbano do Norte de Portugal e uma das conclusões a que chegaram foi de que são semelhantes a estudos anteriores já realizados em Portugal e noutros países, mesmo adaptados a outras profissões da área da saúde. Como factores mais stressantes foram apontados os de ordem organizacional, o que não permite o controlo directo dos profissionais, podendo explicar os elevados níveis de stresse e até reflectir-se nos problemas continuados que povoam as instituições como a falta de meios humanos.

As estratégias de coping apontadas pelos enfermeiros como mais úteis foram as de ordem individual (tempo de lazer) e de ordem organizacional (grupos de discussão).

Os autores do estudo confirmam uma relação sólida entre as respostas de stresse e os recursos de coping usados pelos sujeitos em estudo.

Anaut, (2005), considera que as estratégias de coping participam no fenómeno de resiliência, considerando ser este um processo mais vasto e que pode por em acção comportamentos mais abrangentes e diferentes do coping. O coping aparece assim como uma forma de resiliência, podendo servir para descrever uma certa abordagem desse fenómeno.

São várias as situações causadoras de elevados graus de stresse para as quais se devem prescrever elevadas doses de estratégias de coping.

No âmbito da Psicologia aparecem com frequência outros termos associados ao coping, como é o caso da resiliência e do stresse. Daí acharmos pertinente fazer uma breve abordagem a estes conceitos.

3.3.1 Resiliência

*“O resiliente é como o elástico, estica ao máximo,
mas consegue voltar ao estado normal”*

Autor desconhecido

A resiliência é um termo que também vemos muito discutido no campo da Psicologia. Os profissionais de saúde deparam-se com imensas dificuldades às quais têm de fazer face desenvolvendo competências (resiliência) e estratégias (coping) adequadas.

Se formos à etiologia da palavra resiliência, diremos que é um termo francês de origem latina e que se utiliza na Física de Materiais. De acordo com Anaut (2005), que cita o Dictionnaire Robert, e no contexto da Física, resiliência é a “resistência do material a choques elevados e a capacidade de uma estrutura para absorver a energia cinética do meio sem se modificar”. Os materiais são simultaneamente elásticos e frágeis.

O exemplo que a Anaut dá da utilização do termo resiliência no meio informático, também é muito curioso: “ (...) diz respeito à qualidade de um sistema que lhe permite continuar a funcionar apesar das anomalias, ligadas às falhas de um ou vários elementos constitutivos”.

Segundo Célia, citada por Garcia (2005), “resiliência é a capacidade que o corpo tem de resilir, ou seja, de ter flexibilidade, pois quando submetido a uma ou várias forças energéticas, sofre a acção do mesmo e, após cessada a força, reage voltando ao seu estado de normalidade”.

A resiliência pode ser entendida como “ a capacidade dos indivíduos de superar os factores de risco aos quais são expostos, desenvolvendo comportamentos adaptativos e adequados”, Garcia (2005).

Manciaux (1999) citado por Anaut, (2005), diz que a resiliência é “em parte inata e em parte adquirida através de um precioso trabalho de adaptação” que se inscreve no tempo, enquanto que o coping indica como é que o sujeito, ou o grupo, vai enfrentar e dar resposta a uma determinada situação num determinado momento.

Ser resiliente é conseguir usar estratégias para resolver situações difíceis e depois ter a capacidade de voltar ao seu estado anterior, ou seja, é ter a capacidade de sair vencedor e com uma força renovada de uma situação que poderia ser muito problemática.

É assim que nós queremos os profissionais de saúde sempre que se lhes depara a difícil missão de abordar as mulheres vítimas de violência: fortes em vez de frágeis, flexíveis em vez de hirtos, relaxados em vez de “stressados”, motivados em vez de indiferentes, e a contrariar todas as forças opostas que cresceram com a pessoa de cada um.

3.3.2 Stresse

“O stresse é indispensável à vida, é uma consequência natural da nossa actividade”

cit. Maria F. Pinto Leal

Não há indivíduo que se preze que não tenha já sentido stresse ou pelo menos falado ou ouvido falar do tema. O stresse está na ordem do dia dentro das casas de família, na rua, na comunicação social, no trabalho, na escola, no desporto e até no lazer.

É obvio que um lugar privilegiado para esta palavra não perder a performance é o hospital, e os serviços de saúde em geral, com tudo o que têm lá dentro: equipamentos, funcionários, utentes, doentes e visitantes.

Jesus (1998), refere que o conceito de stresse utilizado há mais tempo na literatura se refere às reacções biofisiológicas que não são específicas a nenhuma exigência de

adaptação, em que na base do stresse está uma exigência que provoca algum desequilíbrio inicial no indivíduo e em seguida este tem de actuar para se conseguir adaptar às novas circunstâncias. Diz que o termo stresse provém do verbo latino “stringere” (apertar ou comprimir). Divide ainda o stresse em eustresse e distresse em que o primeiro conceito se refere ao coping, resolução de problemas, e o segundo se refere à exaustão, à tensão muito elevada e/ou durante demasiado tempo.

O trabalho dos enfermeiros e médicos, sobretudo em contexto de urgência, é física e psicologicamente desgastante devido às exigências relativas à prática de horários rígidos e por turnos, às situações carregadas de dramas humanos que ali ocorrem, das relações inter-pessoais por vezes conturbadas, além dos riscos inerentes às próprias profissões. É um tipo de trabalho desenvolvido em circunstâncias altamente stressantes, as quais podem levar a diversos problemas.

Falamos empiricamente e de acordo com largos anos de experiência lá vivida, mas podemos comparar com estudos efectuados, entre os quais o de Jesus (2001), em que diz que os enfermeiros e os professores são dois dos grupos profissionais com níveis de stresse mais elevados. No âmbito da investigação em Psicologia da Saúde (em que uma das linhas de estudo mais importante tem a ver com os factores de stresse e nas estratégias para os resolver através, por exemplo, de estilos de vida saudável), Jesus (2001) realizou um estudo nos referidos grupos e também nos psicólogos e verificou uma coincidência de factores que contribuem para o bem-estar no domínio profissional (trabalho em equipa e formação profissional) e na vida privada (harmonia na família).

Concluiu que todos os grupos apresentam *factores de mal-estar* comuns a nível profissional, sendo eles a falta de reconhecimento do trabalho realizado, falta de condições de trabalho ou de recursos materiais e dificuldades no trabalho em equipa. Especificou os factores que atingem mais cada grupo. Nos enfermeiros, as *dificuldades nas relações interpessoais* foram apontadas por todos os indivíduos da amostra, seguindo-se a *sobrecarga de trabalho*.

Já o principal factor de mal-estar no domínio da vida privada tem a ver com a falta de tempo para as actividades de lazer.

O autor realça a importância dos profissionais, nomeadamente dos enfermeiros, deverem estar “satisfeitos e realizados” para conseguirem proporcionar o necessário bem-estar aos doentes.

Jesus (2001) aponta uma outra investigação em que também participou (2000) e cujas amostras eram constituídas por enfermeiros e médicos. Os principais factores de bem-

estar e de mal-estar são mais uma vez coincidentes com os estudos anteriores, tanto para o domínio profissional como para o domínio pessoal ou privado.

Nas circunstâncias tantas vezes adversas e no meio de toda a panóplia de afazeres, é preciso ter muitos recursos psicofisiológicos para adquirir a necessária motivação para tratar e abordar as vítimas de violência doméstica com a especificidade e diferenciação que a situação requer.

De acordo com Vaz Serra, citado por Jesus, (2005), o stress representa a relação estabelecida entre a carga sentida pelo indivíduo e a resposta psicofisiológica que perante a mesma situação esse indivíduo desencadeia.

Os profissionais de saúde podem ter ainda um problema acrescido quando a mulher chega aos serviços a sofrer de patologia resultante dos maus-tratos continuados como por exemplo o que Vaz Serra (2003:72) designa de stress pós-traumático. Para este autor, um distúrbio de stress pós-traumático “é considerado um transtorno mediado pela ansiedade que surge, tal como está implícito na sua designação, após um indivíduo ter estado exposto a um trauma psicológico”. O autor dá como exemplos, as catástrofes naturais (terramoto), acidentais (naufrágio) e intencionais (terrorismo, violência doméstica entre outros). Perante a situação patológica, os técnicos provavelmente sofrem um aumento da sua ansiedade laboral.

Leal (1998) cita um estudo de Rees e Cooper em que se fez a comparação entre um grupo de trabalhadores da indústria e outro de trabalhadores da saúde, concluíram que estes últimos referiam maior tensão e menos domínio no seu trabalho e sofriam de maior patologia do foro físico e psiquiátrico. No entanto os profissionais de saúde apresentavam maiores índices de satisfação profissional e usavam mais estratégias de coping.

Utilizamos o conceito que Jesus, (2002:23) apresenta para o bem-estar docente e fazemos o paralelismo com os profissionais de saúde em que “o conceito de bem-estar (...) pretende traduzir a motivação e a realização do [profissional], em virtude do conjunto de competências (resiliência) e de estratégias (coping) que este desenvolve para conseguir fazer face às exigências e dificuldades profissionais, superando-as e otimizando o seu próprio funcionamento”.

Continuando a linha de pensamento descrita por Jesus, a motivação é um indicador de bem-estar sendo este essencial para que o profissional se desenvolva, envolva, aprenda e tenha êxito profissional; factores a ter em conta em estratégias futuras para programas de formação a técnicos de saúde na área da violência doméstica.

3.4 MOTIVAÇÃO

As grandes almas têm vontades, as mais fracas somente desejos.

Provérbio Chinês

A motivação leva ao sucesso, seja em que área for. Os profissionais motivados executam as suas tarefas com mais energia, brio, orgulho, comprometimento e certamente as probabilidades de atingir as metas e os objectivos, são muito superiores, segundo Frazer-Robinson (2000).

O autor supra citado diz que a motivação é fazer com que as pessoas, alegremente, de livre vontade e profissionalmente, façam coisas que o [trabalho] lhes requer que façam.

De acordo com Jesus (2000), motivação é um conceito chave em Psicologia, mas a utilização deste conceito levanta dois problemas que têm a ver com quem o utiliza:

- Se o senso comum (de forma simplista, podendo significar intenção, desejo, impulso, vontade, entre outras).

- Se em Psicologia (utilizado em vários domínios e por várias teorias).

Perante isto o autor afirma que a Psicologia deve procurar reduzir a ambiguidade e aumentar o rigor dos conceitos que utiliza de forma a contribuir com o senso comum na maneira como deve interpretar o seu dia-a-dia.

Os estudos sobre a motivação e os motivos desenvolveram-se no início do século XX com McDougall (1871-1938), um cientista britânico do comportamento (Fachada, 2003), conceitos que posteriormente os psicólogos foram preenchendo e aperfeiçoando à medida das suas investigações.

A definição da *Nova Enciclopédia Larousse* (2002:4899) para *motivação* é a seguinte: “razão, interesse que leva alguém a realizar uma acção e determina nele um certo comportamento” e acrescenta, “é uma variável interna do organismo que inicia, mantém e orienta a acção ou o comportamento para um dado objectivo”.

Descreve ainda a *motivação intrínseca* como sendo “o desejo de fazer algo pelo prazer que se retira da própria actividade” e a *motivação extrínseca* com seja “trabalhar numa tarefa meramente para obter uma recompensa ou evitar punições”, em que a motivação intrínseca surge associada a um maior envolvimento no trabalho, à criatividade e a um melhor “ajustamento psicológico”.

Branco (2004), diz que a motivação intrínseca tem a ver com alegria, com o prazer pessoal que o indivíduo experimenta ao desenvolver determinada actividade; não tem a

ver com recompensas ou incentivos materiais ou afectivas, que traduzem antes a motivação extrínseca.

Franken (1988), citado por Jesus (2005), apresenta o seguinte conceito de motivação: “the study of motivation has traditionally been concerned with the arousal, direction, and persistence of behavior”.

Já para Rosa (1994) a motivação é um fenómeno psicológico que tem a ver com uma tensão subjectiva persistente fundamentada em factores internos ou de contexto, que provocam no indivíduo formas de comportamento, com o objectivo de satisfazer as necessidades.

As necessidades humanas variam de indivíduo para indivíduo e provocam diferentes padrões de comportamento. A compreensão do comportamento humano implica o conhecimento da motivação que lhe é inerente, sendo esta uma espécie de tensão interior que regula e impele as suas variadas acções.

Segundo Chiavenato (1980) a motivação é um importante campo do conhecimento da natureza humana e da explicação do comportamento humano.

Jesus (2005) referiu que as pessoas dão mais valor a metas que têm para o futuro, o que as torna mais empenhados na sua actividade profissional, visto que a encaram como um meio para alcançar essas metas.

Pensamos que os profissionais de saúde que tiverem como meta proporcionar uma abordagem diferenciada às vítimas de violência doméstica e assim contribuírem para no futuro este flagelo diminuir significativamente, com certeza que a sua postura perante estas vítimas será de muito mais empenho e assertividade.

É essencial a existência de motivação para haver mudança de atitudes e comportamentos, que nos permitam atingir os objectivos propostos, possibilitando a satisfação no trabalho o que se reflectirá na qualidade do mesmo.

Deci, citado por Jesus (2005), diz que as actividades motivadas intrinsecamente são aquelas para as quais aparentemente não há recompensa para além da actividade em si mesma. A actividade é mais um fim em si mesma do que o meio para alcançar o fim.

Segundo Jesus afirmou em contexto de sala de aula (mestrado em Psicologia, Beja, 2005), os profissionais que obtêm melhores resultados em determinadas tarefas são os que demonstram maior motivação intrínseca para as realizar.

Acreditamos que a motivação extrínseca proporcionada aos enfermeiros e aos médicos, como por exemplo formação específica em maus-tratos, e simultaneamente contar com um gabinete de apoio à vítima de violência doméstica e uma equipa multidisciplinar na

retaguarda, contribuirá certamente para o aumento da motivação intrínseca no sentido de apoiar de forma cada vez mais assertiva as vítimas de violência de género.

4 ABORDAGENS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM DIVERSOS CONTEXTOS

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”

Cora Coralina

Conhecer os estudos anteriores que têm sido feitos na área que pretendemos estudar, faz parte integrante do processo de investigação e constitui o pilar para avaliar a pertinência do trabalho que vamos realizar.

No âmbito desta Investigação partiu-se da observação que diariamente se efectua no local de trabalho sobre o atendimento das mulheres que são vítimas de violência doméstica, no seu testemunho muitas vezes macabro, na forma como se processa a sua abordagem pelos técnicos de saúde e a sua relação com a estrutura institucional no seu todo.

Consultaram-se sítios na Internet, livros e revistas da especialidade, imprensa, comunicação social em geral, diversos artigos e trabalhos anteriores.

Participou-se em cursos/formações e workshops, nomeadamente com a presença de personalidades entendidas na área da violência doméstica como a Dra. Elza Pais (responsável pela EMCDV – Estrutura de Missão Contra a Violência Domestica), a Dra. Beatriz Calado, membros da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), a Associação de Mulheres Contra a Violência (AMCV), psicólogos, sociólogos assistentes sociais, juristas, psiquiatras, magistrados, médicos, enfermeiros e membros do Governo, onde se conseguiu apurar qual o panorama nacional relativamente à violência doméstica e nomeadamente à violência de género.

Assistimos a um workshop com os representantes americanos do projecto Duluth, nome da localidade onde nasceu o Domestic Abuse Intervention Project.

Visitaram-se outros hospitais no intuito de conhecer outras realidades nomeadamente o Centro Hospitalar de Torres Vedras onde a Dra. Alexandra Seabra, psicóloga, dinamiza o “Grupo de Trabalho de Violência e Maus-Tratos”.

Contactou-se com o Instituto de Medicina Legal e com as diversas forças policiais.

A violência doméstica foi um tema que nos interessou logo à partida, mas que ao longo da pesquisa se tornou verdadeiramente apaixonante ao ponto de querermos marcar presença na contribuição ao combate deste grave problema de saúde pública.

Perante tão complexo conjunto de informações e saberes que foram necessários reunir para estudar a abordagem diferenciada a uma mulher vítima de violência doméstica, sentir-nos-íamos completamente desprotegidos e se não pudéssemos contar com a orientação e ajuda da disciplina de Psicologia da Saúde que, de acordo com Leal (2006), utiliza os contributos dos outros domínios da Psicologia para promover a saúde, tanto no plano individual como na comunidade.

Esta discussão da violência sobre as mulheres pode parecer por vezes que não diz respeito a todos, muito menos a pessoas de meios culturais mais diferenciados, onde hoje estas questões de género podem até parecer fora de contexto, no entanto elas continuam actuais e mais diluídas hoje graças a muitas mulheres que ao longo da história, e da história das Ciências, lutaram para impor o direito de expressar as suas ideias, teorias, estudos científicos e reflexões de forma igualitária. Era preciso que se deixasse de reconhecer o valor de um estudo só depois de se saber se o autor é “Silva” homem ou “Silva” mulher.

Começamos por falar de um estudo conduzido por Amâncio (2001) sobre o percurso do conceito de género em psicologia em que se discutem os obstáculos à mudança de paradigma, à resistência da disciplina em integrar o conceito de género.

Estudos conduzidos por médicos e psiquiatras no final dos anos 60 e citados pela autora, mostravam que “era mais fácil mudar o sexo de jovens adolescentes através de cirurgia, quando a sua identidade psicológica não correspondia à identidade biológica, do que alterar, no plano psicológico, o sentimento de ser rapaz ou rapariga”. Assume-se aqui a independência da identidade psicológica em relação ao sexo biológico o que conduz de imediato ao conceito de género que passou a designar, “...os comportamentos, sentimentos, pensamentos e fantasias que, embora relacionados com os sexos, não estão necessariamente associados ao sexo biológico”, segundo Stoller (1968), citado por Amâncio (2001:9).

Sendo assim, o conceito de sexo passou a pertencer ao domínio da biologia e o de género ao domínio da psicologia, situando a sua origem na cultura.

Apesar da discussão se ter mantido na sociologia, na psicologia o conceito não vingou mantendo a utilização de ambos os termos de forma arbitrária.

O não assumir do conceito pela psicologia teve muito a ver com o surgir dos movimentos feministas e da chegada das mulheres à profissão da ciência onde a presença dos homens era esmagadora e onde elas tiveram de lutar muito pelo seu reconhecimento individual e de grupo, já que em termos de investigação as mulheres eram completamente ignoradas enquanto sujeitos e enquanto objectos de estudo.

A nova geração de investigadoras cresceu e as teorias e os modelos sucederam-se, sobretudo nos Estados Unidos, sem chegar a consenso, já que a grande maioria se limitava a sobrepor o conceito de género ao de sexo.

As psicólogas feministas americanas e europeias, nos anos 90 trazem a público inúmeras reflexões sobre o passado. As próprias psicólogas feministas americanas criticaram a psicologia social americana na forma com tem resistido ao conceito de género. Por esta altura dá-se uma ruptura de conceitos entre as psicólogas americanas e europeias, continuam os obstáculos à mudança de paradigma, e mais uma vez os estudos, os modelos e os conceitos sucedem-se de ambos os lados até aos nossos dias, tendo contudo aumentado a consistência teórica do lado europeu (para aprofundar, consular o trabalho de Lígia Amâncio, 2001).

Conclui-se que não há homologia entre os conceitos de sexo e género para a psicologia social mas que esta tem instrumentos teóricos para “estudar os processos de construção social da masculinidade e da feminilidade”.

Num outro estudo de Neves & Nogueira (2004), é abordada também a problemática da crítica feminista aos modelos teóricos tradicionais de avaliação e intervenção psicológica junto das mulheres vítimas de violência e consequente aparecimento das terapias feministas.

Desde há 30 anos que as psicólogas e os psicólogos vêm estudando novas abordagens sobre as mulheres e o género e há medida que as novas ideologias desafiam as visões mais tradicionais, a psicologia ganhou novos rumos e uma “nova história da psicologia foi sendo escrita”.

Como se sentiam inadequadamente representadas, as mulheres das ciências sociais e da psicologia em concreto deram um enorme impulso a esta nova era da psicologia, demonstrando a necessidade de rectificar a forma pouco igualitária de conceber o conhecimento científico (Keller, 1992) citado por Neves & Nogueira (2004).

As autoras citam Bem (1993) e Citeli (2001) para afirmar que no passado recente “ (...) a ciência estabeleceu fronteiras entre esferas pública e privada, empurrando os homens para a primeira e arrumando as mulheres para a segunda, isto é, (...) enaltecendo o estatuto de subalternização feminina” (Neves & Nogueira 2004:16).

Noutro momento do estudo, Neves & Nogueira (2004:19) citam Walker (1979) para dizer que os e as “psicoterapeutas eram treinados/as para acreditar que as mulheres geralmente provocavam os incidentes de que eram vítimas”.

Já a maioria das perspectivas feministas de intervenção psicológica na violência contra as mulheres, baseia-se no princípio de que os “problemas pessoais são criados e

exacerbados pelos desequilíbrios sociais de poder”. O que traduz as terapias feministas é a ajuda prestada às mulheres para resistir a esta evidência.

No mesmo estudo, as autoras falam da importância que teve o activismo feminista no mundo académico relativamente à chamada de atenção que foi fazendo ao longo das últimas décadas sobre os efeitos “que a discriminação contra as mulheres provoca no modo como são desenvolvidos os estudos em psicologia sobre o sexo feminino”.

As teorias feministas da altura debruçaram-se sobre a violência na intimidade contra as mulheres, mas também reflectiram e analisaram o incesto, a pornografia, o abuso sexual, a violação, o assédio sexual e o homicídio conjugal, contribuindo com uma base de reflexão importante para os dias de hoje.

Verificámos então que o percurso das mulheres ao longo da história, mesmo da história das mulheres cientistas ou do meio académico, não tem sido nada pacífico nem fácil de percorrer.

Nos nossos dias as desigualdades e os abusos mantêm-se e não escolhem hora, local, idade ou motivo, escolhem apenas o sexo.

4.1 QUANDO COMEÇA A VIOLÊNCIA

“Com o punho cerrado não se pode trocar um aperto de mão”

Indira Gandhi

Num estudo de Tremblay et al (2000), sobre a procura da idade do início da agressão física, realizado com crianças em idade pré-escolar no Canadá, revela que na maioria das crianças o início da agressão física ocorre pelos finais do 2º ano de vida. Aquando da entrada na escola, a maioria delas já terá aprendido a inibir este comportamento. Contudo, referem-se a duas trajectórias possíveis de desenvolvimento da agressão física em que uma se limita à infância e outra que permanece ao longo da vida. Deprendem daqui que existe um período indicado em que se aprende a inibição do comportamento agressivo que parece situar-se entre o nascimento e os 3 ou 4 anos de idade.

Quem não aprendeu neste período, tem tido muita dificuldade em aprendê-lo mais tarde, o que pode revelar um indicador de que de facto essa janela existe.

Falam dos estudos que têm sido realizados nos últimos 20 anos e que deixam concluir que “os comportamentos agressivos na infância são um dos melhores preditores do comportamento agressivo na adolescência e na vida adulta”.

Farrington, (2000), apresenta um estudo de Cambridge sobre a predição da violência no adulto, referida pelo próprio indivíduo e documentada em registos oficiais. Foram seguidos 411 rapazes de Londres dos 8 até aos 40 anos. Usaram um inquérito longitudinal prospectivo. Neste artigo o autor compara a predição das condenações por violência que constavam dos registos oficiais no que respeita a delitos cometidos entre os 21 e os 40 anos com a referida pelos próprios indivíduos, no que respeita a delitos cometidos entre os 27 e os 32 anos. Segundo o autor, os resultados mostram que a crença generalizada de que a violência passada é preditor da violência futura é muito redutora visto existirem muitos preditores importantes de violência futura. Para esta se predizer dependerá da escolha do critério indicado para a eficácia pretitiva (para aprofundar, consultar Farrington, 2000). No entanto consideram os resultados apresentados úteis para desenvolver instrumentos destinados à avaliação dos riscos de violência adulta.

Falam de alguns potenciais indícios, na adolescência, de violência no futuro como:

- Comportamento anti-social.
- Grandes consumidores de álcool e outras drogas.
- Agressividade e hostilidade para com a policia.

Quanto aos adultos com crimes violentos, tinham apresentado na adolescência:

- Problemas de concentração e inquietude.
- Corriam riscos excessivos.
- Eram impulsivos.
- Tinham sido expostos a disciplina parental muito severa.
- Eram com frequência filhos de mães muito jovens e pais criminosos.
- Tinham passado por conflitos parentais e/ou famílias desfeitas.

O conhecimento destes dados pode facilitar a criação de programas direccionados a cada uma das situações, como o treino de aptidões cognitivo – comportamentais.

Farrington, (2000) dá alguns exemplos de crimes cometidos pelos indivíduos do estudo, entre os quais estão os cometidos a mulheres, e que passam por:

- Agressão a prostitutas.
- Assaltos a mulheres na rua.
- Agressão a terceiros por ciúmes da mulher.
- Chamadas telefónicas obscenas.
- Violação.
- Incesto com a irmã mais nova.

Num exemplo concreto descreve a reação de um indivíduo para com a mulher depois dela lhe ter pedido o divórcio: “ (...) bateu-lhe na cara e arrastou-a pela casa provocando-lhe nódoas vermelhas na cara e no braço”. Para o estudo este foi considerado um ataque comum e não foi tido em conta para a classificação de “crime violento”.

4.2 VIOLÊNCIA NA INTIMIDADE

*“Se tu vens às quatro da tarde, desde as três eu comecei
[(ou: eu devia começar)] a ser feliz”*

Antoine de Saint-Exupéry

4.2.1 Jovens

Em 2004, Paiva & Figueiredo, estudaram a ocorrência de abuso (focado na prevalência e nos factores associados) no relacionamento íntimo em jovens adultos portugueses, numa amostra de 318 estudantes universitários em que 46.2% eram do sexo masculino e 53.8 % do sexo feminino.

Concluíram que a maior prevalência é no abuso psicológico, tanto para a perpetração (53.8%) como para a vitimação (50.8%).

A coerção sexual é o 2º mais prevalente, 18.9% para a perpetração e 25.5% para a vitimação.

Em 3º aparece o abuso físico sem sequelas (16.7% – 15.4%) e em seguida o abuso físico com sequelas com uma prevalência de 3.8% para a perpetração e para a vitimação.

Relativamente às diferenças de género, os homens perpetram mais coerção sexual, (33.7% -8.0%).

No que respeita à violência física com sequelas, os homens são mais vítimas (6.9%-1.5%), no entanto, apesar das mulheres serem menos vítimas deste tipo de abuso entre os jovens universitários do estudo, são-no de uma forma mais continuada.

Ainda passando o olhar pelos casais mais jovens falamos do estudo de Duarte & Lima (2006), sobre a prevalência da violência física e psicológica no namoro. Participaram no estudo 429 estudantes do ensino secundário e universitário com experiência de namoro.

Concluíram que a violência é um problema predominante nas relações de namoro com 10.7% dos jovens a confirmar que já esteve envolvido em situações de violência física e 38.2% confirmar já ter estado envolvido em violência psicológica como vítimas ou

agressores. Não identificaram diferenças entre os sexos no que se refere a ambos os tipos de violência.

As autoras citam um estudo de Arias & Johnson (1989) que refere que quando é o homem a iniciar os actos de violência, os efeitos são mais devastadores e causam mais ferimentos na vítima do que quando a agressão é iniciada pela mulher.

É de salientar o grave problema social que constitui a violência entre os jovens nas suas relações de namoro que deveriam ser “relações amorosas”.

4.2.2 Adultos

“Quando se vive como se pensa, acaba-se pensando como se vive”

Gabriel Marcel

Matos & Gonçalves (2002) desenvolveram um estudo com mulheres vítimas de maus-tratos em que o agressor era o marido.

Analisa a forma como reconstruíam a sua identidade pela narrativa das suas histórias. Citam vários autores, como por exemplo Bruner (1990), que defendem ser a narrativa a melhor forma pela qual os seres humanos dão unidade e sentido às suas vidas, concebendo, pois, que a identidade resulta de uma produção de narrativas.

Os autores, num dado momento do estudo, e seguindo os argumentos dos estudos que abordam a identidade, reflectem sobre a noção de voz e exemplificam com uma comparação: se a voz individual pode narrar uma história pessoal então uma voz colectiva pode contar uma história colectiva, logo podemos pensar em como uma “história colectiva sustenta as diferenças de poder e aborda as questões de género”, no âmbito da violência conjugal.

Prosseguindo o raciocínio, num contexto de conceito de identidade pressupõe-se que exista autonomia das vozes podendo umas delas tornarem-se predominantes sobre as outras. Se pensarmos nos discursos sociais sobre o género, vemos que posicionam o homem e a mulher em diferentes níveis de poder, logo, as vozes “de determinados grupos têm maior oportunidade de ser ouvidas”.

A conclusão que se pode retirar, e os autores citam Holland (1997), é de que não existe igualdade já que essa depende das práticas discursivas, da cultura e das posições sociais, logo quem tem mais poder e mais privilégios faz ouvir a sua voz e quem não tem, fica em silêncio.

Matos & Gonçalves (2002), afirmam o quanto é importante acabar com os “monólogos silenciosos” e passar para os “diálogos de vozes igualitárias” no que se refere às questões da violência conjugal, e dizem ainda: “ (...) é necessário abrir um espaço para a voz da vítima emergir, sair da marginalidade a que foi colocada pela cultura patriarcal dominante (...) numa polifonia de igualdade de oportunidades para a co-construção de significados”.

Pereira, Matos & Machado (2006), num estudo exploratório sobre as narrativas da vítima relativas à violência sexual na conjugalidade estimam que aconteceram às mulheres mais de 20 violações ao longo da vida conjugal.

As vítimas afirmam que têm dificuldade em prever a violação e que as estratégias de coping não resultam perante a iminência da mesma.

As autoras dizem que a violência apresenta um padrão regular e que se instalou em fases precoces da relação.

Fazem referência aos poucos programas de intervenção e aos poucos trabalhos de investigação que existem nesta área em Portugal, visto o assunto só ter começado a ter relevância científica a partir da década de 90, especialmente nas áreas da psicologia e sociologia. Mesmo assim onde a lacuna ainda é maior é a nível da violência sexual porque o assunto é tabu e está envolvido em muito secretismo, já que faz parte duma esfera mais íntima.

Pereira, Matos & Machado (2006:120), citam Mahoney (2000), para definir desta forma a violação marital: “actos sexuais – cópula, sexo anal, oral, utilização de objectos – cometidos sem o consentimento da mulher e/ou contra a sua vontade, através da força física, ameaça de força contra ela ou uma terceira pessoa ou de dano implícito (baseado em experiências previas, desencadeando na mulher o medo de que a força física será usada se ela resistir) quando o perpetrador é o marido ou ex-marido da vítima”.

Ao contrário do que socialmente se possa pensar, os estudos demonstram que a maioria das mulheres que sofrem violação, esta é perpetrada pelo marido, ex-marido, namorado ou ex-namorado. Os danos físicos e psicológicos cometidos, associados a estas múltiplas violações, são mais duradouros e tão ou mais severos que os perpetrados por um estranho.

Neste estudo é citado um outro de Koss (1988), que diz que 28.6% das mulheres violadas por estranhos contam à polícia enquanto que só 3.2% o fazem se o violador for conhecido.

Citam um outro estudo de Frazier e Seales (1997) sobre violência sexual num *campus* universitário onde identificaram 21% das mulheres como sendo vítimas de violação, em que o agressor era em 86% dos casos o namorado ou um conhecido.

Costa e Alves (1999), citados por Pereira, Matos & Machado (2006), estimam que em Portugal entre cinco e quinze mulheres, uma seja violada. Uma em cada seis é violada por dois ou mais indivíduos, acontecendo em qualquer idade, estado civil, raça ou estrato social. Só um 1/5 destas agressões são participadas às autoridades policiais.

As autoras afirmam que os efeitos psicológicos da violação se reúnem à volta da sintomatologia depressiva e ansiosa, tais como: depressão, baixa auto-estima, baixo auto-conceito, aumento de sentimentos negativos sobre si, sentimentos de perda de poder e de impotência, auto-culpabilização, perda de interesse sexual e ideação suicida.

Segundo Bergen (1996) citado neste estudo de Pereira, Matos & Machado (2006) as estratégias de coping que as mulheres vítimas de violação conjugal utilizam podem ser divididas em dois grupos:

- Estratégias protectoras – antes e durante o episódio.
- Estratégias de sobrevivência emocional – na fase pós violação.

Alguns exemplos do 1º caso, e antes do acto, são a resistência física, deitar-se depois do marido adormecer, submeter-se ao marido, distanciar-se de familiares e amigos que o marido desaprova, manter a casa limpa e os filhos sossegados, entre outras.

Durante a violação tenta focar o pensamento em momentos felizes do casal ou repete uma determinada frase como forma de se distrair.

Ainda dentro das estratégias protectoras ela tenta minimizar o dano após o início da violência, apaziguando sexualmente o companheiro, fingindo o orgasmo e praticando sexo anal ou oral.

Alguns exemplos das estratégias de sobrevivência emocional têm a ver com a necessidade de cuidar da sua higiene pessoal para se sentir limpa, esquecer o incidente e auto-responsabilizar-se como forma de ter algum controlo.

Referimos algumas afirmações que as participantes do estudo de Pereira, Matos & Machado (2006) fizeram:

- Os maridos mantinham relações extraconjugais, com todas as repercussões psicológicas e físicas que lhe estão implícitas, como por exemplo a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, até porque se recusam a usar preservativo.
- Referiam a ineficácia das estratégias [coping] de evitamento que utilizavam.
- Episódios sádicos durante horas, em que eram torturadas, brutalizadas e violadas repetidamente.

- Os filhos ouviam ou presenciavam as violações de que as mães são alvo, com as repercussões inerentes ao presente e ao futuro daquelas crianças.
- A maioria atribuía uma gravidade equitativa aos três tipos de violência de que eram alvo: física, psicológica e sexual. As restantes faziam depender da frequência e do significado que atribuía a cada um deles.

É de reforçar o apelo que as autoras fazem à continuidade da investigação portuguesa nesta área.

4.2.3 Profissionais de saúde e outros

*“Ninguém é suficientemente competente para governar
outra pessoa sem o seu consentimento”*

Abraham Lincoln

Seria suposto o estado geral da saúde das mulheres aumentar quando realizam o sonho de viver com o companheiro que escolheram e ao lado do qual idealizam o auge da felicidade, do bem-estar e da saúde geral, sua e da família que constituíram. Nem sempre o sonho se realiza e por vezes torna-se no pesadelo que jamais supunham existir, o que as torna vulneráveis, frágeis e sem capacidade nem suporte para transmitir aos filhos o bem-estar e lhes mostrar os trilhos para um desenvolvimento harmonioso.

De acordo com Faria (2003) a saúde é um indicador de bem-estar, já que, quem a possui (indivíduo, família, grupo social ou um povo) sentir-se-á certamente mais forte para atingir os seus objectivos.

Consultámos duas investigações de 1999, uma de Fonseca e outra de Valongo que estudam os valores dos profissionais de saúde relativamente à problemática das mulheres vítimas de violência em que ambas utilizam a *Escala De Valores De Violência Doméstica Contra As Mulheres da Professora Lee Ann Hoff (1990)*, também usada no presente estudo.

No primeiro caso, Fonseca (1999) investiga concretamente quais os valores dos técnicos de saúde (enfermeiros e médicos) relativamente às mulheres vítimas de violência doméstica;

No caso de Valongo (1999), investigam-se os valores e as atitudes dos médicos de família relativamente à violência doméstica contras as mulheres.

Achamos pertinente apresentar aspectos que considerámos relevantes e algumas das conclusões dos referidos estudos, assim:

Foss (1994), Koss & Woodruff (1990), citados por Fonseca (1999), afirmam que as mulheres vítimas de violência doméstica têm mais problemas de saúde, usam mais os serviços de saúde, e a sua saúde geral presente e futura tende a ser pior comparativamente com mulheres que não foram abusadas, logo o ataque a este problema também tem certamente repercussões a nível sócio-económico incluindo o absentismo e futuramente os potenciais distúrbios dos filhos que ao longo da vida foram assistindo a estes conflitos.

Ainda no estudo de Fonseca (1999), cita-se o National Crime Survey (1981) que afirma que as despesas médicas devido a violência doméstica atingiram por ano, cerca de \$44 milhões de dólares de que dão alguns exemplos:

- 21 000 hospitalizações.
- 28 700 idas à urgência.
- 39 900 idas ao médico.

A mesma autora cita Schornstein (1997), que refere que nos Estado Unidos se gastam entre \$5 – \$10 biliões por ano em cuidados de saúde e justiça entre outros serviços sociais.

Em Portugal, não se encontram estudos concretos dos custos actuais com a violência doméstica, mas está a decorrer um estudo por vários hospitais do país, incluindo Beja, da Direcção Geral de Saúde em parceria com a Universidade Nova de Lisboa no sentido de brevemente conhecermos o peso desses valores para a saúde de forma mais aproximada.

Os profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros e os médicos fazem parte do grupo de técnicos que estão na primeira linha de atendimento às mulheres vítimas de violência.

Who, (1997), citado por Valongo (1999), afirma que os técnicos de saúde são muitas vezes o único ponto de contacto com serviços que possam dar à mulher agredida suporte, informação e algum tipo de apoio, no entanto, grande parte dos profissionais não tem tempo nem treino para assumir a *total responsabilidade* que estas mulheres precisam.

De acordo com toda a bibliografia que consultámos e especialistas na área que ouvimos, atrevemo-nos a acrescentar que nem o deve querer fazer porque o fenómeno da violência doméstica não se trata por um único profissional nem por uma única equipa, é um problema tratado por equipas multidisciplinares que passam pelos psicólogos,

juristas, sociólogos, polícias, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, câmaras municipais, e tantas outras entidades públicas e privadas.

Cada profissional que contacta com estas vítimas não deve querer simplesmente “passá-la”, deve sim sentir-se parte integrante da equipa de apoio multidisciplinar e fazer a parte que lhe compete na rede de apoio e atendimento pela qual cada uma destas mulheres vai ter de passar.

Valongo (1999) cita Stark & Flitcraft (1981); Stark (1988) e Campbell (1992) para afirmar que 10% a 25% das consultas a mulheres nos serviços de urgência eram consequência de violência doméstica apesar de apenas 2 a 8% ser detectado.

Fonseca (1999) cita Bergman & Brismas (1991) e afirma que as mulheres recorrem aos serviços de saúde com causas que mascaram a violência de que foram alvo, como o aborto, depressão, ansiedade, dependência de substâncias, distúrbios psiquiátricos de várias ordens, todos eles mais frequentes em mulheres batidas do que nas não abusadas.

Walker (1989) citado por Valongo (1999) e por Fonseca (1999) descreve o ciclo de violência que tem três fases:

- ▶ Fase da tensão.
 - ▶ Fase aguda.
 - ▶ Fase da tranquilidade ou da “lua-de-mel”.
- Na primeira fase a tensão aumenta podendo ocorrer incidentes de pouca gravidade mas que fazem a mulher prever a fase seguinte, e por isso faz as vontades ao agressor, ou afasta-se de maneira a evitar o conflito, mas a sua capacidade de controlo vai diminuindo, a repetição dos incidentes sucede-se e a escalada dá-se até à fase seguinte.
 - Na segunda fase descarregam-se as tensões da fase anterior e o agressor agride brutalmente a vítima física ou sexualmente. Ambos aceitam esta perda de controlo porque o homem só bate porque o comportamento da mulher o provocou.
 - Na terceira fase o agressor desculpa-se, expressa remorsos, presenteia a vítima e promete que não voltará a repetir-se. Esta fase é descrita com a fase da ilusão em que a vítima acredita na mudança do seu agressor.

Este ciclo tende a ser cada vez mais curto, estando os picos da curva da agressão cada vez mais unidos, com períodos de tranquilidade cada vez mais estreitos.

Os técnicos de saúde devem conhecer o ciclo da violência de forma a saber identificá-lo quando estão perante a vítima (as mulheres habitualmente procuram o seu médico no fim da fase de tensão ou durante a chamada fase tranquila ou de lua-de-mel) e não cair no erro de vê-la como masoquista (se está na fase de “lua-de-mel” pode parecer não estar preocupada com as agressões de que é alvo) ou apanhá-la na fase de tensão e

mostra uma ansiedade antecipatória extrema em que pode até provocar o agressor (para acelerar o processo, escalar a próxima fase e entrar na fase tranquila) parecendo que se sente gratificada com a violência, segundo Hilberman (1980), citado por Fonseca (1999).

Valongo (1999) faz referência a alguns estudos dos quais apresentamos algumas conclusões:

- Sugg & Inui (1992), numa amostra de 48 médicos estudou atitudes que podem constituir barreiras à sua intervenção na violência doméstica sendo algumas as seguintes:

- 55% revelaram ter medo de ofender as pacientes
- 61% referiu não ter feito formação na área da violência doméstica
- 71% identificou a falta de tempo nos cuidados de saúde primários para como o principal impedimento para identificar as vítimas de violência doméstica.

- Parsons et al (1995), concluíram que os obstetras/ginecologistas, não fazem rastreio da violência doméstica, e as razões apontadas são a falta de tempo, falta de formação ou de capacidade para fazer algo em relação a estas vítimas e dificuldade em lidar com problemas de natureza psicossocial.

Usaram uma amostra de 962 médicos obstetras/ginecologistas, sendo 77,6% do sexo masculino e 22,4% do sexo feminino.

Os do sexo feminino tinham mais rastreios clínicos que os outros.

- Chung et al (1996), numa amostra de 225 enfermeiras de doze serviços de urgência de Hong Kong, concluíram que a maioria não se sente bem preparada para lidar com a situação de violência doméstica e os seus valores tradicionais assumem um papel importante nas atitudes para com estas mulheres.

90% das enfermeiras tem consciência de que este é um problema comum em Hong Kong, mas 33% concorda que as mulheres são responsáveis pela agressão.

Valongo (1999) cita Jezierski (1994) para salientar que “as enfermeiras se encontram numa excelente posição para intervir nos casos de violência doméstica”, e não faz sentido que as suas crenças e o medo de se envolver impeçam uma relação de ajuda e de confiança com as mulheres, quando esse é um dos seus objectivos principais.

- Reid & Glasser (1997), numa amostra de 62 médicos, (em que 53% são dos cuidados de saúde primários e 47% de medicina interna) a maioria refere dever existir formação nessa área logo no curso de medicina.

Os médicos de família demonstraram estar mais informados que os outros relativamente a esta problemática;

As mulheres sentem-se mais confortáveis em abordar e tratar este problema; Independentemente do sexo, os médicos mais velhos são mais relutantes em considerar este um problema médico, ou que precise de formação adequada.

- Moore et al (1998), nos Estados Unidos, quiseram comparar conhecimentos, atitudes, e desempenho clínico em relação às mulheres vítimas de violência doméstica num grupo de 275 enfermeiras.

Constataram que as suas atitudes não tinham relação com a sua própria história de abuso pessoal ou familiar;

O tratamento, o diagnóstico e o aconselhamento prestados às vítimas era o apropriado;

A maioria das enfermeiras concordou com duas das afirmações atitudinais: “não tenho formação” e “não disponho de tempo para realizar uma avaliação completa e aconselhar”.

Fonseca (1999), cita alguns estudos inspirados da investigação de Hoff (em que a sua Escala de Valores foi aplicada), entre os quais:

- O de Castro de (1997) aplicado a assistentes sociais; concluiu que a maioria dos profissionais de Serviço Social achava não ter competências, informação nem formação suficientes, no que dizia respeito à sua formação académica. Revelaram, no entanto quase 100% de interesse pelo tema e 79% responderam lidar com casos de violência doméstica com frequência.

- O de Maria (1997), em que investiga uma amostra de sujeitos católicos praticantes. Por um lado não aceitam a violência praticada sobre as mulheres, por outro acreditam num determinismo biológico do homem para a violência, crêem que a violência está relacionada com o álcool ou com problemas mentais, que só existem nas classes sociais mais desfavorecidas e que é um assunto do foro privado.

Acreditam que a emancipação da mulher pode ser responsável por muitos problemas dos casais.

- O estudo de Pinto (1998), em que se comparam os valores de estudantes universitários cabo-verdianos e portugueses, verificaram que não existem diferenças significativas entre os dois grupos.

Ambos os grupos mostram grande preocupação com este assunto.

- O estudo de Tapadas (1997), em que se pretendia analisar os valores dos estudantes de psicologia clínica sobre violência doméstica, os resultados apontam para uma posição menos tradicionalista, mas no entanto crêem em alguns mitos, como o agressor sofrer de problemas mentais e de alcoolismo. Os sujeitos consideram ter conhecimentos acerca do tema mas ainda insuficientes.

- Frazão (1998), utilizou uma amostra da população de estatuto socio-económico médio e/ou alto, em que os valores feministas superaram os tradicionalistas, apesar destes últimos aparecerem mais elevados relativamente às crenças do abuso se relacionar com o consumo de substâncias ou doença do agressor.

Já as mulheres apresentam valores mais feministas e os homens mais tradicionalistas.

Fonseca (1999), refere que os resultados de todos os estudos, de um modo geral, apresentam consonância com os obtidos pelos estudos da própria Lee Ann Hoff.

Fonseca (1999) investigou quais os valores dos técnicos de saúde (93 enfermeiros e 79 médicos) relativamente às mulheres vítimas de violência doméstica e concluiu que os técnicos de saúde apresentam valores feministas que visam uma melhoria das condições da comunidade, um movimento de homogeneização dos papéis, assim com uma clara condenação do uso da violência.

Como obviamente estão em causa os próprios direitos, as mulheres mostram-se mais feministas mas mantêm algumas crenças e mitos idênticos às dos homens no que se refere à violência doméstica. Relacionam a agressão com o consumo de substâncias ou doença do agressor, o que o desculpabiliza.

Não encontrou diferença de valores nos diferentes grupos etários.

Os médicos mostraram mais abertura à mudança de valores do que os enfermeiros.

Os técnicos de saúde sentem falta de formação adequada, sendo a lacuna maior no grupo dos enfermeiros.

Valongo (1999), investiga os valores e as atitudes dos médicos de família relativamente à violência doméstica contras as mulheres numa amostra de 92 indivíduos.

Verificou que a maioria (82%) dos médicos de família tinha tendências feministas relativamente à violência doméstica, sendo 17% com valores feministas e 1% com valores tendencialmente tradicionalistas.

As médicas apresentam valores significativamente mais feministas relativamente à mulher, à violência, ao casamento e à família.

Relativamente às atitudes, a maior barreira referida para lidar com esta problemática foi o facto de:

- » Se sentirem mais capacitados para lidar com problemas de saúde física – 71%.
- » A selecção das mulheres para fazer o rastreio da violência doméstica – 59%.
- » Pensar erradamente que as mulheres provocam a situação de violência – 55%.
- » Não possuírem formação adequada – 42%.
- » Medo de ofender as utentes – 38%.
- » Falta de tempo para avaliar e aconselhar – 38%.

» Sentimento de frustração por não poderem fazer nada – 36%.

Concretamente à relação entre os valores e as atitudes, para sete itens relativos às atitudes, os médicos com valores menos feministas possuem atitudes que afectam a sua relação com as vítimas de violência doméstica visto mais frequentemente concordarem que não faz parte do seu desempenho interferir nesse problema. Acreditam ainda que as mulheres das classes média e alta têm poucas probabilidades de sofrer de violência, crêem que são as mulheres que provocam a violência, que só questionam determinadas mulheres sobre esse assunto, que têm questões mais importantes para fazer e não têm a intenção de organizar um rastreio de violência doméstica contra as mulheres.

Conclui pois, que os valores maioritariamente tradicionalistas influenciam de forma negativa as atitudes em relação à violência doméstica contra as mulheres.

Machado (2005), realizou uma investigação sob o tema: “Violência nas famílias portuguesas: um estudo representativo na região Norte”.

Estudou a prevalência da violência familiar na relação conjugal e parental envolvendo 2391 famílias com um ou mais filhos de idades inferiores a 18 anos. A amostra era constituída por um representante de cada um dos agregados distribuídos de forma relativamente homogénea em termos de habilitações literárias pelos diferentes grupos socio-económicos.

Identificaram diferentes formas de violência no contexto conjugal, com mais incidência nos níveis socio-económicos inferiores, com uma significativa prevalência nos níveis considerados superiores.

No que se refere à agressão emocional, não há acentuadas diferenças de género mas relativamente à agressão física, os homens revelaram-se mais como agressores nomeadamente agressão física grave.

No seu conjunto, a agressão emocional e a física, mostram neste estudo que uma em cada quatro famílias foi, no ano de 2003, alvo de violência sendo frequente acontecer em simultâneo a agressão conjugal e filial.

A violência conjugal aparece sobretudo perpetrada no masculino e sofrida no feminino, mas a violência filial é perpetrada sobretudo pelas mães, provavelmente como resultado dos cuidados e da educação estarem ainda a cargo sobretudo das mulheres.

Do estudo de Matos (2006) sobre a mudança psicoterapêutica na mulher que sofre violência nas relações de intimidade retiramos algumas reflexões:

A autora refere-se a alguns estudos (Gelles, 1997; Hines & Malley-Morrison, 2001; Straus & Gelles, 1990) desenvolvidos sobretudo nos E.U.A. e em Inglaterra que

sustentam a existência de níveis simétricos de violência de género exercida nas relações de casais (namorados ou casados).

Para outros autores a violência feminina é um assunto legítimo e pertinente e refere os trabalhos de Nazroo (1995) e os mais de cem estudos de Kimmel (2002) que o documentam.

Matos (2006) cita Saunders (2002) e diz que de acordo com os acórdãos judiciais, os homicídios cometidos pelas mulheres, são em auto-defesa, como sendo uma forma de interromper o abuso continuado de que a própria ou os filhos são alvo, uma forma de prevenir uma agressão que pressentem iminente e lhe gera um elevado sentimento de medo, ou ainda durante um episódio em que estão a sofrer violência.

As motivações para o homicídio masculino estão relacionadas com o ciúme, com a intenção de exercer o controlo, sobretudo se sentem que a relação vai terminar, e ainda assolados pelo sentimento de que a mulher é sua propriedade ou por eventuais fantasias de infidelidade feminina.

Outros estudos como o de Swan & Snow (2003), citados por Matos (2006), referem que a mulher que agride na intimidade é vítima de abuso severo pelo parceiro masculino, apoiando a ideia de que a maioria das mulheres agride em contexto de autodefesa. Afirmam ainda que em 67 casos, apenas 3 se referem a agressoras físicas primárias.

No nosso país, a autora faz referência ao ano de 2002 em que foram cinco os processos-crime em que as vítimas eram o parceiro do sexo masculino perpetrado pelo elemento feminino do casal. Já ao contrário, o número passou para 729 processos-crime.

A autora faz referência a Corsi (1995), que estima que o número de maridos a sofrer de maus-tratos não seja superior a 2%, e a Gelles, que afirma “é categoricamente falso sustentar que o número de homens batidos é o mesmo que o de mulheres batidas”.

Saunders (2002), citado por Matos (2006), diz que na comunidade científica, não existe igual consenso de que a “violência exercida sobre os homens se trate de um fenómeno que deva merecer igual atenção social”.

4.3 DADOS ESTATÍSTICOS E INFORMAÇÕES RELEVANTES

Usemos a clareza e a frieza dos números para objectivar e sintetizar um pouco o drama da violência doméstica.

Segundo dados da UNICEF, **faltam** cerca de 60 milhões de mulheres no Mundo porque:

- Foram abortadas pelo simples facto de serem seres femininos;

- ▶ Foram assassinadas quando bebês por serem meninas;
- ▶ Morreram na sequência de maus-tratos.

O Conselho da Europa recomendou a todos os seus estados membros que devem “penalizar qualquer mutilação de órgãos genitais de uma pessoa do sexo feminino com ou sem o consentimento da mesma”.

Por mutilação feminina este organismo entende o seguinte: “a excisão do clítoris ou clitóridectomia e a infibulação, ou seja, coser os grandes e os pequenos lábios”.

Há 79 países onde a violência doméstica não é punida, de acordo com informação fornecida pelo Projecto Novo Rumo, projecto de ajuda a vítimas de violência doméstica nos distritos de Aveiro, Braga e Porto.

Segundo dados da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género que têm como fonte o Ministério da Administração Interna (M.A.I.), entre 2000 e 2005 contabilizaram-se 89 213 vítimas de violência doméstica o que dá uma média de 40 vítimas por dia.

No mesmo período de tempo registaram-se 88 890 agressores em que a maioria é do sexo masculino e têm ou tiveram uma relação de conjugalidade ou intimidade com as vítimas.

A denúncia das ocorrências aumentou progressivamente todos os anos, com excepção de 2004.

O M.A.I. aponta dados conjuntos registados pela PSP e pela GNR relativamente a crimes relacionados com violência doméstica, em que realça a faixa litoral e as áreas mais urbanizadas do país como aquelas onde a denuncia às autoridades se concentra mais. Os distritos do Porto, Lisboa, Setúbal e Aveiro são, respectivamente, os que têm maior número de ocorrências no quinquénio 2000-2005; Beja teve 865 ocorrências.

Esta distribuição tem a ver com o menor isolamento e uma atitude mais esclarecida das mulheres relativamente ao interior do país e zonas mais rurais segundo afirmam as publicações de MdM-P (Médicos do Mundo - Portugal).

Os MdM-P, na sua Revista periódica, reforçam que a violência doméstica é um problema global que atinge os países mais e menos desenvolvidos. Mesmo na Europa do Norte onde os índices de promoção da igualdade são efectivos, os números são idênticos aos verificados em Portugal.

APAV – 2006

A APAV, de acordo com a terminologia usada na sua definição, enuncia desta forma os crimes mais relevantes que registou em 2006:

Dos 15 758 crimes registados, 13 603 (que corresponde a 86%), foram crimes de violência doméstica em que os mais relevantes foram,

- ▶ Maus-tratos psíquicos – 32,2%
- ▶ Maus-tratos físicos – 31.1%
- ▶ Ameaças/Coacção – 19.9%
- ▶ Difamação e injúria – 12.4%

Relativamente ao género da vítima:

- ▶ Feminino – 90.6%
- ▶ Masculino – 9%

Relativamente ao género do autor do crime:

- ▶ Masculino – 90.3%
- ▶ Feminino – 9%

Relativamente às faixas etárias da vítima e do agressor:

- ▶ Vítimas – 33.9% entre os 26 e os 45 anos
- ▶ Autor/a do crime – 37.9% entre os 26 e os 55 anos.

Relativamente ao estado civil das vítimas:

- ▶ Casados – 54.6%
- ▶ União de facto – 15.2%
- ▶ Solteiros – 14.5%
- ▶ Separados – 4.3%

Relativamente ao estado civil do autor/a do crime:

- ▶ Casados – 59.4%
- ▶ União de facto – 16.3%
- ▶ Solteiros – 7%
- ▶ Separados – 4.1%

Relativamente à nacionalidade da vítima e do autor do crime, são ambos fundamentalmente de origem europeia, em que:

- ▶ Vítimas – 74.2% são portugueses
- ▶ Autores do crime – 65.7% são portugueses.

Dentro da violência doméstica, foram analisadas as relações de parentesco entre a vítima e o autor do crime onde se verificou que em 70% dos casos eram relações de conjugalidade.

APAV – 1º Semestre de 2007

No 1º semestre, de 2007, a APAV destacou os meses de Janeiro e Março como sendo aqueles que detiveram mais processos de apoio. Dos Gabinetes de Apoio à Vítima (GAV) de todo o país, os mais solicitados continuam a ser respectivamente os de Lisboa, Porto e Cascais.

No geral, os resultados obtidos no 1º semestre de 2007 são muito semelhantes aos do ano de 2006, pelo que destacamos outros aspectos.

As vítimas chegam à APAV trazidas respectivamente por:

- ▶ Amigos/conhecidos – 10.5%
- ▶ PSP – 5.1%
- ▶ Família – 5.1%
- ▶ Comunicação social – 5.1%
- ▶ GNR – 3.4%
- ▶ Estabelecimento de saúde – 2.7%
- ▶ Outro – 9%.

Quanto ao primeiro contacto com a Associação, é feito por via telefónica em 52.7% dos casos e 42,2% das vítimas dirigem-se directamente aos GAV espalhados pelo país. Menos relevantes, mas são ainda feitos contactos por e-mail (3.5%) e por carta e fax abaixo de 1%.

Antes das vítimas contactarem a APAV, em cerca de 50% dos casos o apoio com que puderam contar foi com o apoio de familiares, seguindo-se o de amigos em 22.4% dos casos.

Relativamente às categorias de crimes registados, o 1º semestre de 2007 apresenta valores idênticos ao ano de 2006, já que os crimes mais relevantes continuam a ser os de violência doméstica:

- ▶ Violência doméstica – 85.5%
- ▶ Contra as pessoas e a humanidade – 11.4%
- ▶ Contra o património – 2,6%
- ▶ Contra a vida em sociedade e estado – 0.2%
- ▶ Rodoviários – 0.2%
- ▶ Outros crimes – 0.2%.

Neste semestre, a vitimação continuada persiste como o mais significativo em termos de vitimação – 74,8%.

Os períodos em referência vão de 10 meses a 15 anos (28.6%), havendo contudo 2.8% dos crimes que duram entre 16 e 20 anos, e 0.9% mais de 40 anos.

Em 70% dos casos o local do crime continuado e por longos períodos de tempo escolhido pelo autor é a residência comum entre a vítima e o agressor.

Autoridades eleitas para efectuar a queixa/denúncia:

- ▶ PSP – 35,2% dos casos
- ▶ GNR – 21.9% dos casos.
- ▶ Polícia Judiciária – 1.4% dos casos
- ▶ Ministério Público – 3.1% dos casos
- ▶ Medicina Legal – 0.5% dos casos

A APAV preconiza três áreas de actuação:

- ▶ Apoio jurídico
- ▶ Apoio Psicológico
- ▶ Apoio social

Centro Hospitalar de Torres Vedras – 2006

Apresentamos alguns dados de 2006 do Centro Hospitalar de Torres Vedras, através do seu Grupo de Trabalho de Violência e Maus-Tratos (Núcleo do Adolescente e do Adulto), para onde os casos são sinalizados depois de detectados pela Unidade de Saúde (n=129).

- ▶ Urgência – sinalizou **85** casos
- ▶ Internamento – sinalizou **1** caso
- ▶ Consulta Externa – sinalizou **0** casos
- ▶ Centros de Saúde – sinalizou **42** casos
- ▶ CAT – Centro de Apoio a Toxicodependentes – sinalizou **1** caso.

Profissional que sinalizou os casos:

- ▶ Enfermeiro – 79 casos
- ▶ Médico – 42 casos
- ▶ Psicólogo – 4 casos
- ▶ Serviço social – 4 casos.

Posteriormente é-lhes dado acompanhamento multidisciplinar e é constituída uma base de dados com tratamento estatístico.

Em 2006 foram notificados ao Gabinete 129 casos (ao núcleo do Adolescente e Adulto entre os 13 e os 76 ou mais anos) dos quais:

- ▶ 84 - Sexo feminino – 45 do sexo masculino
- ▶ 63 – Entre os 26 e os 45 anos
- ▶ 85 - Violência doméstica
- ▶ 118 – Agressão física
- ▶ 71 – O agressor é familiar
- ▶ 56 – O agressor é o marido (*missing*=57)
- ▶ 102 – Agressores do sexo masculino (*missing*=22)
- ▶ 5 – Agressores do sexo feminino (*missing*=22).

Distrito de Beja

No Distrito de Beja que afinal é o visado neste estudo, não temos muitas bases de dados onde recorrer pelo que toda a Investigação que venha a ser feita aqui e em todo o interior do país, é bem vinda e faz todo o sentido.

No Hospital de Beja consultámos o gabinete do Instituto de Medicina Legal (I.M.L.) que nos forneceu números aproximados de vítimas de violência doméstica ali observados. Assim:

Em 2006 estão registados mais de 500 observações a vítimas de violência, dos quais cerca de 60% correspondem a violência doméstica cometida sobre mulheres.

Em 2007 e até dia 6 de Novembro, estavam registados 426 casos observados por violência, em que a percentagem de violência doméstica rondava os mesmos 60% de acordo com contagem manual feita aleatoriamente em alguns meses do ano.

De acordo com os dados da Guarda Nacional Republicana (GNR) de Beja, Núcleo Mulher e Menor, (NMUME) em **2006** registaram-se 155 ocorrências de maus-tratos em que 88% das vítimas são do sexo feminino.

Entre Janeiro e Maio de **2007** estão registados 67 casos cujas vítimas são do sexo feminino em 94% dos casos.

A Policia de Segurança Pública (PSP) de Beja, em 2006 registou 52 crimes de violência doméstica dos quais 46 foram perpetrados pelo cônjuge/companheiro para com a respectiva mulher, em que:

▶ 45 - Por agressão

▶ 1 – Injúria.

Podemos juntar aqui os dados atrás referidos e publicados pelo M.A.I. que se referem aos crimes relacionados com violência doméstica correspondentes às duas forças policiais referidas e que registaram entre 2000-2005 em Beja, 865 ocorrências.

Mesmo com os poucos dados disponíveis no nosso Distrito, é fácil perspectivar que a tendência é idêntica ao resto do País e, atrevemo-nos a acrescentar, do Mundo.

Enquanto profissionais de saúde queremos dar o nosso contributo para mudar esta realidade aqui no Baixo Alentejo e concretamente, usar o ponto privilegiado que é o nosso local de trabalho para o fazer.

5 OS MASS MÉDIA E A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

*“Há três coisas que nunca voltam atrás: a flecha lançada,
a palavra pronunciada e a oportunidade perdida”*

Provérbio Chinês

Raro é o dia em que abrimos um jornal ou ouvimos um noticiário e não vem lá expresso um crime de violência doméstica ou alguma notícia que se relacione com o tema.

Este é também um dos papéis da comunicação social, deve investigar os fenómenos sociais e esclarecer o público-alvo da forma mais clara possível.

Através dos debates, reportagens, artigos, fóruns de discussão, são o melhor e mais eficaz meio de chegar ao público em geral e aos grupos específicos que se identificam de alguma forma com as problemáticas abordadas. Desde que seja feito de forma honesta e esclarecedora não importa se o alerta vem na revista das telenovelas ou no semanário mais conceituado, porque afinal tem de chegar mesmo a todas as franjas da população.

Em Portugal os *mass média* têm tido um papel preponderante na visibilidade do problema da violência doméstica e na tomada de consciência por parte das mulheres que a sofrem e da população em geral, já que este é um assunto que a todos diz respeito.

É preciso por isso que não o façam só nos casos extremos de homicídios e como se isso fosse uma aberração ou algo de “patologicamente isolado”, o que não contribui em muito para a consciencialização da violência doméstica como fenómeno com vários contornos na intimidade.

Todos temos responsabilidade na saúde individual e social e muitas vezes são os que não sofrem o problema “na pele” que têm o dever e o discernimento para ajudar a promover a saúde geral na comunidade onde se insere. De acordo com Faria (2003:100) “a actividade de promoção de saúde destina-se às pessoas que estão saudáveis e procura criar medidas comunitárias e individuais que possam ajudar a adopção de estilos de vida que permitam manter e realizar um estado de bem-estar”, neste sentido, os *mass média* enquanto veículo de informação e formação têm um papel importante na mudança das mentalidades, na prevenção de comportamentos de risco e na orientação da denúncia de violência doméstica, sobre o que há a fazer e os passos a seguir.

5.1 FLASHES DA IMPRENSA ON-LINE

Seguem-se alguns excertos de notícias retiradas do **Correio da Manhã on-line – 2007** (www.correioamanha.pt/noticia) que nos mostram a realidade noticiada e nos remetem para reflexões sobre o muito que é preciso fazer para combater a violência doméstica:

◆ “Farinha Simões, julgado sob a acusação de crimes de coacção, sequestro e ameaça contra a jornalista Margarida Marante, foi colocado em liberdade expirado o prazo de prisão preventiva”.

◆ “Disparou sobre a própria mulher, levou-a até ao hospital e entregou o revólver à PSP de Belém, Lisboa. À luz da nova Lei Penal, é um homem livre. Basta que se entregue”.

◆ “ (...) o agressor é chamado às autoridades devido a uma denúncia, por um crime público que dá direito a prisão preventiva – punido de um a cinco anos de cadeia, mas com a ressalva na nova lei de ter sido englobado na criminalidade violenta. Mas, como se apresenta, não há mandado de detenção. E volta para casa. “Pelo menos um mês, até ser chamado ao juiz.” Entretanto a vítima de violência continua exposta ao perigo. Por isso, foge ela de casa. Quando o agressor chega a primeiro interrogatório judicial, o juiz já não aplica qualquer medida de afastamento: está sozinho e em casa, já não se justifica. “Tudo isto pelo facto de o agressor se apresentar voluntariamente às autoridades num crime em que, por norma, estão sempre disponíveis”.

◆ “Quatro meses são o prazo máximo de prisão preventiva até conclusão de inquérito. Complexidade do processo eleva prazo de preventiva para um ano se o Ministério Público o justificar”.

◆ “360 milhões de euros por ano são os custos suportados pela economia portuguesa pelos dias de baixa a que ficam sujeitas as vítimas de violência doméstica”.

◆ 39 mulheres morreram em 2006 em Portugal vítimas de violência doméstica, segundo um relatório da Amnistia Internacional publicado em Maio último.

♦ “14 232 ocorrências de maus tratos a cônjuges registadas pelas autoridades no ano passado”.

♦ “80 milhões de euros serão investidos até 2013 contra a discriminação e a exclusão sociais, projectos que têm como objectivo a protecção de mulheres vítimas de violência e crianças”.

Face ao exposto podemos concluir que em Portugal os passos estão a ser dados mas são ainda muito curtos para a urgência das vítimas, não se compadecendo com políticas morosas, burocracias e leis ultrapassadas.

5.2 FLASHES DA IMPRENSA ESCRITA

Na imprensa escrita podemos verificar que os temas da violência doméstica fazem notícia, têm estado presentes, mostrando a sua preocupação por esta temática, como se pode verificar pelos seguintes exemplos:

♦ “MILITARES FAZEM-SE OUVINTES – A primeira missão é escutar os dramas contados pelas vítimas.

A GNR formou, nos últimos dois anos, 62 dos seus militares para integrarem núcleos Mulher e Menor. (...) Elucidando estes militares sobre os aspectos – legais e psicológicos, nomeadamente – ligados à violência na família, pretende-se melhorar o atendimento das vítimas. Nos primeiros nove meses deste ano, a GNR registou 6382 denúncias e a PSP, em seis meses, deu conta de 3900. (...) Os agressores que pretendam, de forma voluntária, alterar o seu comportamento, também podem encontrar auxílio junto dos profissionais que integram estas salas.

Três milhões de raparigas da Africa subsaariana e do Médio Oriente são submetidas anualmente à mutilação genital/excisão, uma prática ancestral, muitas vezes mortal, associada à cultura de 28 países. Envolve a remoção total ou parcial dos órgãos genitais femininos. (...) a UNICEF estima em 130 milhões o número de raparigas e mulheres que já foram mutiladas”.

Jornal Correio da Manhã a 25-11-2005

♦ “FIM À VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES. Mulheres não podem ficar caladas. Hoje assinala-se o Dia Internacional para a Eliminação da Violência Contra as Mulheres. A Estrutura de Missão contra a Violência Doméstica lançou um conjunto de acções para combater este flagelo que afecta milhares de famílias. Em Portugal uma em cada três mulheres é vítima de violência”.

Suplemento do jornal Correio da Manhã a 25-11-2005

♦ “PROJECTO NOVO RUMO APOIA VITIMAS DE VIOLENCIA DOMESTICA NA ZONA NORTE DO PAÍS”.

Dica da Semana a 01-12-2005

♦ “MULHERES MALTRATADAS ATÉ À MORTE.

A norma segundo a qual o marido podia bater na mulher, cortá-la de alto a baixo e aquecer os pés no seu sangue, desde que a voltasse a coser e ela sobrevivesse não é retirada de nenhum manual de bruxaria ou guia de boas práticas da Inquisição, mas de um texto de Direito do século XIV, vigente na pacífica e civilizada Flandres”.

Revista Algarve Mais, Maio de 2006

♦ “VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CUSTA 1 MILHÃO/DIA.

Gastos com baixas, desemprego, reinserção e despesas de saúde das 800 mil vítimas anuais”.

Primeira página do jornal Correio da Manhã a 20-05-2006

♦ “AGRESSORES DOMÉSTICOS ESCAPAM À CONDENAÇÃO.

Número de mulheres que morrem vítimas de violência doméstica é superior ao total de agressores condenados a penas de prisão por crimes perpetrados no âmbito da família”.

Primeira página do jornal Diário de Notícias a 25 11-2006

♦ “MULHERES VENDIDAS – As Novas Escravas.

Sob vigilância extrema, em condições degradantes, o tráfico de mulheres está entre nós. Nas ruas, nas casas de alterne e nos anúncios dos jornais. A Visão investigou, em Portugal e em Espanha, as circunstâncias e os esquemas de um negócio sórdido que se alimenta da impunidade, do “olheiro” ao “loverboy”, do isco à escravidão, a denuncia de quem foi tratada como mercadoria humana”.

Primeira página da revista Visão, 1 de Março 2007

◆ “Ataque à violência doméstica – VITIMAS VÃO MUDAR DE TERRA.

Proposta de plano prevê especialização dos profissionais na Justiça, Saúde e Educação. Outra novidade do III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica é a garantia de (...) apoio psico-social nas urgências hospitalares. Mulheres vítimas de violência doméstica têm uma probabilidade três a oito vezes superior de ter filhos doentes”.

Jornal Correio da Manhã a 17-06-2007

◆ “OITO MIL MULHERES ALVO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM NOVE MESES

Quase oito mil mulheres foram vítimas de violência doméstica nos primeiros nove meses deste ano, mais 514 em relação ao mesmo período do ano passado, segundo dados da Polícia de Segurança Pública.

Na véspera do Dia Internacional pela Eliminação da Violência Contra as Mulheres, que se assinala Domingo, dados recentes revelam que de Janeiro a Setembro deste ano a PSP registou 9.218 denúncias de violência doméstica, das quais 7.938 referem-se a casos de agressão a mulheres, 343 a menores de 16 anos e 703 a idosos.

De acordo com os dados oficiais, 6.818 casos de violência doméstica denunciados foram praticados contra o cônjuge. Relativamente aos agressores, os dados da PSP indicam que são na sua maioria do sexo masculino.

Nos últimos nove meses, e no âmbito destas denúncias, a polícia deteve 105 agressores e apreendeu 25 armas de fogo de defesa e 13 de caça, usadas num quadro de violência doméstica.

Em relação ao mesmo período do ano passado, estes dados revelam um aumento de 4 por cento dos casos de violência doméstica, uma vez que a PSP registou em 2006 um total de 8.828 ocorrências com indicação de 7.412 vítimas do sexo feminino, 1.195 do sexo masculino, 311 menores de 16 anos e 496 idosos”.

Diário Digital / Lusa 24-11-2007 13:02:10

E poderíamos continuar a olhar à volta para as pessoas, as ruas, as casas, as notícias, as escolas, os locais de trabalho e em todo o lado identificaríamos os sinais mais ou menos ténues da violência sobre as mulheres.

É assim ainda no III Milénio.

6 CONTRIBUTOS DA PSICOLOGIA DA SAÚDE NO APOIO ÀS VÍTIMAS

Tal como temos vindo a realçar ao longo da Investigação, a Psicologia da Saúde é a disciplina que guiou toda esta linha de pensamento e que organizou as reflexões de forma a tornar possível a redacção deste trabalho que se pretende útil nos contributos que possa vir a acrescentar à promoção da saúde e do bem-estar dos indivíduos.

A Psicologia da Saúde bebe da abrangência científica da Disciplina de Psicologia, assim, segundo Ogden (2004), a Psicologia da Saúde interessa-se por todos os temas que visam objectivos que promovam e protejam a Saúde e para tal recorre aos conhecimentos da Psicologia. Matarazzo (1982) citado por Santos (2002:23) define Psicologia da Saúde como sendo “o domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da psicologia, com vista à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e tratamento das doenças, à identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, com as doenças e com disfunções a elas associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e ao aperfeiçoamento da política de saúde”, abrangendo a saúde pública, a epidemiologia e a política. Para Teixeira (2004:441), Psicologia da Saúde é “a aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas à saúde, à doença e aos cuidados de saúde”, estudando o papel da psicologia como ciência e como profissão nos domínios da saúde, da doença e da prestação dos cuidados de saúde.

Sentimos necessidade de recorrer aos contributos da Psicologia da Saúde para encontrar as estratégias que promovam a saúde física e mental da Mulher, porque quem é vítima de violência e de maus-tratos, sobretudo na sua intimidade, no ambiente familiar que deveria proteger, revigorar e ser fonte de carinho, certamente não se enquadra na controversa definição de Saúde que a OMS preconiza há várias décadas para todos os seres humanos em uníssono: completo bem-estar físico, mental e social, e não contemplando apenas a ausência de doença.

Para Faria (2003:97) “a saúde é um indicador de bem-estar, já que, quem (indivíduo, família, grupo social ou um povo) a possui sentir-se-á mais forte para alcançar os seus objectivos”. Certamente que quem sofre constantemente o sabor da violência e dos maus-tratos do corpo e da alma está decididamente enfraquecido, sem força anímica e sem alento para alcançar os seus objectivos.

Para vários autores a violência é pois um problema de Saúde Pública. A violência doméstica afecta cada elemento do agregado familiar onde ocorre indo projectar-se em todos os papéis sociais que desempenha, seja o papel de aluno, trabalhador, doente, desportista, amigo, colega, filho, progenitor, dirigente, artista ou qualquer outro possível nesta multifacetada sociedade onde vivemos e para os quais os profissionais de saúde devem estar atentos.

Desde a Conferência de Alma-Ata (WHO, 1978) que os profissionais de saúde e os políticos vêm sendo alertados para a importância de uma abordagem multidisciplinar da problemática que envolve a saúde. As estruturas que existem em redor da mulher continuam a não ser suficientes para debelar o flagelo da violência doméstica e muito menos para promover a saúde nos seus vários aspectos.

Segundo Ramos (2004), dado o crescente aumento das inúmeras formas de violência familiar com implicações na transmissão intergeracional, é indispensável intervir o mais precocemente possível a nível preventivo e da promoção da saúde, com o fim de eliminar as condições estruturais e psicossociais que conduzem à violência, restituindo a auto-estima das mulheres, das crianças e das famílias.

A Psicologia da Saúde pode dar um enorme contributo às mulheres vítimas de violência na promoção da sua saúde geral, na medida em que deve avaliar os factores de risco e promover acções específicas em termos de prevenção e de intervenção, ao nível da saúde mental, física, sexual, reprodutiva, infantil e familiar; deve articular-se nas equipas multidisciplinares contribuindo para avaliar as situações, diagnosticá-las e propor estratégias de intervenção que sirvam para melhorar o bem-estar através de intervenções psicológicas coordenadas e concertadas num contexto de educação para a saúde (Ramos, 2004).

Como profissionais de saúde temos o dever de recrutar todos os recursos para aperfeiçoar a nossa intervenção numa forma cada vez mais científica e organizada.

PARTE II
ESTUDO EMPÍRICO

7 PROPÓSITO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Num serviço de urgência, convive-se de perto e amiúde com todo o tipo de situações e que não envolvem apenas doenças súbitas nem traumatismo de vária ordem, mas convive-se acima de tudo e em simultâneo com diferentes sentimentos perante os mais diversos problemas da condição humana, como os organizacionais, culturais e sócio-económicos, que tantas vezes carregam dramas que fazem balançar os saberes, as atitudes e os valores dos profissionais que ali trabalham. Confrontam permanentemente o lado frágil e humano dos técnicos com o lado perspicaz, veloz e calculista que as situações mais emergentes exigem.

As situações mais difíceis de resolver num serviço de urgência, ao contrário do que poderia parecer, não se prendem com a doença ou a dor física. Para isso os profissionais estão treinados e devem dar resposta adequada. O difícil está em dar solução ou minimizar os efeitos das histórias que rodeiam aquelas queixas, aqueles (aparentes) motivos de procura dum serviço com esta especificidade, sobretudo se faltar aos profissionais a preparação e/ou a motivação para perceber os reais contornos daquelas mazelas.

Estas considerações nascem dum saber empírico, de toda a documentação que temos consultado para esta investigação, mas também, e em muito, do que se vivencia diariamente enquanto pessoas e enquanto profissionais de saúde.

Sentimos que as situações de violência contra as mulheres por parte dos seus cônjuges ou companheiros, não têm merecido dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros e os médicos, a atenção, a especificidade e a diferenciação de atendimento que precisa.

Com as diversas abordagens e os inúmeros contornos que a violência doméstica pode ter (física, psicológica, verbal, difamação, injúrias, sexual...), se os técnicos de saúde não estiverem despertos, disponíveis e sensíveis à situação, as mulheres passam pelos serviços de urgência como outro utente qualquer sem que o seu problema seja identificado e introduzido na rede de apoio social, gorando, provavelmente, a única hipótese que a mulher teve de denunciar e quebrar o ciclo de violência em que se transformou a sua existência.

É de todo importante conhecer a preparação e os valores dos profissionais de saúde relativamente à violência sobre as mulheres e perceber se estes se relacionam com a sua motivação para diferenciar os cuidados para com elas. Só assim se poderão estruturar

programas concertados no sentido de alterar esta situação promovendo a saúde destas famílias.

Sendo assim surge-nos a **questão** de partida:

Os valores dos profissionais de saúde relativamente à violência de género têm relação com a motivação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada?

É pois fundamental que os médicos e os enfermeiros tenham o propósito de ser cada vez mais assertivos na abordagem e no acompanhamento deste grave problema de saúde pública, para isso pretendemos colaborar estudando a problemática envolvente.

7.1 OBJECTIVOS E PERTINÊNCIA DO ESTUDO

Ao longo desta Investigação vamos procurar responder à questão que serviu de base ao nosso estudo e para tal determinámos os seguintes objectivos:

- ◆ Averiguar se o grau de preparação dos profissionais de saúde para lidar com as mulheres vítimas de violência doméstica tem relação com a motivação para a abordagem diferenciada dessas vítimas.
- ◆ Perceber se existe relação entre os valores e a motivação, no contexto em estudo.
- ◆ Conhecer se a profissão e o sexo têm influência nos valores e na motivação dos profissionais de saúde, no contexto deste estudo.
- ◆ Conhecer quais as estratégias que os médicos e enfermeiros mais utilizam para lidar com as situações de maior stresse.

A violência sobre as mulheres é um problema global, à escala mundial, que atravessa séculos e gerações. É um grave problema de saúde pública no qual a Psicologia da Saúde, no seu propósito de proteger e promover a Saúde, tem de estar presente e prestar contributo.

Todos os estudos já existentes nesta área têm-se mostrado insuficientes para debelar o flagelo e ainda há muitas questões por responder, como procurámos mostrar ao longo do enquadramento teórico e como é sugerido pelos anteriores investigadores.

Além de tudo isso não encontramos nenhum estudo que respondesse à nossa questão de investigação pelo que sentimos que este trabalho é de todo pertinente para subir mais um degrau nas estratégias de combate ao flagelo que insiste em acompanhar as mulheres na travessia dos milénios.

7.2 HIPÓTESES

GIL (1989: 60) diz-nos “que hipótese é uma suposta resposta do problema a ser investigado. É uma proposição que se forma e que será aceite ou rejeitada somente depois de devidamente testada”.

Hipótese 1 – Os profissionais mais preparados para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada são também os mais motivados para o fazer.

Hipótese 2 – Os valores dos profissionais de saúde sobre violência doméstica contra as mulheres, têm relação com a motivação para as abordar de forma diferenciada.

Hipótese 3 – A categoria profissional interfere com os valores para uma abordagem diferenciada das mulheres vítimas de violência doméstica.

Hipótese 4 – Os valores dos profissionais de saúde relativamente à violência doméstica contra as mulheres têm relação com o sexo dos inquiridos.

Hipótese 5 – Os profissionais de saúde do sexo feminino estão mais motivados para fazer uma abordagem diferenciada às mulheres vítimas de violência doméstica.

Hipótese 6 – A categoria profissional interfere com a motivação para uma abordagem diferenciada das mulheres vítimas de violência doméstica.

Hipótese 7 – Existe relação entre a estratégia de coping utilizada e a motivação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada.

Tendo por base todo o enquadramento teórico e a vivência profissional dos técnicos de saúde, formulámos estas hipóteses que iremos testar no decorrer deste estudo.

8 METODOLOGIA

Não temos experiência em investigação em Medicina, mas no que diz respeito à Enfermagem não notamos uma diferença significativa na investigação entre esta ciência e a ciência de Psicologia da Saúde na medida em que ambas têm como seu objecto de estudo o indivíduo e o meio em que este se insere. Ambas pretendem com os seus estudos contribuir para a protecção e promoção da saúde e do bem-estar da pessoa, numa perspectiva holística.

8.1 TIPO DE ESTUDO E PLANIFICAÇÃO

Optámos por realizar uma investigação do tipo quantitativa, que de acordo com Fortin (1999: 371), é uma “investigação cuja finalidade é descrever, verificar relações entre variáveis”, efectuando para tal, um estudo exploratório, descritivo e correlacional.

Exploratório porque não existem estudos anteriores e as hipóteses foram formuladas à priori com base na experiência profissional e na pesquisa bibliográfica, recolhendo dados para futuras investigações Descritivo na medida em que se pretende descrever e caracterizar os valores e as estratégias de coping dos médicos e enfermeiros e a sua motivação para abordar a mulher vítima de violência doméstica de forma diferenciada. Trivinos (1995) diz relativamente aos estudos descritivos, que o ponto essencial deste tipo de estudos está na vontade de conhecer a comunidade; pretende descrever os factos e os fenómenos de determinada realidade.

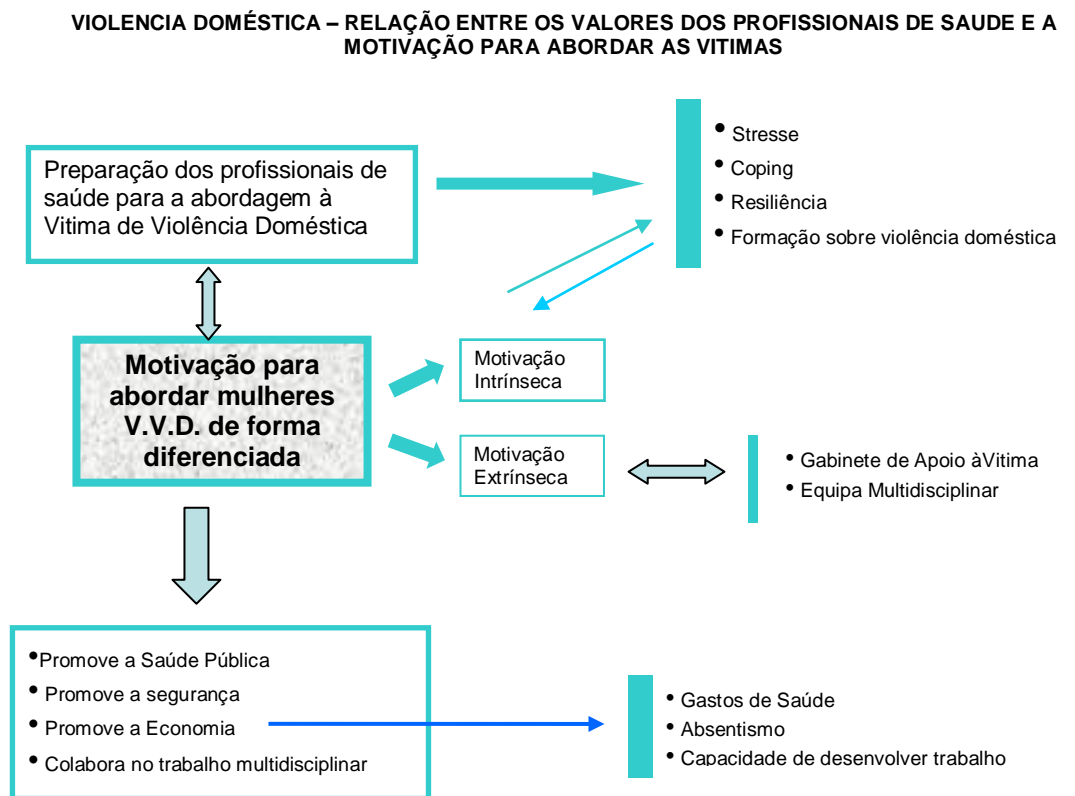
Correlacional, porque “analisam-se as relações entre variáveis sem que se manipulem as variáveis em estudo”, segundo Ribeiro (1999:60); pretende-se pois averiguar essencialmente se existe relação entre a variável valores dos profissionais inquiridos em relação à violência de género e a variável motivação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada.

Com esta investigação pretendemos ainda conhecer as estratégias de coping mais usadas pelos enfermeiros e médicos em estudo e perceber se existe relação entre a estratégia de coping a que o profissional mais recorre e o nível de motivação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada.

Pensamos conseguir com este trabalho escalar mais um pequeno degrau na investigação nesta área contribuindo não só para o nosso próprio conhecimento como para futuros estudos.

Apresentamos pois o **Modelo Racional Teórico** que criámos resultante de toda a pesquisa e planificação que temos vindo a fazer (fig. 1).

Figura.1 – Modelo Racional Teórico



8.1.1 Variáveis

Há vários elementos fundamentais que fazem parte do processo de Investigação. Entre eles estão as variáveis “dado ser à volta delas que se estrutura a investigação”, Ribeiro (1999:25).

Para este trabalho científico, considerámos as seguintes:

Variável dependente:

- ◆ Motivação para a abordagem diferenciada das mulheres vitimas de violência doméstica

Variáveis independentes:

- ◆ Valores
- ◆ Preparação
- ◆ Coping

Como variáveis de controlo e de caracterização da amostra destacaremos as variáveis **sócio-demográficas:**

- ◆ Faixa etária
- ◆ Sexo
- ◆ Profissão
- ◆ Estado civil
- ◆ Religião

8.2 AMOSTRA

A população em estudo é constituída por enfermeiros e médicos do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo – Hospital José Joaquim Fernandes, dos serviços de:

- ◆ Urgência
- ◆ Cirurgia
- ◆ Ortopedia
- ◆ Obstetrícia e Ginecologia
- ◆ Medicina
- ◆ Outros

Este estudo decorreu no período de Abril a Junho de 2007, e a amostra utilizada é do tipo não probabilística, de conveniência, tal como Smith (1975) citado por Ribeiro (1999:53) o justificam: “a probabilidade relativa de um qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecida”. Foram 152 os elementos participantes, entre os quais, 76 Enfermeiros e 76 Médicos.

Como existia uma população superior de enfermeiros, tentou-se a recolha da maior amostra possível dos médicos e depois recolheu-se uma idêntica para os enfermeiros respeitando os mesmos locais de trabalho, de forma a poderem-se comparar resultados mais objectivos entre os dois grupos profissionais.

Pensou-se em estender a amostra a outras unidades de saúde, mas como pensamos que a problemática da violência sobre as mulheres tem de ser solucionada em diversas parcelas para se atingir o todo, então propomo-nos conhecer concretamente a realidade onde exercemos as nossas funções de forma a fazer ali as intervenções que o estudo nos venha a sugerir. Mais vale tentar fazer alterações numa unidade onde achamos que é preciso haver mudança, do que querer abranger várias e depois as intervenções se virem a mostrar impraticáveis pela abrangência.

Além de que esta amostra à partida nos suscitou muito interesse porque era constituída por pessoas de várias nacionalidades (iranianos, espanhóis, africanos, brasileiros, países do leste da Europa) e mesmo os portugueses, são de diversas zonas do país, mesmo quando residem na zona de Beja. A grande maioria da amostra é contudo constituída por portugueses.

São maioritariamente católicos, havendo muçulmanos, muitos agnósticos e outras religiões. As idades dos participantes variam entre os 22 anos e mais de 60 anos, situando-se a moda entre os 41 e os 50 anos.

A maioria da população estudada não tem filhos, é casada, tem licenciatura, nunca fez formação na área da violência doméstica, mas sente necessidade de a fazer.

Perante uma amostra probabilística de conveniência, ficámos muito surpreendidos pela casual distribuição por sexos (49.3% do sexo feminino e 50.7% do sexo masculino) o que se torna muito interessante devido à problemática em estudo e à ênfase que poderemos dar à variável sexo nas diferentes conclusões a que chegaremos.

8.2.1 Critérios de inclusão na amostra

Como critérios de inclusão considerámos em primeiro lugar o respeito pela vontade de participar voluntariamente no estudo.

Incluímos todos os médicos do hospital excepto os pediatras. Considerámos para o estudo também os médicos que vêm prestar serviço esporádico mas regular à urgência e os do INEM, cuja grande maioria pertence ao hospital em estudo, pelo que já está incluído nos outros serviços.

De considerar também que os médicos, apesar de nas respostas, se terem posicionado como pertencendo ao seu serviço de origem, a grande maioria faz também, e rotativamente, trabalho no serviço de urgência.

Quanto aos enfermeiros, as equipas estão fixas nos serviços, incluindo no serviço de urgência.

Os questionários foram aplicados aos enfermeiros dos serviços já referidos, mas seleccionámos apenas um dos serviços de Medicina (II) e um dos serviços de Cirurgia (B), dado o critério que incluímos de homogeneidade das amostras relativamente à profissão.

8.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Os instrumentos utilizados na recolha de dados foram os seguintes:

- ▶ Escala de caracterização sócio-demográfica
- ▶ Duas questões que caracterizam a população relativamente ao grau de motivação e preparação profissional para abordar de forma diferenciada as mulheres vitimas de violência doméstica.
- ▶ Escala de valores de violência doméstica contra as mulheres – Lee Ann Hoff, 1990
- ▶ Questionário de estratégias de coping – de Pais-Ribeiro & Santos, 2001

8.3.1 Escala de caracterização sócio-demográfica

Nesta escala são solicitadas informações sócio-demográficas, tais como idade, sexo, estado civil, número de filhos, nacionalidade, grau académico, profissão (com ou sem especialidade), serviço onde exerce funções, anos de experiência profissional, religião, se tem formação na área dos maus-tratos/violência doméstica, se sente que precisa dessa

formação, quantos casos de violência doméstica atendeu nos últimos 5 anos, se considera importante a criação de um gabinete de apoio à vítima onde se pede justificação e um espaço para poder fazer quaisquer observações; a ambas as questões abertas foi feita análise factorial num total de 14 questões fechadas e duas abertas.

Através dos resultados das variáveis sócio-demográficas, pretendemos também controlar os resultados das variáveis independentes.

8.3.2 Motivação e preparação

Foram criadas duas questões que caracterizam a população relativamente ao grau de motivação e preparação profissional para abordar de forma diferenciada as mulheres vítimas de violência doméstica em que o inquirido se posiciona numa escala de Likert de cinco pontos que vai respectivamente de “nada motivado” a “muitíssimo motivado” e de “nada preparado” a “muitíssimo preparado”.

Foi aplicado pré-teste no Centro de Saúde de Vidigueira a 3 médicos e 4 enfermeiros que não apontaram quaisquer dificuldades na interpretação das questões nem dificuldades de qualquer outra ordem.

8.3.3 Escala de valores de violência doméstica contra as mulheres – Lee Ann Hoff, 1990.

Esta escala foi construída pela Professora Lee Ann Hoff baseando-se na teoria, na pesquisa e nos conhecimentos populares, tais como mitos, atitudes para com as mulheres, casamento, família, violência. Na investigação inicial, o objectivo prendeu-se com a necessidade de conhecer os valores dos membros das redes de suporte social (suporte natural e suporte formal) em relação às mulheres vítimas de violência doméstica. A escala permite avaliar se os indivíduos têm valores tradicionalistas ou feministas em relação à violência doméstica contra as mulheres.

De acordo com Hoff (1997), citada por Fonseca (1999), a anterior Investigação com este Instrumento, mostrou que os indivíduos que tinham valores mais tradicionalistas tinham mais relutância em prestar suporte às mulheres vítimas de violência doméstica do que aqueles que mostravam valores mais feministas. Queremos pois saber a influencia que estes mesmos valores exercem na motivação dos técnicos de saúde para abordar essas mulheres.

A tradução da escala foi feita por duas vezes e revista por um indivíduo bilingue, (tendo em consideração os provérbios correspondentes na língua portuguesa) e posteriormente aferido para português corrente com o intuito de se tornar mais perceptível e acessível.

Os itens da escala foram organizados em sub-escalas pela autora, e posteriormente reorganizados por Maria (1997) tendo em consideração a população portuguesa e de forma a haver uma análise mais completa dos resultados.

Foi ainda feita uma pré-aplicação a vinte sujeitos para confirmação da compreensão da escala, segundo Maria (1997), citada por Valongo (1999).

A escala é constituída por 54 itens, em que o sujeito se posiciona numa escala de Likert de 5 valores que vai de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”, opondo valores feministas a valores tradicionalistas.

A organização das frases do questionário está feita de modo a que a maioria das vezes, à opção “concordo totalmente” é atribuído o valor 1, considerado mais tradicional. No sentido de evitar algumas respostas “socialmente bem aceites” em vez dos reais valores e opiniões do inquirido, algumas frases foram invertidas e assim a opção “concordo totalmente” é cotada com o valor 5, considerado feminista.

As questões estão distribuídas arbitrariamente ao longo do questionário.

Para este estudo e nesta escala, optámos apenas pela utilização dos *scores* na medida em que nos interessa saber se a nossa população se posiciona mais nos valores tradicionalistas ou mais nos valores feministas e como se relacionam esses valores com as restantes variáveis. Assim sendo, os resultados da escala são determinados pela soma dos itens.

A cotação 54 é a mais baixa possível correspondendo a uma posição mais tradicionalista. A mais elevada possível é 270, posição mais feminista.

Ainda de acordo com a descrição da escala feita por Valongo (1999), além da subdivisão dos itens em conhecimentos e valores, os 54 itens foram categorizados em seis subgrupos:

- Cultura da Violência – CV
- Abuso Psicológico – AP
- Determinismo Biológico – DB
- Medicalização da Violência – MV
- Igualdade Económica e Aspectos de Classe – IEAC
- Privacidade Conjugal e Solidariedade Feminina – PCSF

Cada categoria é descrita da seguinte forma:

- **Cultura da Violência** – Refere-se à transmissão intergeracional da violência, à punição física das crianças, aprovação da violência em determinadas circunstâncias e atribuição da responsabilidade ao homem pela violência.
- **Abuso Psicológico** – Está relacionado com o facto das mulheres vítimas de violência doméstica, nos seus relatos, classificarem o abuso psicológico como mais difícil de suportar do que os maus-tratos físicos.
- **Determinismo Biológico** – Tem a ver com o que é inato, com a natureza dos homens e das mulheres; refere-se ao papel que as características biológicas têm na determinação dos comportamentos considerados apropriados ao género do indivíduo.
- **Medicalização da Violência** – Esta categoria refere-se à crença de que os homens que batem nas mulheres não estão de boa saúde mental, estão doentes; está ainda associada à crença de que eles agem sob o efeito do álcool ou de drogas.
- **Igualdade Económica e Aspectos de Classe** – Aborda a questão da igualdade de oportunidades entre sexos, das diferentes responsabilidades atribuídas a homens e mulheres e refere-se ainda à existência de classes sociais privilegiadas para a ocorrência de violência doméstica contra as mulheres.
- **Privacidade Conjugal e Solidariedade Feminina** – Tem a ver com a crença de que a estabilidade familiar é sempre prioritária ainda que acarrete consequências graves para as mulheres. Faz pois uma abordagem à relação que existe entre privacidade, intimidade e comunidade.

No estudo de Valongo (1999), foi encontrado um Alfa de Cronbach de 0,6477

8.3.4 Questionário de Estratégias de Coping de Pais-Ribeiro & Santos, 2001

A versão original do Ways of Coping Questionnaire é da década 70, sendo da autoria de Folkman e Lazarus (1988). O Ways of Coping Questionnaire, foi inicialmente concebido como um instrumento de investigação acerca dos pensamentos e acções que as pessoas usam para fazer face às exigências internas e externas quando confrontadas com situações de stresse.

Foi com base na reflexão e na revisão da literatura, que os autores desenvolveram as 67 estratégias de coping a que os sujeitos respondiam “sim” ou “não”, consoante tinham ou não utilizado tal estratégia perante o problema em avaliação. Posteriormente, os autores numa segunda fase passaram de uma estratégia de construção do questionário baseado

na teoria, para uma estratégia empírica. Construíram um questionário de 66 itens com resposta ordinal de 4 posições, permitindo aos respondentes pontuar entre 0-3, a frequência com que usavam cada uma das estratégias apontadas.

Os itens foram classificados em duas grandes categorias de coping: focado no problema e focado nas emoções (Folkman & Lazarus, 1980). Mas esta classificação não expressava a riqueza e a complexidade dos processos decoping humanos e, por vezes, certas estratégias de coping encaixavam-se nas duas categorias.

As inúmeras dificuldades sentidas na aplicação dos questionários levaram os autores a completar e a identificar variedades de coping e, baseando-se nos estudos de Coyne, Aldwin e Lazarus (1981), Folkman e Lazarus (1985), Lazarus, Gruen e Delongis, (1986) e na análise factorial, subdividiram a escala em oito sub-escalas de coping (Folkman & Lazarus, 1986, citados por Ribeiro & Santos, 2001).

Lazarus e Folkman (Lazarus, 1992, citado por Ribeiro & Santos, 2001) referem na teoria de coping que a maior parte dos sujeitos recorre a cerca de **oito estratégias de coping** em todos os acontecimentos de stresse. Os autores identificam pois, as seguintes **sub-escalas**:

1 - Coping *Confrontativo* – Descreve os esforços agressivos de alteração da situação e sugere um certo grau de hostilidade e de risco.

2 - Coping *Distanciamento* – Descreve os esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação.

3 - Coping *Auto-Controlo* – Descreve os esforços de regulação dos próprios sentimentos e acções.

4 - Coping *Procura de Suporte Social* – Descreve os esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional.

5 - Coping *Assumir a Responsabilidade* – Reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as coisas.

6 - Coping *Fuga, Evitamento* – Descreve os esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema. Os itens desta escala contrastam com os da escala de “distanciamento”, que sugerem desprendimento.

7 - Coping *Resolução Planeada do Problema* – Descreve os esforços focados sobre o problema deliberados para alterar a situação, associados a uma abordagem analítica de solução do problema.

8 – Coping *Reavaliação Positiva* – Descreve os esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal. Tem também uma dimensão religiosa.

Os itens do questionário foram concebidos para serem respondidos relativamente a um acontecimento de stress específico, que no nosso estudo se pede ao inquirido para se reportar a uma situação da vida profissional.

A escala usada no presente estudo resulta de um trabalho de Ribeiro & Santos (2001), que optaram por escolher a versão de Folkman & Lazarus, (1988) com 50 itens, por a considerarem a mais fundamentada e consolidada, e trabalharam-na no sentido de contribuir para o estudo da adaptação portuguesa, em que se propunham replicar a versão original, mantendo a equivalência lexical, conceptual, operacional e de medida.

O questionário resultante desse trabalho tem 48 itens e obtiveram um Alfa de Cronbach entre 0.65 e 0.80 para as oito sub-escalas.

Existem dois métodos de pontuar o questionário: pontuações absolutas e relativas. As pontuações absolutas são o somatório das respostas dos sujeitos dos itens que compõem a escala e a relativa descreve a proporção do esforço representado por cada sub-escala de coping.

Verificaram que as estratégias de coping a que as pessoas mais recorreram, (utilizando o método de pontuação relativa) foram a procura de suporte social seguida da resolução planeada de problemas. As seguintes, e por ordem, são auto-controlo, distanciamento, reavaliação positiva, confrontativo, assumir a responsabilidade e fuga-evitamento.

Pode ser preenchido em cerca de 10 minutos, em que os indivíduos respondem a cada item numa escala ordinal, indicando com que frequência usam cada estratégia: 0 – nunca usei; 1 – usei de alguma forma; 2– Usei algumas vezes; 3 – usei muitas vezes.

Os 48 itens que se mantiveram na escala devem cotar-se da seguinte forma e distribuem-se pelas seguintes dimensões:

Auto controlo: $(6 + 9 + 25 + 32 + 42 + 47 + 48) / 7$.

Procura de suporte social: $(4 + 12 + 15 + 20 + 22 + 31 + 34) / 7$

Fuga, evitamento: $(7 + 23 + 29 + 36 + 39 + 44 + 45) / 7$

Resolução planeada do problema: $(1 + 18 + 28 + 37 + 38 + 41) / 6$

Reavaliação positiva: $(13 + 16 + 21 + 26 + 27 + 43 + 46) / 7$

Assumir a responsabilidade: $(5 + 17 + 40) / 3$

Coping confrontativo: $(2 + 3 + 11 + 19 + 24 + 35) / 6$

Distanciamento: $(8 + 10 + 14 + 30 + 33) / 5$

Folkman e Lazarus (1988) citados por Pais-Ribeiro & Santos (2001:491) assumiram como definição de coping para o questionário:

“Esforços cognitivos e comportamentais para responder a exigências específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas como excedendo os/ou estando nos limites dos recursos do indivíduo”.

8.4 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Numa primeira fase, após a escolha dos Instrumentos de recolha de dados adequados às variáveis que pretendemos estudar, contactou-se pessoalmente o director do Centro de Saúde de Vidigueira e a enfermeira Chefe no sentido de obtermos autorização para fazer o pré-teste relativo às duas questões que caracterizam a população relativamente ao grau de motivação e preparação profissional para abordar de forma diferenciada as mulheres vítimas de violência doméstica.

Essa autorização foi concedida no próprio momento do contacto sem ter sido exigido qualquer pedido de autorização mais formal e por escrito, fazendo depender da vontade dos próprios profissionais.

Os três médicos e os quatro enfermeiros contactados nesse sentido colaboraram sem colocar quaisquer obstáculos.

Seguiu-se o contacto com o Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo – Hospital José Joaquim Fernandes (anexo II) no sentido de obter a devida autorização para aplicar os Instrumentos de recolha de dados aos profissionais enfermeiros e médicos dos serviços envolvidos.

Posteriormente, e antes de iniciar a entrega dos questionários, deu-se conhecimento informal por contacto pessoal aos chefes de serviço da classe de enfermagem e da classe médica.

Foram distribuídos cerca de 90 questionários aos médicos dos quais 72 foram devolvidos completamente preenchidos e em condições de participar da amostra.

De acordo com a amostra recolhida para a classe médica, foram distribuídos sensivelmente o mesmo número pelos enfermeiros até se atingir os 72 pretendidos, momento em que considerámos completa a amostra para efectuar o nosso estudo.

Os profissionais levaram em média cerca de 30 minutos a concluir o preenchimento dos instrumentos entregues.

Foi garantida confidencialidade, o uso dos resultados apenas para o fim a que se destinam, para o qual os inquiridos foram informados, e *feedback* dos resultados a quem o solicitou.

9 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

O tratamento dos dados surge após a aplicação e recolha dos questionários. O mesmo foi feito recorrendo ao programa estatístico SPSS 12.0 (*Statistical Package for Social Science* – versão 12.0).

Codificaram-se as respostas, o que permitiu a sua introdução no SPSS *for Windows* e consequente criação da base de dados com posterior análise estatística.

Para a caracterização das variáveis tanto dependentes como independentes foram utilizadas estatísticas descritivas tais como a média, desvio padrão e variância.

Optámos por analisar cada uma das variáveis dependentes como uma escala de intervalos, uma vez que o seu resultado é obtido através de um score.

De acordo com Pais-Ribeiro (1999), “muitos autores defendem, que na presença de medidas ordinais de boa qualidade, chega-se aos mesmos resultados quer se utilize estatística paramétrica ou não paramétrica”. Ainda Pais-Ribeiro, aconselha testes como o Teste de Mann-Whitney ou o de Kolmogorov-Smirnov para a comparação de médias de variáveis ordinais, pelo que os aplicámos no nosso estudo. No caso de mais de duas variáveis ordinais optamos pelo teste de Kruskal-Wallis, pois de acordo com Pestana e Gageiro (2005:455) este é uma alternativa: “(...)o teste de Mann-Whitney pode ser generalizado para mais de dois grupos através do Kruskal-Wallis”.

Passamos a apresentar os resultados e posterior discussão dos mesmos, ilustrando os nossos dados com gráficos e tabelas que na sua maioria são resultantes de *outputs* do programa SPSS 12 para Windows.

10 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

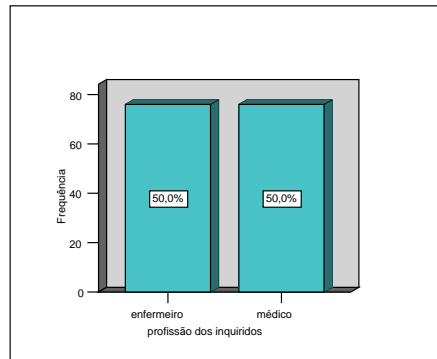
Este momento do estudo pretende apresentar os resultados e caracterizar a amostra na sua globalidade.

10.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Apresentamos de seguida a caracterização da amostra numa perspectiva sócio-demográfica

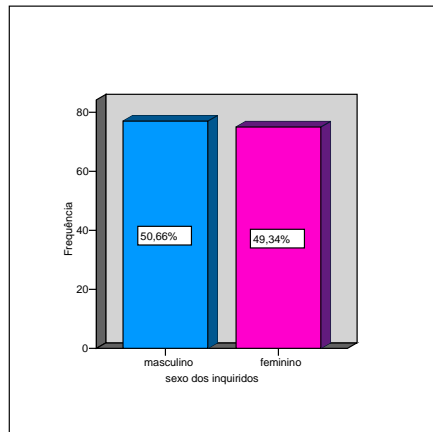
10.1.1 Distribuição dos inquiridos por profissão e por género

Gráfico 1
Profissão dos inquiridos



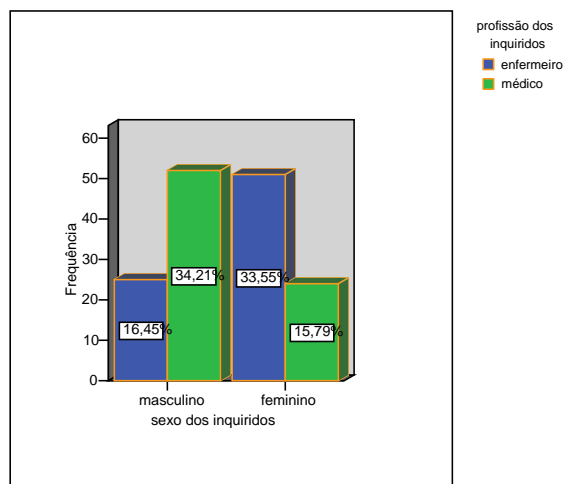
A população inquirida é constituída por 50% de enfermeiros e por 50% de médicos (gráfico 1).

Gráfico 2
Género dos inquiridos



A amostra está equilibrada quando à distribuição por género, apresentando 50,66% de homens e 49,34% de mulheres (gráfico 2).

Gráfico 3
Género por profissão

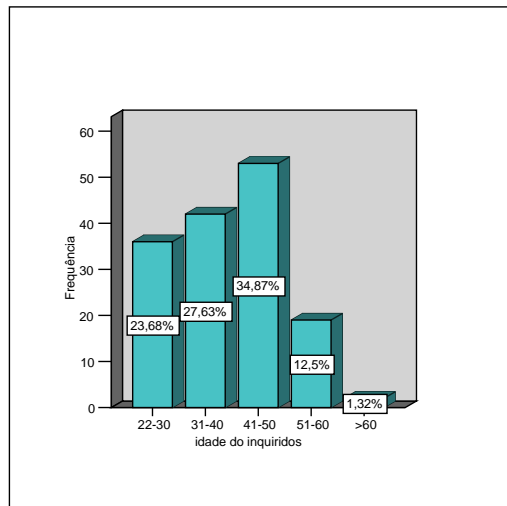


Como podemos observar no gráfico 3, na população dos enfermeiros, mais de metade dos inquiridos são do género feminino, já na população dos médicos verifica-se o contrário, ou seja, mais de metade dos inquiridos são do género masculino.

10.1.2 Distribuição dos inquiridos por grupo etário

Gráfico 4

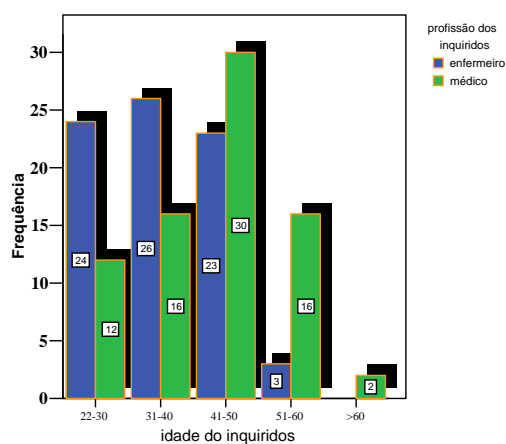
Grupo etário da amostra total



Ao analisar o gráfico 4, podemos constatar que 51.3% da população tem idades entre os 22 e os 40 anos, situando-se a Moda no grupo dos 41 aos 50 anos.

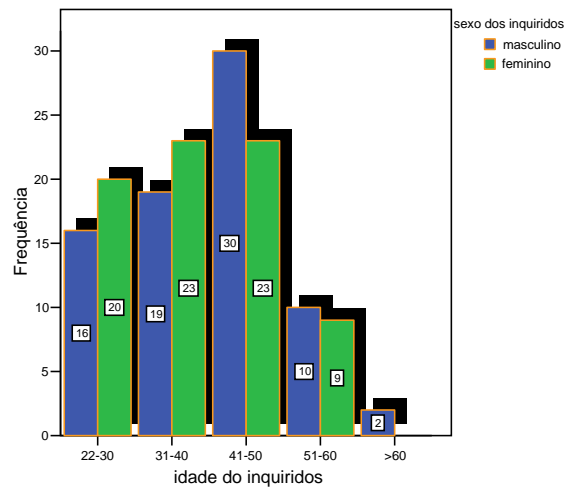
Gráfico 5

Grupo etário por profissão



No gráfico 5 podemos perceber como se distribui a idade pelas duas profissões em estudo e podemos realçar que o grupo dos 22-30 anos tem o dobro dos enfermeiros (24 enfermeiros para 12 médicos), no grupo dos 51-60 só há 3 enfermeiros, não havendo nenhum a partir dos 60 anos.

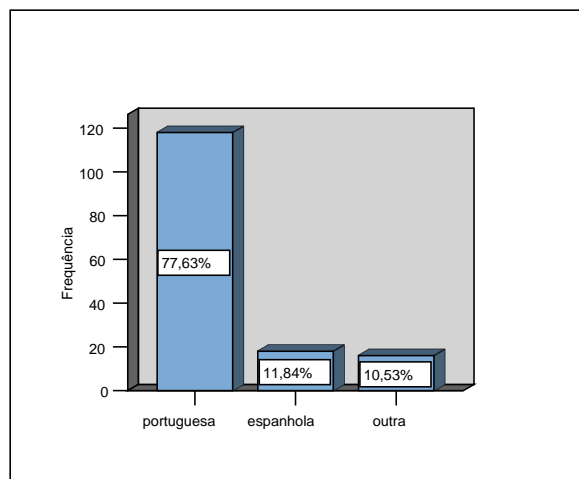
Gráfico 6
Grupo etário por género



Nos dois primeiros grupos etários, há prevalência do género feminino; a partir dos 41 anos, a maior parte dos indivíduos do estudo são do género masculino, sem no entanto a diferença ser muito significativa.

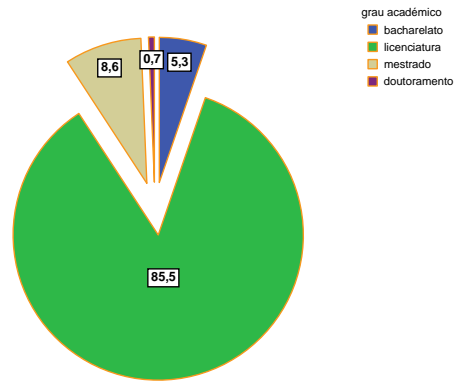
10.1.3 Distribuição dos indivíduos por nacionalidade, grau académico, especialidade, serviço, anos de experiência profissional, estado civil, número de filhos e religião

Gráfico 7
Nacionalidade dos inquiridos



No grupo inquirido há 118 portugueses (77.6%), 18 espanhóis e os restantes 16 sujeitos incluem profissionais de diversos países, como o Brasil, Venezuela, Argentina, Irão, países do Leste Europeu e Continente Africano, tal como vemos no gráfico 7.

Gráfico 8
Grau académico



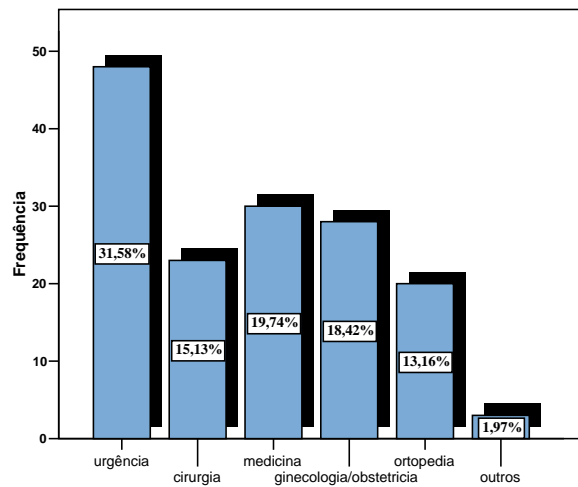
De acordo com os dados apresentados no gráfico 8, podemos constatar que a nossa população é constituída maioritariamente por Licenciados num total de 130 elementos. A população contém ainda 13 indivíduos com Mestrado, 8 Bacharéis e um com doutoramento.

Tabela 1
Indivíduos com especialidade

Especialidade	Frequência	%
Não	102	67,1
Sim	50	32,9
Total	152	100,0

Só 50 indivíduos da população inquirida têm especialidade, sendo que a maioria dos especialistas são médicos (tabela 1).

Gráfico 9
Serviço dos inquiridos



Na análise do gráfico 9, podemos constatar que a população trabalha maioritariamente no Serviço de Urgência.

Tabela 2

Anos de experiência profissional

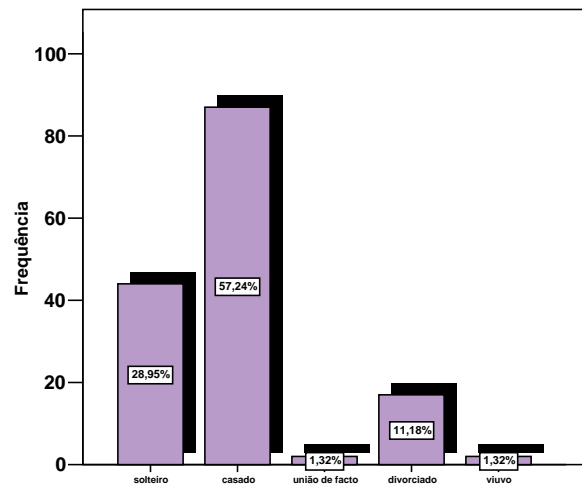
Anos de experiência profissional	Frequência	%
<5	31	20,4
5-9	19	12,5
10-14	20	13,2
15-19	36	23,7
20-24	21	13,8
>24	25	16,4
Total	152	100,0

Relativamente ao tempo de serviço, através da tabela 2, verifica-se que a moda se situa entre 15 e 19 anos de serviço (23.7%).

De destacar o elevado número de indivíduos com menos de 5 anos de serviço (20,4%).

Gráfico 10

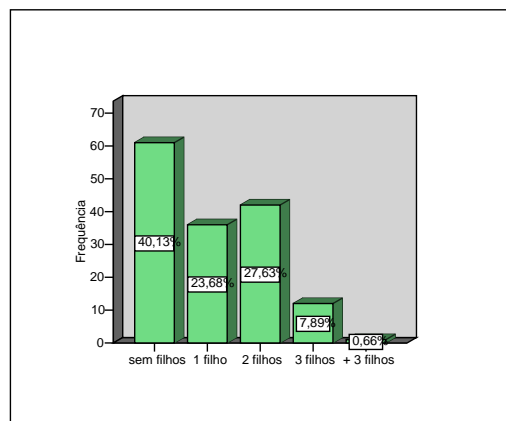
Estado civil



Podemos constatar pela observação do gráfico 10 que a maioria dos inquiridos são casados, correspondendo a 57.2% do total da amostra.

Gráfico 11

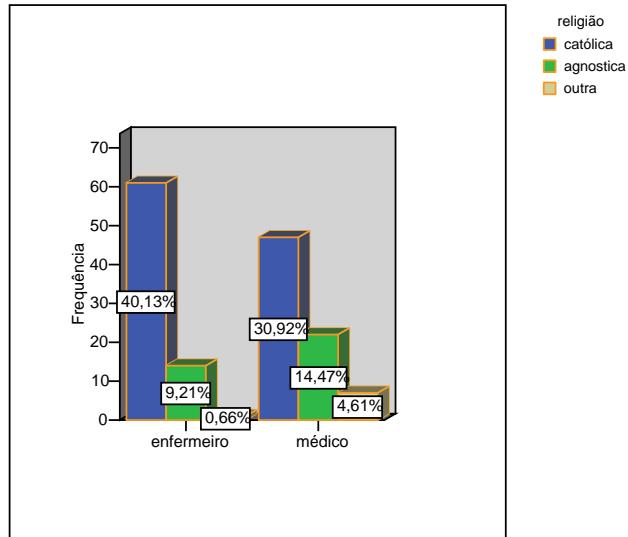
Número de filhos dos inquiridos



Dos sujeitos da amostra, cerca de 40% não têm filhos. Dos que têm, a moda situa-se nos dois filhos. Só um indivíduo questionado tem mais de três filhos (gráfico 11).

Gráfico 12

Religião dos inquiridos por classe profissional



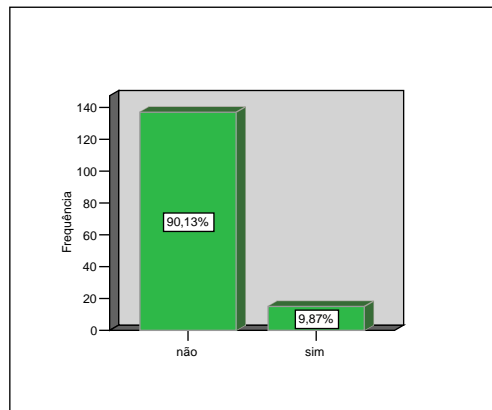
De acordo com o observado no gráfico 12, em ambas as classes profissionais a religião católica é a mais preponderante, mas é interessante ver que a religiosidade é mais acentuada nos enfermeiros, já que há maior número de agnósticos entre os médicos.

Na amostra global verificámos que 71,1% da população é católica, 23,7% é agnóstica e 5,3% tem outra religião.

10.1.4 Distribuição dos indivíduos por formação em maus-tratos/violência doméstica

Gráfico 13

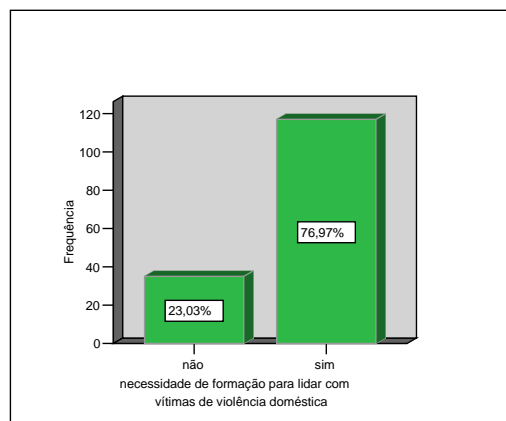
Sujeitos com ou sem formação na área dos maus-tratos/violência doméstica



O gráfico 13 é muito claro a confirmar que a maioria dos profissionais de saúde inquiridos não tem nenhum tipo de formação em maus-tratos/violência doméstica.

Gráfico 14

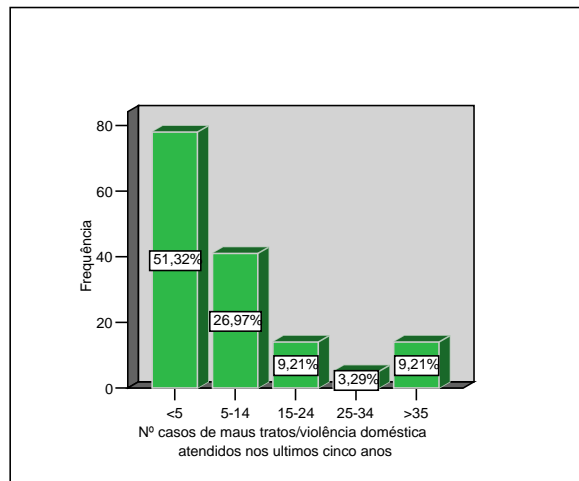
Necessidade de formação para lidar com vítimas de violência doméstica



No gráfico 14 percebe-se contudo que a maioria da população inquirida sente necessidade de formação para abordar as vítimas de violência.

Gráfico 15

Número de casos de maus-tratos/violência doméstica atendidos nos últimos 5 anos

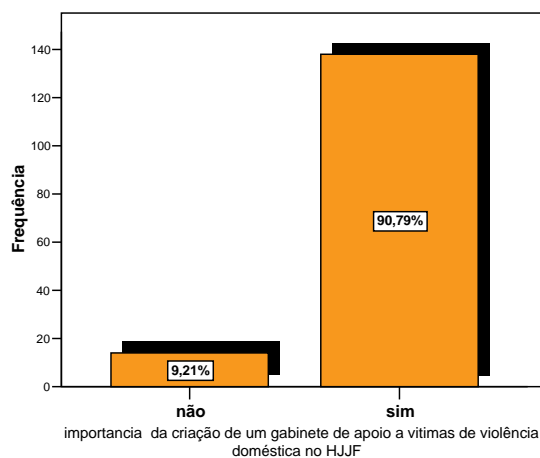


Quando analisamos o gráfico 15 percebemos que mais de metade da população atendeu menos de 5 casos de violência doméstica nos últimos 5 anos.

10.1.5 Posição dos inquiridos relativamente à criação de um Gabinete de Apoio à Vítima

Gráfico 16

Importância de criação de um gabinete de apoio à vítima de violência doméstica



O gráfico 16 é muito claro a mostrar o quanto os profissionais de saúde consideram importante criar um gabinete de apoio à vítima no Hospital José Joaquim Fernandes.

Gráfico 17

O que os inquiridos alegam *a favor* da criação do gabinete

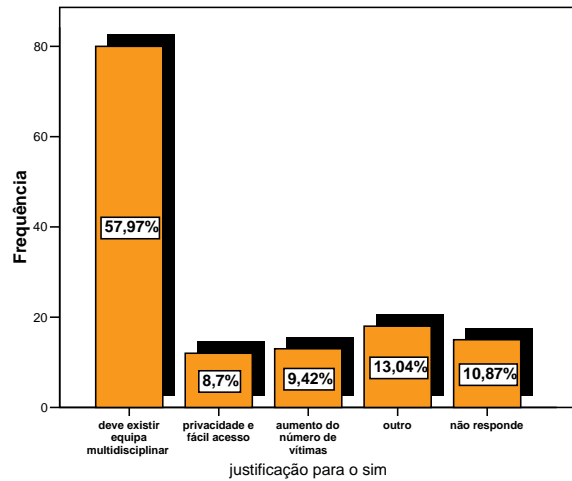
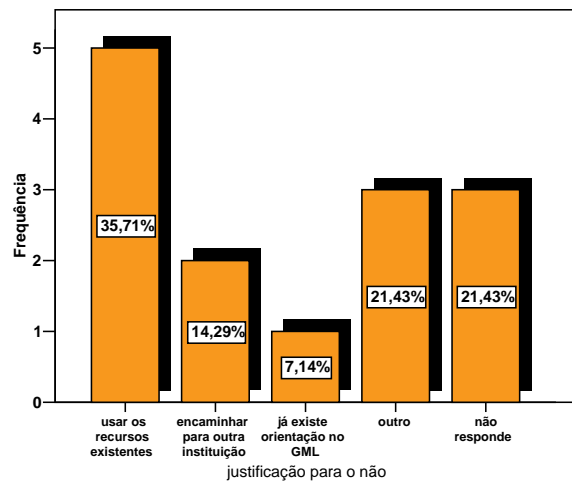


Gráfico 18

O que os inquiridos alegam *contra* a criação do gabinete



Nos gráficos 17 e 18 podemos ler que os defensores da criação de um gabinete de apoio à vítima de violência doméstica dão muita importância à existência de uma equipa multidisciplinar, enquanto que os defensores do *não* alegam que se devem aproveitar recursos já existentes na Instituição.

Quanto à questão aberta que dava liberdade aos inquiridos para fazer quaisquer observações, em 93,4% dos casos não obtivemos qualquer comentário.

Dos 10 indivíduos (6,6%) que responderam, 2 referem para, em todo este processo, ser dada atenção aos casos de violência nos casais homossexuais, 1 diz que se devem orientar as pessoas para prevenir a violência e 7 fazem comentários diversos que não considerámos relevantes para o estudo.

10.2 MOTIVAÇÃO E PREPARAÇÃO DOS INQUIRIDOS

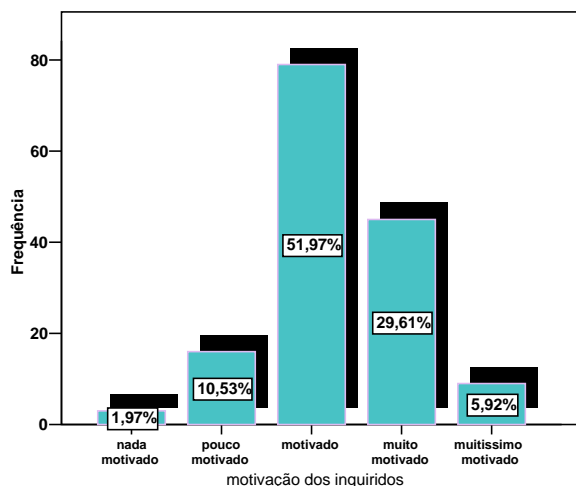
Estas dimensões foram estudadas através de duas questões que caracterizam a população relativamente ao grau de motivação e preparação profissional para abordar de forma diferenciada as mulheres vítimas de violência doméstica em que o inquirido se posiciona numa escala de Likert de cinco pontos que vai respectivamente de “nada motivado” a “muitíssimo motivado” e de “nada preparado” a “muitíssimo preparado”.

10.2.1 Motivação

Analisemos neste ponto e primeiramente, a motivação dos inquiridos para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada.

Gráfico 19

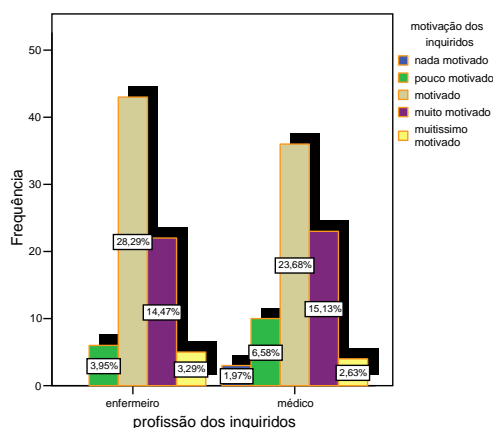
Motivação dos profissionais de saúde inquiridos para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada



A maioria (51.9%) dos enfermeiros e médicos do estudo estão motivados para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada, sendo que quase 30% se considera muito motivado, quase 6% muitíssimo motivado e apenas 3 elementos responderam que não estão nada motivados (gráfico 19).

Gráfico 20

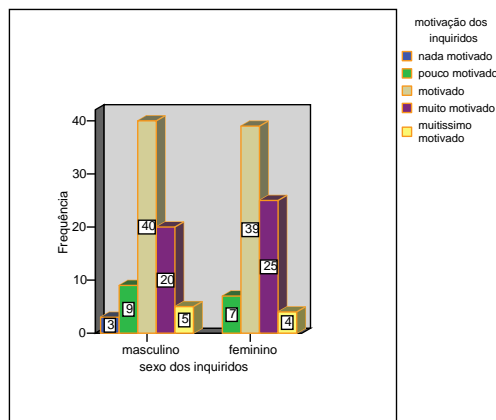
Motivação por profissão



Ninguém na população dos enfermeiros se posicionou no item *nada motivado*. Os indivíduos inquiridos no grupo dos médicos posicionaram-se em maior percentagem que os do grupo dos enfermeiros no item *pouco motivado*. O grupo de enfermeiros está mais *motivado* que o grupo de médicos. Cerca de 15% de cada grupo profissional está *muito motivado* e cerca de 3% de cada grupo está *muitíssimo motivado* (gráfico 20).

Gráfico 21

Motivação por género



O grau de motivação é idêntico em ambos os gêneros, no entanto nenhum elemento do gênero feminino se posicionou no item *nada motivado* (gráfico 21).

Tabela 3

Motivação dos inquiridos

Media	3,27
Mediana	3,00
Desvio padrão	0,805
Mínimo	1
Máximo	5

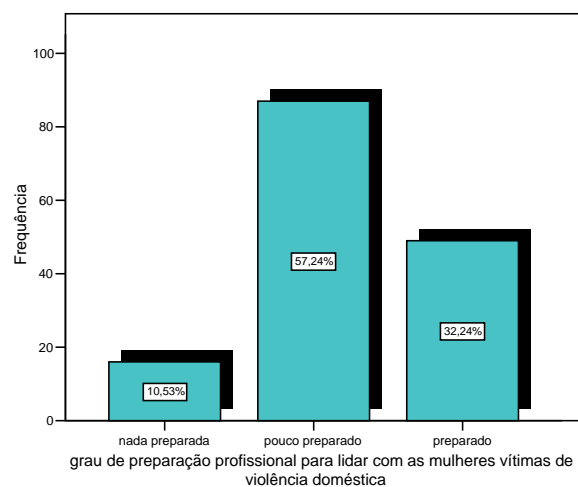
Em termos de motivação podemos considerar a nossa amostra motivada apresentando uma média de 3,27 com desvio padrão de 0,80, tal como observamos na tabela 3.

10.2.2 Preparação

Analisemos a nossa população quanto à preparação para lidar com as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada.

Gráfico 22

Grau de preparação dos profissionais para lidar com as mulheres vítimas de violência doméstica



Dos profissionais de saúde que participaram no nosso estudo, 32,2% sente-se preparado mas 57,2% sente-se pouco preparado profissionalmente para lidar com as mulheres vítimas de violência doméstica e 10,5% sente que está nada preparado (gráfico 22).

Tabela 4
Preparação dos inquiridos

	N	Média	Desvio padrão
Nada preparada	16	2,94	1,181
Pouco preparado	87	3,15	0,638
Preparado	49	3,58	0,723
Total	152	3,27	0,805

Pela análise da tabela 4 podemos constatar que a maioria da nossa população se considera *pouco preparada* apresentando uma média de 3,15 e um desvio padrão de 0,638.

10.2.3 Preparação e motivação

Neste âmbito, analisemos a hipótese 1 – Os profissionais mais preparados para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada são também os mais motivados para o fazer – que passamos a testar:

H0: A motivação não tem relação com a preparação.

H1: A motivação tem relação com a preparação.

Por se tratar de uma escala ordinal optamos pela estatística não paramétrica, mais concretamente pelo teste de Kruskal-Wallis por apresentar mais de duas categorias; para tal temos de verificar se as distribuições têm igual forma, recorrendo às caixas de bigodes.

Tabela 5
Distribuição dos inquiridos por grau de preparação

	Grau de preparação profissional para lidar com as mulheres vítimas de violência doméstica	N
Motivação dos inquiridos	Nada preparada	16
	Pouco preparado	87
	Preparado	49
	Total	152

Pela análise da tabela anterior podemos observar que a nossa amostra distribui-se entre o item nada preparado e o item preparado, não existindo nenhum elemento que se situasse nos dois itens superiores. A média das respostas situou-se no pouco preparado a qual apresentou 87 respostas.

Para se aplicar o teste não paramétrico de kruskal-Wallis, procedemos à verificação das distribuições quanto à forma, e pela análise do seguinte gráfico podemos constatar que apresentam a mesma forma diferindo em tendência central.

Gráfico 23

Distribuição das respostas relativamente ao grau de preparação profissional

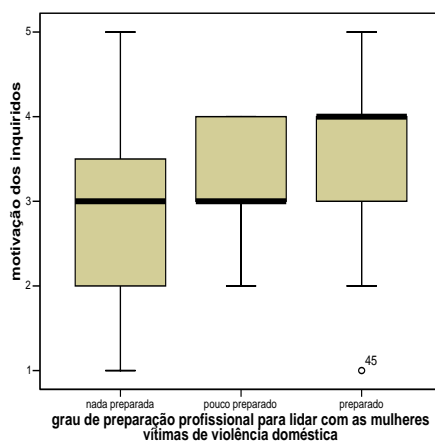


Tabela 6

Teste Kruskal-Wallis

Relação entre motivação e o grau de preparação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada.

	Motivação dos inquiridos
Qui-quadrado	11,866
gl	2
Nível de significância	0,003

O valor do teste 11.86 tem associado um nível de significância de 0,003, que é inferior a 0,05, logo podemos rejeitar H_0 e considerar H_1 . ou seja, a motivação tem relação com a

preparação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica. Logo os mais preparados são também os mais motivados.

10.3 VALORES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Estudámos os Valores através da Escala de Valores de Violência Doméstica Contra as Mulheres (E.V.V.D.C.M.) de Lee Ann Hoff, (1990).

A escala permite avaliar se os indivíduos têm valores tradicionalistas ou feministas em relação à violência doméstica contra as mulheres.

No estudo de Valongo (1999), foi encontrado um Alfa de Cronbach de 0,6477.

Nesta população, o estudo psicométrico certifica a fidelidade do questionário, com muito bons índices de consistência interna, para um Alpha de Cronbach de 0,797.

10.3.1 Estatísticas descritivas

Façamos a análise descritiva da escala de valores.

Tabela 7

Análise descritiva da Escala de Valores de
Violência Doméstica Contra as Mulheres

Média	178,32
Erro típ. da média	1,19
Mediana	179,00
Moda	191,00
Desvio padrão	14,75
Variância	217,65
Curtose	0,04
Erro típ. da Curtose	0,39
Amplitude	85,00
Mínimo	136,00
Máximo	221,00
Soma	27105,00

Em termos de análise descritiva podemos constatar que a média das respostas dos inquiridos foi de 178,3, a mediana de 179 e a moda 191, o mínimo foi de 136 e o máximo de 221.

Para este estudo e nesta escala, optámos apenas pela utilização dos *scores* na medida em que nos interessa saber se a nossa população se posiciona mais nos valores

tradicionalistas ou mais nos valores feministas e como se relacionam esses valores com as restantes variáveis. Assim sendo, os resultados da escala são determinados pela soma dos itens.

O *score* mínimo dos valores que os indivíduos podiam obter era de 54, correspondendo a uma posição mais tradicionalista.

O *score* 270 é o mais elevado, correspondendo a uma posição mais feminista.

Para melhor caracterizar os valores dos profissionais de saúde, considerámos os seguintes intervalos dos *scores*:

- [54-108[- Valores tradicionalistas
- [108-162[- Valores com tendência tradicionalista
- [162-216[- Valores com tendência feminista
- [216-270[- Valores feministas

Tabela 8

Distribuição dos profissionais de saúde pelos valores de acordo com os *scores*

Valores				
	Tradicionalistas	Tendência tradicionalista	Tendência Feminista	Feministas
Profissionais de saúde	0%	16,4%	82,3%	1,3%

Podemos pois concluir que a maioria (82,3%) dos inquiridos tem valores tendencialmente feministas. Apesar de 16,4% dos indivíduos de situar numa tendência tradicionalista, nenhum dos inquiridos tem valores tradicionalistas.

Tabela 9

Análise descritiva da escala de valores

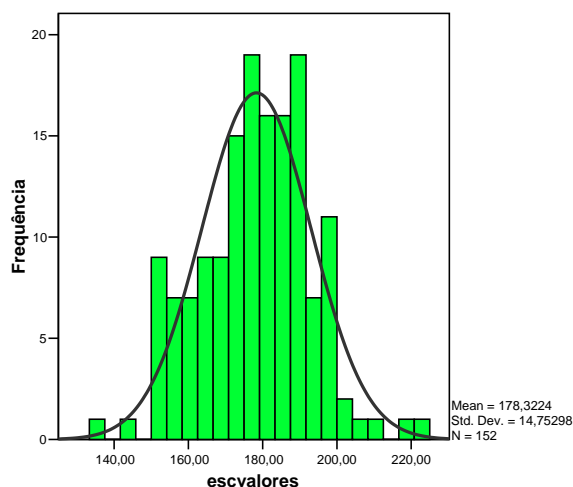
	Média	Mínimo	Máximo	Amplitude	Máximo/mínimo	Variância
Médias dos elementos	3,302	1,184	4,836	3,651	4,083	1,037
Variância dos elementos	0,877	0,228	1,546	1,319	6,789	0,098

Através da análise da tabela podemos observar que a média das respostas é 3,3, o que nos indica que a população em estudo tem uma tendência mais feminista.

Analisemos a variável valores e verifiquemos se se trata de uma distribuição simétrica.

Gráfico 24

Distribuição dos valores dos inquiridos



Pela análise do gráfico podemos constatar que as respostas em média se situam entre o 136 e o 221, no entanto a maioria dos indivíduos inquiridos, situa-se o 162 e o 216.

10.3.2 Dados psicométricos – Fiabilidade interna do questionário

Assim e como refere Hill & Hill (2002:148) “ é muito importante dar atenção à fiabilidade de um questionário construído para medir uma variável latente porque não vale a pena tirar conclusões a partir de uma medida que não tem fiabilidade adequada”.

Tabela 10

Consistência interna da Escala de Valores de
Violência Doméstica Contra as Mulheres

Consistência interna	
Alfa de Cronbach	0,797
Alfa de Cronbach baseado nos elementos tipificados	0,794

Considerando que a consistência é tanto maior quanto mais próximos de 1; como obtivemos um $\alpha = 0,797$ consideramos ter uma boa consistência interna.

Quanto à análise descritiva, a média das respostas dos inquiridos na Escala de Valores de Violência Doméstica Contra as Mulheres (E.V.V.D.C.M.), foi de 178.3, com um desvio padrão de 14.7, uma mediana de 179 e uma moda 191. O valor mínimo observado foi de 136 e o máximo de 221.

Podemos pois concluir que a maioria dos inquiridos tem valores tendencialmente feministas.

10.3.3 Escala de valores e motivação

Como um dos objectivos é perceber se existe relação entre os valores e a motivação no contexto do estudo, e tendo por base que Ribeiro (1999) refere que as escalas de medida ordinal não devem ser tratadas em termos estatísticos com estatística paramétrica e que a escala de Likert produz uma escala ordinal que deve ser tratada com estatística não paramétrica, optamos pela estatística não paramétrica, sendo utilizado o teste de Mann-Whitney no caso das variáveis dicotómicas e o teste de Kruskal-Wallis para mais de duas categorias.

Neste âmbito delineámos a seguinte hipótese:

Hipótese 2 – Os valores dos profissionais de saúde sobre violência doméstica contra as mulheres, tem relação com a motivação para as abordar de forma diferenciada.

Em que:

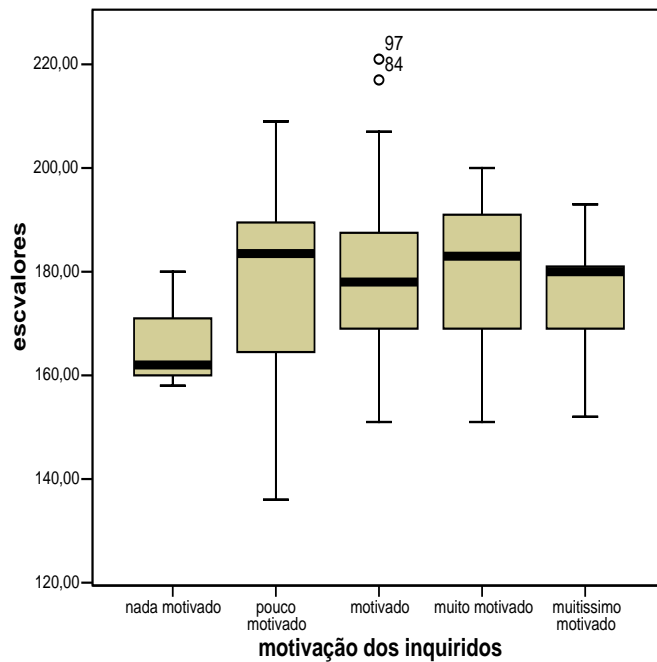
H0: Os valores não interferem com a motivação

H1: Os valores interferem com a motivação.

Para se aplicar o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis teremos de verificar se as distribuições têm igual forma.

Gráfico 25

Igualdade de distribuição da E.V.V.D.C.M.



As caixas de bigodes representadas mostram que as distribuições têm forma semelhante diferindo eventualmente em tendência central.

Tabela 11

Distribuição dos indivíduos pelo grau de motivação

	Motivação dos inquiridos	N	Amplit. média
Escala valores	Nada motivado	3	40,67
	Pouco motivado	16	79,13
	Motivado	79	75,48
	Muito motivado	45	80,88
	Muitíssimo motivado	9	70,83
	Total	152	

Podemos observar pela análise do quadro que os inquiridos consideram-se maioritariamente (79) motivados, seguidos de (45) muito motivados.

Tabela 12

Teste Kruskal-Wallis

	Escala de valores
Qui-quadrado	2,683
gl	4
Nível de significância	0,612

O valor do teste 2,683 tem associado um nível de significância de 0,612, que é superior a 0,05, pelo que não se rejeita H₀, podendo concluir-se que os valores dos profissionais de saúde relativamente à violência sobre as mulheres não interfere na motivação para lhes fazer uma abordagem diferenciada.

10.3.4 Escala de valores e profissão

Vejamos então como se relaciona a variável valores com o grupo profissional.

Neste âmbito foi delineada a seguinte hipótese:

Hipótese 3 – A categoria profissional interfere com os valores para uma abordagem diferenciada das mulheres vítimas de violência doméstica.

H₀: A categoria profissional não interfere com os valores.

H₁: A categoria profissional interfere com os valores.

Segundo Pestana e Gageiro para que possamos aplicar o teste de Mann-Whitney, temos de verificar a igualdade das duas distribuições através das caixas de bigodes, teste de igualdade de variâncias e o estudo das simetrias.

Tabela 13

Categoria profissional e valores

	Profissão dos inquiridos	N	Media	Desvio Padrão	Erro típ. da média
Escala de valores	Enfermeiro	76	180,013 2	15,26608	1,75114
	Médico	76	176,631 6	14,11934	1,61960

Pela análise da tabela anterior podemos constatar que o grupo profissional dos enfermeiros tem uma média superior na escala de valores. Logo possuem valores ligeiramente mais feministas.

Tabela 14

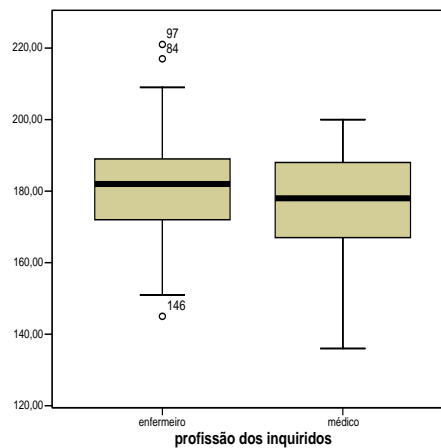
Teste de homogeneidade de variâncias para a escala de valores

Teste de Levene	gl1	gl2	Sig.
0,029	1	150	0,866

O teste de Levene indica um nível de significância de 0,866, como tal ambas as distribuições tem iguais variâncias.

Gráfico 26

Distribuição dos inquiridos por profissão



Podemos observar pelo gráfico anterior uma distribuição semelhante mas variando ligeiramente em tendência central.

Tabela 15

Análise descritiva da profissão dos inquiridos relativamente à escala de valores

	Profissão dos inquiridos		Estatística	Erro típ.
Esc. valores	Enfermeiro	Média	180,0132	1,75114
		Mediana	182,0000	
		Variância	233,053	
		Desvio padrão	15,26608	
		Mínimo	145,00	
		Máximo	221,00	
		Amplitude	76,00	
		Amplitud intercur.	17,00	
		Assimetria	0,014	0,276
		Curtose	0,220	0,545
	Médico	Média	176,6316	1,61960
		Mediana	178,0000	
		Variância	199,356	
		Desvio padrão	14,11934	
		Mínimo	136,00	
		Máximo	200,00	
		Amplitude	64,00	
		Amplitud intercurt.	21,50	
		Assimetria	-0,407	0,276
Curtose	-0,345	0,545		

Observando as estatísticas descritivas constata-se que a assimetria é 0,014 nos enfermeiros e nos médicos é negativa, sendo de -0,407.

Podemos então testar a nossa hipótese através do teste de Mann-Witney:

Tabela 16

Teste de Mann-Witney

U de Mann-Whitney	2561,000
W de Wilcoxon	5487,000
Z	-1,205
Nível de significância (bilateral)	,228

Como o nível de significância do teste é 0,228 e é superior a 0,05 como tal não podemos rejeitar H0 e podemos afirmar que a categoria profissional não interfere com os valores para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica.

10.3.5 Escala de valores e género

Um dos objectivos que tivemos no estudo foi perceber como se relaciona o género dos inquiridos relativamente aos seus valores sobre violência doméstica perpetrada sobre as mulheres.

Hipótese 4 – Os valores dos profissionais de saúde relativamente à violência doméstica contra as mulheres têm relação com o género dos inquiridos.

H0: Os valores não dependem do género dos inquiridos.

H1: Os valores dependem do género dos inquiridos.

Tabela 17

Valores e género dos inquiridos

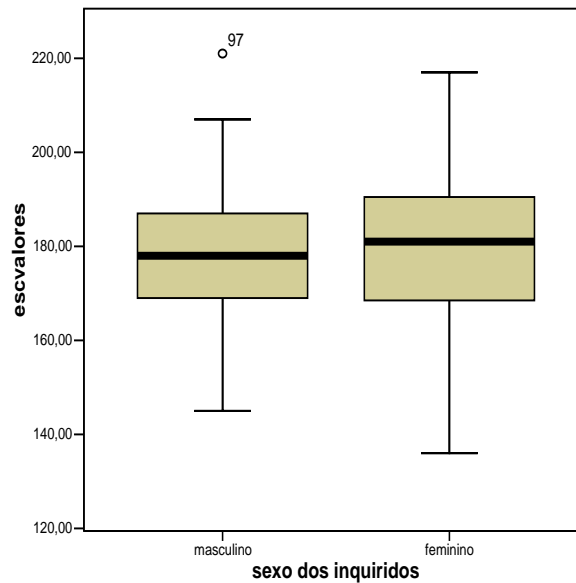
	Sexo dos inquiridos		Estatística	Erro típ.
Escala de valores	Masculino	Média	177,5325	1,61065
		Mediana	178,0000	
		Variância	199,752	
		Desvio padrão	14,13337	
		Mínimo	145,00	
		Máximo	221,00	
		Amplitude intercurt.	76,00	
		Assimetria	0,037	0,274
		Curtose	0,394	0,541
	Feminino	Média	179,1333	1,78010
		Mediana	181,0000	
		Variância	237,658	
		Desvio padrão	15,41615	
		Mínimo	136,00	
		Máximo	217,00	
		Amplitude intercurt.	81,00	
		Assimetria	-0,311	0,277
		Curtose	-0,096	0,548

Neste quadro podemos observar uma pequena diferença entre o sexo dos inquiridos: Os indivíduos do sexo feminino apresentam um posicionamento ligeiramente mais feminista.

Em termos de assimetria, constata-se que o sexo masculino apresenta 0,037 e o sexo feminino 0,311.

Gráfico 27

Distribuição dos valores e género dos inquiridos



Podemos observar neste gráfico uma forma semelhante mas variando ligeiramente em tendência central.

Tabela 18

Teste de homogeneidade de variâncias

Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
0,927	1	150	0,337

O teste de Levene indica um nível de significância de 0,337, como tal ambas as distribuições tem iguais variâncias.

Tabela 19

Teste de Mann-Witney

	Escala valores
U de Mann-Whitney	2616,000
W de Wilcoxon	5619,000
Z	-1,001
Nível de significância (bilateral)	0,317

Como o nível de significância do teste é 0,317 e é superior a 0,05, não podemos rejeitar H0 e podemos afirmar que os valores dos profissionais de saúde relativamente à violência doméstica contra as mulheres não têm relação com o sexo dos inquiridos.

10.4 GÉNERO E MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA A ABORDAGEM DIFERENCIADA ÀS VÍTIMAS

Para clarificar este ponto consideremos a seguinte hipótese:

Hipótese 5 – Os profissionais de saúde do sexo feminino estão mais motivados para fazer uma abordagem diferenciada às mulheres vítimas de violência doméstica.

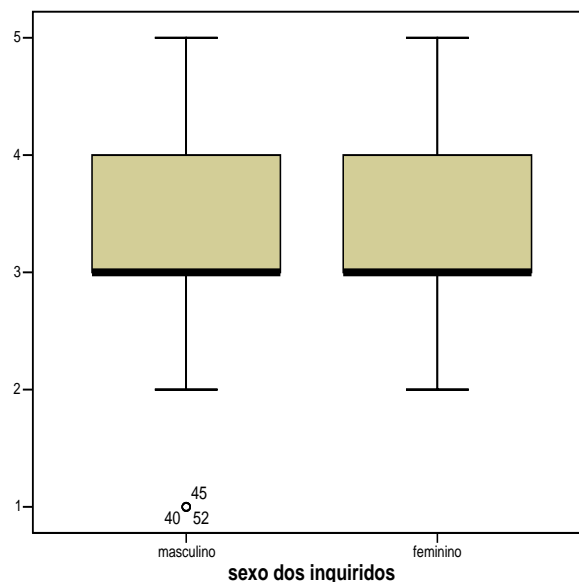
H0: A motivação para fazer uma abordagem diferenciada às mulheres vítimas de violência doméstica não depende da variável sexo dos inquiridos.

H1: A motivação para fazer uma abordagem diferenciada às mulheres vítimas de violência doméstica depende da variável sexo dos inquiridos.

Como temos uma variável dicotómica podemos enveredar pelo teste de Mann-Whitney para testar a hipótese anterior, mas antes temos de verificar a igualdade das duas distribuições através das caixas de bigodes, teste de igualdade de variâncias e ao estudo das simetrias.

Gráfico 28

Distribuição da motivação por género



Pela análise do gráfico anterior podemos verificar que não existe diferença em termos de forma de distribuição e nem em tendência central.

Como tal podemos avaliar a homogeneidade das variâncias através do teste de Levene.

Tabela 20

Teste de homogeneidade de variâncias

Teste de Levene	gl1	gl2	Sig.
,949	1	150	0,332

O teste de Levene indica um nível de significância de 0,332, como tal ambas as distribuições têm iguais variâncias.

Tabela 21

Teste de Mann-Whitney

	Motivação dos inquiridos
U de Mann-Whitney	2626,500
W de Wilcoxon	5629,500
Z	-1,054
Nível de significância (bilateral)	0,292

Como o nível de significância do teste é 0,292 é superior a 0,05 como tal não podemos rejeitar H₀ e podemos afirmar que a motivação para fazer uma abordagem diferenciada às mulheres vítimas de violência doméstica não depende da variável sexo dos inquiridos.

10.5 PROFISSÃO E MOTIVAÇÃO DOS INQUIRIDOS PARA A ABORDAGEM DIFERENCIADA ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Analisemos através das tabelas e gráficos seguintes como se relaciona a variável motivação com cada grupo profissional em estudo, dando resposta há nossa hipótese 6.

Tabela 22

Motivação dos inquiridos

	N	Média	Desvio tip.	Erro típico	Mínimo	Máximo
Enfermeiro	76	3,34	0,722	0,083	2	5
Médico	76	3,20	0,880	0,101	1	5
Total	152	3,27	0,805	0,065	1	5

Neste âmbito, analisemos a hipótese 6 – A categoria profissional interfere com a motivação para uma abordagem diferenciada das mulheres vítimas de violência doméstica, em que:

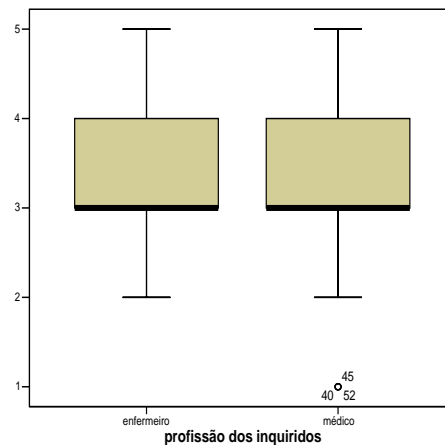
H0: A categoria profissional não interfere com a motivação para uma abordagem diferenciada das mulheres vítimas de violência doméstica.

H1: A categoria profissional interfere com a motivação para uma abordagem diferenciada das mulheres vítimas de violência doméstica.

Utilizamos o teste de Mann-Whitney para testar a hipótese anterior, mas antes temos de verificar a igualdade das duas distribuições através das caixas de bigodes, teste de igualdade de variâncias e ao estudo das simetrias.

Gráfico 29

Distribuição da profissão dos inquiridos



Pela observação do gráfico anterior verificamos que não existe diferença na forma das distribuições nem na tendência central.

Tabela 23

Teste de homogeneidade de variâncias

Teste de Levene	g1	g2	Sig.
0,949	1	150	0,332

O teste de Levene indica um nível de significância de 0,332, como tal ambas as distribuições tem iguais variâncias.

Tabela 24

Teste de Mann-Whitney

	Motivação dos inquiridos
U de Mann-Whitney	2694,000
W de Wilcoxon	5620,000
Z	-0,784
Nível de significância (bilateral)	0,433

Como o nível de significância do teste é 0,433 e é superior a 0,05 como tal não podemos rejeitar H₀ e podemos afirmar que a categoria profissional não interfere com a motivação para uma abordagem diferenciada das mulheres vítimas de violência doméstica.

10.6 GÉNERO DOS INDIVÍDUOS INQUIRIDOS E FEMINISMO

Apresentamos na tabela seguinte a estatística que compara os homens e as mulheres quanto à tendência mais ou menos feminista dos seus valores.

Tabela 25

Género dos inquiridos

	Género dos inquiridos		Estatística	Erro típ.
Escala de valores	Masculino	Média	177,5325	1,61065
		Mediana	178,0000	
		Variância	199,752	
		Desvio padrão	14,13337	
		Mínimo	145,00	
		Máximo	221,00	
		Amplitude intercurt.	76,00	
		Assimetria	0,037	0,274
		Curtose	0,394	0,541
			Feminino	Média
Mediana	181,0000			
Variância	237,658			
Desvio padrão	15,41615			
Mínimo	136,00			
Máximo	217,00			
Amplitude intercurt.	81,00			
Assimetria	-0,311			0,277
Curtose	-0,096			0,548

Pela observação da tabela podemos constatar que as mulheres têm valores ligeiramente mais feministas que os homens.

10.7 ESTRATÉGIAS DE COPING

Estudámos as estratégias de coping mais usadas pela população inquirida utilizando o Questionário de Estratégias de Coping de Pais-Ribeiro & Santos, 2001.

Apresentamos a análise descritiva da escala coping e das sub-escalas que a compõem.

10.7.1 Análise descritiva

Vejamos a estatística descritiva para a escala de coping de Pais-Ribeiro.

Tabela 26
Análise descritiva do Questionário de Estratégias de Coping de Pais-Ribeiro & Santos

N	Válidos	152
	Perdidos	0
Média		67,6382
Erro típ. da média		1,55786
Mediana		67,0000
Moda		67,00
Desv. típ.		19,20663
Variância		368,895
Amplitude		111,00
Mínimo		4,00
Máximo		115,00
Total		10281,00

Podemos constatar que a média das respostas dos inquiridos foi de 67, pelo que a população apresenta um nível de coping muito positivo.

Tabela 27

Análise descritiva da escala de coping
e das sub-escalas que a compõem

	N	Amplitude	Mínimo	Máximo	Média	Desv. típ.	Variância
Coping	152	111,00	4,00	115,00	67,6382	19,20663	368,895
Auto-controlo	152	20,00	0,00	20,00	11,0855	3,59165	12,900
Suporte social	152	20,00	0,00	20,00	11,7368	3,99294	15,944
Fuga e evitamento	152	15,00	0,00	15,00	4,5526	2,90647	8,448
Resolução plan. de problemas	152	18,00	0,00	18,00	10,6579	3,46430	12,001
Reavaliação positiva	152	21,00	0,00	21,00	10,9539	4,47264	20,004
Assumir responsabilidade	152	9,00	0,00	9,00	5,6842	1,95452	3,820
Coping confrontativo	152	15,00	0,00	15,00	7,4671	2,78577	7,761
Distanciamento	152	13,00	0,00	13,00	5,5000	2,62691	6,901
N válido	152						

Pela análise da tabela podemos constatar que as sub-escalas que os inquiridos mais utilizam são o suporte social, auto-controlo e reavaliação positiva.

10.7.2 Estudo psicométrico

Façamos pois a análise psicométrica da escala de coping utilizada nesta investigação e estudemos a sua fiabilidade.

Tabela 28

Estudo da fiabilidade da escala total

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach baseado nos elementos tipificados	Número de elementos
0,926	0,925	48

Para esta escala obtivemos um Alfa de Cronbach de 0.92, pelo que consideramos ter uma elevada consistência interna.

Estudemos pois a hipótese 7: Existe relação entre a estratégia de coping utilizada e a motivação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada.

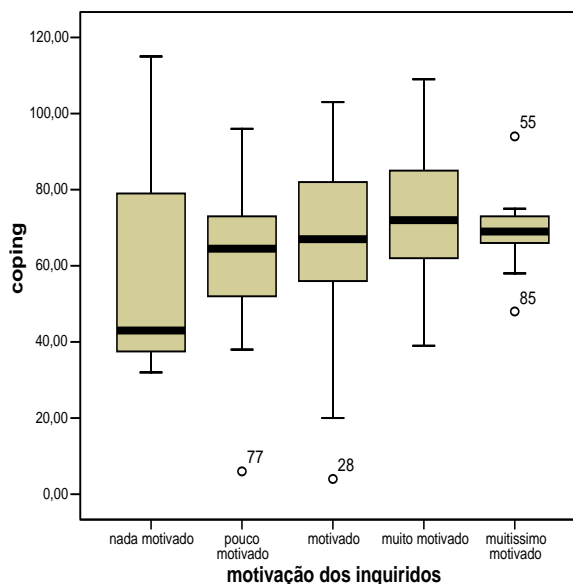
H0: A estratégia de coping utilizada não tem relação com o nível de motivação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada.

H1: A estratégia de coping utilizada tem relação com o nível de motivação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada.

Para se aplicar o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis teremos de verificar se as distribuições têm igual forma.

Gráfico 30

Distribuição do coping e motivação dos inquiridos



Podemos verificar que existe alguma diferença nas distribuições e também em termos de tendência central essencialmente nos indivíduos que se situaram nos extremos nada motivado e muitíssimo motivado. Nas outras categorias, apresentam distribuições e tendência central muito semelhante.

Tabela 29

Análise descritiva da escala de coping e motivação

	N	Média	Desvio típ.	Mínimo	Máximo
Coping	152	67,6382	19,20663	4,00	115,00
Motivação dos inquiridos	152	3,27	0,805	1	5

Pela análise da tabela podemos constatar que se trata de uma população motivada (média 3,27) e que a média de coping utilizada é muito positiva.

Tabela 30

Distribuição por categorias de motivação

	Motivação dos inquiridos	N	
Coping	Nada motivado	3	58,33
	Pouco motivado	16	65,00
	Motivado	79	73,35
	Muito motivado	45	86,76
	Muitíssimo motivado	9	79,33
	Total	152	

Pela observação da tabela anterior podemos constatar que os indivíduos estão maioritariamente motivados e até muito motivados.

Tabela 31

Teste de Kruskal-Wallis

	Coping
Qui- quadrado	4,488
gl	4
Nível de significância	0,344

O valor do teste 4,488 tem associado um nível de significância de 0,344 que é superior a 0,05 pelo que temos de aceitar H0 logo podemos afirmar que o coping não tem relação com o nível de motivação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada.

10.7.3 Relação entre as dimensões do coping e o nível de motivação

Apresenta-se aqui a estatística relativa à motivação relacionada com cada uma das sub-escalas de coping do Questionário de Estratégias de Coping de Pais-Ribeiro & Santos.

Tabela 32

Teste Kruskal-Wallis para as sub-escalas de coping

	Auto controle	Suporte social	Fuga evitamento	Resolução prob.	Reavaliação positiva	Responsabilidade	Coping confrontativo	Distanciamento
Qui quadrado	3,261	11,172	2,160	3,465	6,118	3,661	5,501	2,516
gl	4	4	4	4	4	4	4	4
Nível de significância.	0,515	0,025	0,706	0,483	0,191	0,454	0,240	0,642

a Prova de Kruskal-Wallis

b Variável de grupo: motivação dos inquiridos

10.7.3.1 Sub-escalas

Analisemos separadamente cada uma das sub-escalas de coping quanto à relação com a motivação para a abordagem diferenciada às mulheres vítimas de maus-tratos.

Auto-controlo:

O valor do teste 3,261 tem associado um nível de significância de 0,515 que é superior a 0,05 pelo que teremos de aceitar H0 ou seja o *auto-controlo* não tem relação com a motivação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada.

Suporte social:

O valor do teste 11,172 tem associado um nível de significância de 0,025 que é superior a 0,05 pelo que teremos de aceitar H0 ou seja o *suporte social* não tem relação com a motivação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada.

Fuga evitamento:

O valor do teste 2,160 tem associado um nível de significância de 0,706 que é superior a 0,05 pelo que teremos de aceitar H0 ou seja o coping *fuga evitamento* não tem relação com a motivação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada.

Resolução Planeada do Problema:

O valor do teste 3,465 tem associado um nível de significância de 0,483 que é superior a 0,05 pelo que teremos de aceitar H0 ou seja o coping *resolução planeada do problema* não tem relação com a motivação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada..

Reavaliação positiva:

O valor do teste 6,118 tem associado um nível de significância de 0,191 que é superior a 0,05 pelo que teremos de aceitar H0 ou seja o coping *reavaliação positiva* não tem relação com a motivação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada.

Assumir a Responsabilidade:

O valor do teste 3,661 tem associado um nível de significância de 0,454 que é superior a 0,05 pelo que teremos de aceitar H0 ou seja o coping *assumir a responsabilidade* não tem relação com a motivação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada.

Confrontativo:

O valor do teste 5,501 tem associado um nível de significância de 0,240 que é superior a 0,05 pelo que teremos de aceitar H0 ou seja o coping *confrontativo* não tem relação com a motivação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada.

Distanciamento:

O valor do teste 2,516 tem associado um nível de significância de 0,642 que é superior a 0,05 pelo que teremos de aceitar H0 ou seja o coping *distanciamento* não tem relação com a motivação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada.

Todas as sub-escalas têm níveis de significância superiores a 0,05 logo podemos afirmar que não há relação da motivação com o tipo de coping utilizado.

11 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados encontrados apontam para a tendência feminista dos inquiridos sem que haja interferência significativa das variáveis sexo e profissão.

A população encontra-se motivada e simultaneamente pouco preparada para o atendimento diferenciado às mulheres vítimas de violência e não há relação entre os valores dos inquiridos e a sua motivação para a abordagem às vítimas.

Investigámos pois, a tendência feminista ou tradicionalista dos valores dos inquiridos, a respectiva preparação e motivação para lidar com as mulheres vítimas de violência e as estratégias de coping que utilizam perante determinadas situações de stress profissional.

Quisemos ainda saber se existe alguma relação entre os valores dos profissionais de saúde relativamente à violência doméstica exercida contra as mulheres e a motivação para lhes fazer uma abordagem diferenciada nos serviços de saúde.

Apesar da análise estatística demonstrar que não existe relação entre as variáveis valores e motivação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada, temos de realçar que a população em estudo é tendencialmente feminista.

A amostra é constituída por enfermeiros e médicos do Hospital José Joaquim Fernandes de Beja, representando cada grupo profissional exactamente 50% do total da amostra, o que facilitou a comparação dos dois grupos profissionais.

Perante uma amostra probabilística de conveniência, ficámos surpreendidos pela casual distribuição por sexos (49,3% do sexo feminino e 50,7% do sexo masculino) o que se torna muito interessante devido à problemática em estudo e à importância que pode ser dada à variável sexo nas diferentes conclusões a que chegámos.

As idades dos participantes variam entre os 22 anos e mais de 60 anos, situando-se a moda entre os 41 e os 50 anos.

O grupo de enfermeiros é mais jovem o que poderá ter tendência a equilibrar com a nova lei sobre a idade da reforma. Surge-nos no entanto a dúvida sobre o motivo que leva neste momento, e até aqui, os médicos a prolongarem o tempo de actividade profissional contrastando com a precoce reforma dos enfermeiros quando a idade de reforma é a mesma para ambos. Poderá ser um assunto explorado em futuros estudos.

Nos dois primeiros grupos etários, há prevalência do sexo feminino; a partir dos 41 anos, a maior parte dos indivíduos do estudo são do sexo masculino, sem no entanto a

diferença ser muito significativa, o que pode significar o aumento progressivo das mulheres no mercado de trabalho concretamente nas profissões de saúde deste estudo.

A amostra é constituída por pessoas de várias nacionalidades (iranianos, espanhóis, africanos, brasileiros, países do leste da Europa) mas a grande maioria da amostra é contudo formada por portugueses. Os próprios portugueses são de diversas zonas do país, mesmo residindo na zona de Beja.

É o grupo dos médicos que detém a grande maioria dos estrangeiros desta amostra. Assim, apesar da amostra pertencer a uma única instituição, nela estão representadas as várias regiões do país, outros países e outros Continentes.

Pensou-se em estender a amostra a outras unidades de saúde, mas como pensamos que a problemática da violência sobre as mulheres tem de ser solucionada em diversas parcelas para se atingir o todo, então propomo-nos conhecer concretamente a realidade onde exercemos as nossas funções de forma a fazer ali as intervenções que o estudo nos venha a sugerir. Mais vale tentar fazer alterações numa unidade onde achamos que é preciso haver mudança, do que querer abranger várias e depois as intervenções se virem a mostrar impraticáveis pela abrangência.

A população inquirida é constituída maioritariamente por Licenciados num total de 130 elementos. A população contém ainda 13 indivíduos com Mestrado, 8 Bacharéis e um com doutoramento, sendo que no momento da recolha de dados muitos dos enfermeiros se encontravam a frequentar mestrados, pelo que se prevê que a percentagem dos mesmos aumente em breve com algum significado estatístico.

Quanto aos 8 bacharéis, eram enfermeiros pertencentes a grupos etários mais elevados ou que vieram de outro país e ainda não lhes foi concedida equivalência.

Só um médico espanhol referiu ter doutoramento e uma enfermeira portuguesa era doutoranda no momento da recolha de dados.

São 50 os indivíduos da população inquirida que têm especialidade, sendo que a maioria dos especialistas são médicos. Pensamos ter a ver com a faixa etária dos enfermeiros, que na amostra são mais jovens, e com a dificuldade de acesso à especialidade que os mesmos têm devido a questões organizacionais.

Encontrámos neste estudo mais indivíduos de outras religiões entre os médicos do que entre os enfermeiros, o que tem provavelmente a ver com o facto de entre aqueles haver maior diversidade de nacionalidades do que entre o grupo dos enfermeiros.

São maioritariamente católicos, havendo muçulmanos, muitos agnósticos e outras religiões.

A religiosidade é mais acentuada entre os enfermeiros, já que existem mais agnósticos entre os médicos.

Podemos constatar que a população inquirida trabalha maioritariamente no Serviço de Urgência, o que não deixa de ser importante para o nosso estudo na medida em que sendo este serviço a porta sempre aberta para o exterior, há maior probabilidade de contacto com as mulheres vítimas de violência doméstica.

Mais de metade da população atendeu menos de 5 casos de violência doméstica nos últimos 5 anos. Isto poder-se-à dever, entre outros motivos, ao facto de muitas das vítimas se dirigirem ao Hospital com outras queixas consequentes dos maus-tratos e o profissional não a identificou como tal.

De realçar que 27% da população atendeu entre cinco e catorze casos e 9,2% atendeu mais de trinta e cinco casos, com um dos sujeitos a referir ter atendido mais de 1500 casos, o que poderá estar relacionado com o facto de exercer funções paralelas num Gabinete de Medicina Legal.

Quanto aos anos de experiência profissional, a moda situa-se entre os 15 e os 19 anos de serviço, mas existe uma grande percentagem de indivíduos (20,4%) com menos de 5 anos de serviço o que poderá justificar o número de casos de violência doméstica atendidos na medida em que ainda não tiveram tempo para o fazer (a questão referia-se aos últimos 5 anos e muitos deles tinham menos do que isso de tempo de serviço) e também à falta de experiência, que trás associada a perspicácia suficiente para saber detectar estes casos sempre que surgem dissimulados noutras patologias.

A maioria da população estudada não tem filhos, é casada, tem licenciatura, nunca fez formação na área da violência doméstica, mas sente necessidade de a fazer.

Dos profissionais de saúde que participaram no nosso estudo, 57.2% sente-se pouco preparado profissionalmente para lidar com as mulheres vítimas de violência doméstica e 10.5% sente que está nada preparado.

Convém lembrar que quase 77% dos indivíduos sente necessidade de formação na área dos maus-tratos.

Sendo o serviço de urgência um local privilegiado para abordar as mulheres vítimas de violência visto não estar associado a nenhum estigma que ponha em causa o acesso e a

descrição pretendida pela mulher, quisemos saber a opinião dos técnicos sobre a importância de criar no serviço um gabinete de apoio à vítima com uma equipa multidisciplinar.

Mais de 90% dos inquiridos considera importante a criação do gabinete. A maioria da população considera importante que o mesmo funcione com uma equipa multidisciplinar.

Pretendemos usar as conclusões deste trabalho para promover junto do Conselho de Administração a rentabilização do espaço físico já existente no serviço de urgência, alargando a equipa e as funções do mesmo à violência e aos maus-tratos.

As dimensões motivação e preparação dos inquiridos foram estudadas através de duas questões que caracterizam a população relativamente ao grau de motivação e preparação profissional para abordar de forma diferenciada as mulheres vítimas de violência doméstica em que o inquirido se posiciona numa escala de Likert de cinco pontos que vai respectivamente de “nada motivado” a “muitíssimo motivado” e de “nada preparado” a “muitíssimo preparado”.

Ninguém na população dos enfermeiros se posicionou no item nada motivado. Os indivíduos inquiridos no grupo dos médicos posicionaram-se em maior percentagem que os do grupo dos enfermeiros no item pouco motivado. O grupo de enfermeiros está mais motivado que o grupo de médicos.

Cerca de 15% de cada grupo profissional está muito motivado e cerca de 3% de cada grupo está muitíssimo motivado, o que equipara os dois grupos nos níveis superiores de motivação.

Dos profissionais de saúde que participaram no nosso estudo, 32,2% sente-se preparado mas 57,2% sente-se pouco preparado profissionalmente para lidar com as mulheres vítimas de violência doméstica e 10,5% sente que está nada preparado.

Sendo que cerca de 90% dos profissionais de saúde inquiridos não tem nenhum tipo de formação em maus-tratos/violência doméstica e cerca de 77% sente necessidade de fazer esse tipo de formação, faz todo o sentido que mais de metade da população questionada não se sinta preparada profissionalmente para lidar com a violência doméstica praticada sobre as mulheres o que faz prever uma intervenção através de um plano de formação.

No estudo de Valongo (1999), que incide sobre os médicos de família, 42% dos indivíduos indicam a falta de formação como uma barreira à sua intervenção na problemática da violência sobre as mulheres.

Relativamente às hipóteses que colocamos para esta investigação, comecemos por analisá-las individualmente.

Quanto à primeira hipótese – *os profissionais mais preparados para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada são também os mais motivados para o fazer*, tem associado um nível de significância de 0,003 que vem de encontro ao que esperávamos encontrar, ou seja, a motivação tem relação com a preparação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica.

Os resultados obtidos respondem pois ao nosso primeiro objectivo que pretendia averiguar a relação entre as variáveis motivação e preparação indicando-nos que os profissionais de saúde mais preparados são também os mais motivados para a abordagem às vítimas o que mais uma vez confirma a necessidade de uma intervenção a nível da formação na área da violência e dos maus-tratos.

Estudámos os Valores através da Escala de Valores de Violência Doméstica Contra as Mulheres. Neste estudo e nesta escala, interessou-nos saber se a população se posiciona mais nos valores tradicionalistas ou mais nos valores feministas.

Concluímos que a maioria (82,3%) dos inquiridos tem valores tendencialmente feministas. Apesar de 16,4% dos indivíduos de situar numa tendência tradicionalista, nenhum dos inquiridos tem valores tradicionalistas.

No estudo de Valongo (1999) os resultados apontam no mesmo sentido na medida em que 82% dos médicos de família da amostra possui valores com tendência feminista.

Sendo assim, pensamos estar perante uma população com abertura suficiente para aceitar os incentivos à mudança perante a violência contra as mulheres, e que certamente apoiará com agrado as propostas de formação nesta área que possam vir a ser estabelecidas.

A segunda hipótese – *valores dos profissionais de saúde sobre violência doméstica contra as mulheres, têm relação com a motivação para as abordar de forma diferenciada*, foi analisada e concluiu-se que não existe relação entre as variáveis, logo os valores do profissionais de saúde relativamente à violência sobre as mulheres não tem relação com a motivação para lhes fazer uma abordagem diferenciada.

O tratamento estatístico aponta para a inexistência de relação entre as variáveis, o que apesar de contrariar a hipótese colocada, não indo pois de encontro ao esperado, não deixa de ser interessante na medida em que alarga a margem de manobra para quem quiser intervir sobre esta população já que para criar estratégias de incentivo e motivação, não tem de estar preocupado com os valores dos indivíduos sobre violência

doméstica sobre as mulheres mas apenas com as formas de intervir na respectiva motivação.

Fica assim respondido o nosso segundo objectivo que se propunha perceber se existe relação entre os valores e a motivação, no contexto em estudo.

Quanto à terceira hipótese – *a categoria profissional interfere com os valores para uma abordagem diferenciada das mulheres vítimas de violência doméstica*, após a aplicação dos testes, podemos afirmar que a categoria profissional não interfere com os valores para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica apesar de se constatar que o grupo profissional dos enfermeiros possui valores ligeiramente mais feministas, o que pensamos dever-se provavelmente ao referido grupo pertencer a uma faixa etária mais baixa e ser também no grupo etário mais baixo onde há prevalência do sexo feminino.

Após termos testado a hipótese quatro – *os valores dos profissionais de saúde relativamente à violência doméstica contra as mulheres têm relação com o sexo dos inquiridos*, ficámos a perceber que os valores dos profissionais de saúde relativamente à violência doméstica contra as mulheres não têm relação com o sexo dos inquiridos.

Podemos contudo observar uma pequena diferença entre o sexo dos indivíduos da amostra, ou seja, os indivíduos do sexo feminino apresentam um posicionamento ligeiramente mais feminista que apesar de não ter significado estatístico, vem de acordo ao que inicialmente poderíamos pensar quanto à forma como os inquiridos se iriam posicionar por género.

Ficamos contudo agradavelmente surpreendidos por esta hipótese ter sido rejeitada já que implica uma abertura marcada dos valores dos homens quanto à violência exercida sobre as mulheres, apesar de estarmos perante uma população diferenciada no contexto da sociedade em geral.

A quinta hipótese que formulámos – *os profissionais de saúde do sexo feminino estão mais motivados para fazer uma abordagem diferenciada às mulheres vítimas de violência doméstica*, também nos trás uma surpresa agradável já que a mesma não se confirma pela análise estatística. Ser mulher ou homem não interfere com a motivação.

Para fazer uma abordagem diferenciada às mulheres vítimas de violência doméstica no contexto duma relação profissional/utente.

Quanto à sexta hipótese – *a categoria profissional interfere com a motivação para uma abordagem diferenciada das mulheres vítimas de violência doméstica*, podemos afirmar que a categoria profissional não tem interferência com a motivação para uma abordagem diferenciada das mulheres vítimas de violência doméstica, o que faz com

que qualquer intervenção que venha a ser realizada, pode ser planeada de igual forma e em simultâneo para ambas as classes profissionais.

O terceiro objectivo da nossa Investigação pretendia conhecer se a profissão e o sexo têm influência nos valores e na motivação dos profissionais de saúde. Ficámos a saber que a motivação para a abordagem diferenciada às mulheres vítimas de maus-tratos pode ser vista no contexto global dos profissionais já que não depende nem do sexo nem do grupo profissional dos indivíduos da amostra.

Neste trabalho estudámos as estratégias de coping mais usadas pela população inquirida utilizando o Questionário de Estratégias de Coping de Pais-Ribeiro & Santos.

Constatámos pela estatística aplicada ao estudo desta escala, que a população apresenta um nível de coping muito positivo.

As sub-escalas que os inquiridos mais utilizam perante uma situação profissional que lhes causa stresse são o auto-controlo, suporte social e resolução de problemas, o que responde ao quarto objectivo a que nos propusemos em que se pretendia conhecer quais as estratégias que os médicos e enfermeiros mais utilizam para lidar com as situações de maior stresse. Esta informação poderá ser útil numa intervenção concertada que se pretenda fazer no sentido de intervir nos níveis de stresse dos profissionais de saúde.

Os resultados obtidos no estudo da sétima e última hipótese que levantámos – *existe relação entre a estratégia de coping utilizada e a motivação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada*, confirmam que o coping não tem relação com o nível de motivação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada. Como todas as sub-escalas têm níveis de significância superiores a 0,05 podemos afirmar que não há relação da motivação com o tipo de estratégia de coping utilizada.

De acordo com as conclusões que este estudo nos trouxe, podemos considerar que os profissionais de saúde são uma população que está atenta ao grave problema que é a violência praticada sobre as mulheres e que apesar de se sentir motivada para as abordar.

De forma diferenciada no seu local de trabalho, sente que precisa de preparação para o fazer.

Consideramos que o profissionalismo dos enfermeiros e dos médicos é elevado na medida em que conseguem separar os seus valores da motivação para actuar perante as situações de violência sobre as mulheres.

Quanto às situações de stresse vivido em contexto de trabalho, os profissionais apresentam um nível de coping muito positivo mas que ao mesmo tempo não se relaciona com a sua motivação para abordar as vítimas.

12 BREVE PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Perante as conclusões deste estudo que apontam para a necessidade de formação na área da violência e dos maus-tratos sentida pelos profissionais de saúde, delineámos um plano de intervenção que poderá servir como linha de orientação numa primeira fase.

INTERVENÇÃO DIRIGIDA A ENFERMEIROS E MÉDICOS			
DATA	OBJECTIVOS	ACÇÕES	AVALIAÇÃO
1º TRIMETRE DE 2008	Dar a conhecer os resultados deste estudo e realçar a importância dum intervenção concertada	Obter autorização para intervir contactando o Conselho de Administração e os Chefes de Serviço médicos e enfermeiros	
2º TRIMETRE DE 2008	Envolver no projecto outras entidades do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo.	Promover o projecto junto do departamento de Formação e do gabinete de Acção Social.	
3º TRIMETRE DE 2008	Rentabilizar os recursos já existentes e envolver no projecto os profissionais visados.	Reunir uma equipa multidisciplinar. Elaborar planos de formação em parceria com todos os envolvidos e agendá-los.	
4º TRIMETRE DE 2008	Aumentar os índices de Motivação para a abordagem diferenciada às mulheres vítimas de maus-tratos	Promover contactos com outras unidades hospitalares onde o projecto já está implementado e executar os planos de formação agendados	

CONCLUSÃO

Desde que nos propusemos esclarecer a problemática que nos levou a enveredar por esta Investigação, e que se referia à relação entre os valores dos profissionais de saúde e a motivação para abordar as mulheres vítimas de violência doméstica de forma diferenciada, que os nossos conhecimentos e a nossa motivação para aprofundar esta temática têm vindo a aumentar.

O estudo mostra que a relação entre estas duas variáveis não se estabelece, no entanto a nossa amostra apresenta bons índices de motivação associados a uma relevante necessidade de formação e preparação na área dos maus-tratos. A tudo isto os nossos inquiridos acrescentam a necessidade de uma equipa multidisciplinar a trabalhar na retaguarda.

Tal como vimos ao longo deste trabalho, as crenças e as atitudes que se arrastam desde há vários séculos e que desculpabilizam a agressão perpetrada sobre as pessoas do género feminino, não vão mudar em poucos meses ou anos.

Muito se tem feito desde meados do século passado ao ponto de neste momento a sociedade falar abertamente desta problemática e as Instituições se movimentarem para encontrar soluções imediatas e a longo prazo, cada vez mais consistentes, mas os abusos persistem tomando as mais variadas formas.

Aos profissionais de saúde cabe a missão de tratar as lesões físicas e identificar as psicológicas o mais precocemente possível e sempre que com elas se cruzam.

Acreditamos que o maior esclarecimento das mulheres de forma a saberem identificar-se como vítimas de violência e ao mesmo tempo conhecerem os apoios que têm ao seu dispor, levará à interrupção cada vez mais precoce do ciclo de violência exercido sobre si própria e sobre os que com ela coabitam, como por exemplo os filhos ou os idosos a seu cargo.

Com este trabalho pensamos trazer bons contributos para as mulheres usando um veículo intermediário que são os enfermeiros e os médicos.

Pensamos pois, que a aposta na preparação destes profissionais através de programas de formação e no intercâmbio com outras instituições onde já estão implementadas medidas já testadas como sendo eficazes, serão uma mais valia para um futuro que cremos estar muito próximo.

Enquanto aplicámos os instrumentos de recolha de dados para esta Investigação, sentimos ter exercido um efeito pedagógico sobre os profissionais da amostra, não só pelos comentários que fizeram relativos ao facto de terem reflectido sobre o assunto de forma sistemática, como pelas atitudes mais empáticas, mais preocupadas e de maior respeito que têm vindo a demonstrar para com as vítimas a partir daí.

Este é pois um grave problema de saúde pública que exige grandes medidas de intervenção que envolvem praticamente todas as Instituições e diversos grupos profissionais. É preciso envolver hospitais, centros de saúde, escolas, câmaras municipais, tribunais, casas de abrigo, famílias, psicólogos, assistentes sociais, juristas, professores, enfim, os governantes e a sociedade em geral.

Tem sido nosso objectivo centrarmo-nos na Instituição onde decorreu o estudo e procurar soluções lá para dentro já que nada existia no momento em que identificámos a área problemática que envolveu a Investigação.

Não pretendemos vir a impor estratégias mas sim auscultar e partilhar com os profissionais a forma mais adequada de intervenção a nível de formação sobre maus-tratos e violência doméstica.

Continuamos atentos a todos os estudos que de forma científica vêm analisando as questões relativas à violência e aos maus-tratos, e aos contributos que possam trazer à intervenção que pretendemos efectuar junto dos profissionais de saúde da instituição sobre a qual este estudo se debruça.

Cada vez mais as mulheres têm de ver nos técnicos de saúde um suporte para o seu problema, uma porta que conduz a alternativas e não um dedo acusador ou um olhar indiferente que se recusa a interpretar as mensagens que a mulher envia nas entrelinhas.

Enquanto antes deste estudo observávamos a indiferença dos técnicos a estas mulheres e por trás faziam-se comentários pouco abonadores da humanização e da atitude assertiva e empática esperada de pessoas com esta formação, agora observamos preocupação, respeito e procura de soluções mesmo sabendo que elas não existem ali à mão.

Se não fosse a nossa insaciável vontade de operar mudança efectiva e consistente, só por isso este estudo já teria valido a pena.

Num contexto muito generalizado, propusemos um plano de intervenção muito alargado que pode servir como linha de orientação para o começo de uma intervenção mais formal e mais organizada (capítulo anterior).

Importa dizer que enriquecemos em muito os nossos saberes no âmbito da disciplina de Psicologia da Saúde no seu sistemático envolvimento com todas as questões ligadas à

promoção da saúde e do bem-estar das pessoas em geral e, neste caso, das mulheres em particular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÃO, M. (2006). *(Des)equilíbrios Familiares*. 3ª Edição, Coimbra: Quarteto.
- ALVES, A. et al, (1998). *O enfermeiro como advogado do doente: uma dimensão da relação de ajuda*. Nursing, nº 127, Novembro (P.17-22).
- AMÂNCIO, L. (2001). *O Género na Psicologia: uma história de desencontros e rupturas*. Psicologia, Vol.XV (1), (P.9-26).
- AMARO, H. J. F.; JESUS, S. N. (2005). *Comportamentos Assertivos – Um estudo Exploratório*. Nursing, nº 199, Maio (P.24-28).
- ANAUT, M. (2005). *a resiliência – ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- ANDRADE, J. V. (1992). *Os valores na formação pessoal e social*. Lisboa: texto editora.
- ANSON, O. & Sagy, S. (1995). Marital violence: Comparing women in violent and nonviolent unions. *Human Relations*, 48, 285-305.
- ARCHER, J. & HAIGT, A. (1996). Do beliefs about aggressive feelings and actions predict reported levels of aggression? *British Journal of Social Psychology*, 35, 1-23.
- BOTEQUILHA, H. & SILVA, I. M. (2007). *As novas escravas*”. Visão nº730, 1 de Março (P.100-110).
- BRANCO, A. V. (2004). *Auto-motivação*. Coimbra: Quarteto Editora.
- BUSS, D. M., LARSEN, R. J., WESTEN, D., & SEMMELROTH, J. - *Sex differences in jealousy: Evolution, physiology, and psychology*. *Psychology Science*, 3, 251-255.
- CANÁRIO, R. (2003) *Formação e Mudança no Campo da Saúde*. M. Estrela&A. Estrela (Eds) *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora (119-146).
- CARMO, H.; FERREIRA, M. M. (1998). *Metodologia de investigação: guia para auto – aprendizagem*, Lisboa, Universidade Aberta.
- CASTRO, C. et al (2002). *Saber escutar para saber cuidar*. Nursing, Nº162, Janeiro (P.20-23).
- CHALIFOUR, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmieres. Une perspective holistique-humaniste*. Paris: Editions Lamarre.
- CHIAVENATO, I. (1980). *Introdução à Teoria Geral da Administração*, – 2ª ed, Brasil, Mc GraW-Hill Lda.

- CIRCULO DE LEITORES (2002). *Nova Enciclopédia Larousse* – Rio de Mouro: Printer Portuguesa, Ind. Gráfica, Lda.
- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS, (1996). *Relatório anual da Comissão. Igualdade de oportunidades entre mulheres e homens na União Europeia*. Bruxelas.
- DANZIGER, C. (2002). *Violência das Famílias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- DIAS, I. (2004). *Violência na Família – Uma Abordagem Sociológica*. Porto: Edições Afrontamento.
- DIAS, I. (2004). *A Violência sobre as mulheres e os idosos*”. *Psychologica*, N° 36, (P.33-61).
- DUARTE, A. P. & LIMA, M. L. (2006) *Prevalência da violência física e psicológica nas relações de namoro de jovens estudantes portugueses*. *Psychologica* n° 43, (P.105-124).
- FARIA, M.C. (2003). *Educação para a saúde no ensino superior – presentes no futuro*, *Ler educação*, n°3, 2ª série, Dez.
- FACHADA, M. O. (2003). *Psicologia das Relações Interpessoais, 1º e 2º Vol*. Camarate: Rumo.
- FARRINGTON, D. P. (2000). *A predição da violência no adulto: Violência documentada em registos oficiais e violência referida pelo próprio indivíduo*. *Psychologica*, N° 24, (P.55-76).
- FLEM-OLENDER, L. (2002). *De Édipo a Fígaro: uma encenação do incesto, – Violência das Famílias*. Lisboa: Climepsi Editores, (P. 19-32).
- FONSECA, A. C. (2000). *Problemas de oposição e desafio em crianças: Suas características e sua evolução*. *Psychologica*, N° 24, (P.77-99).
- FONSECA, M. I. C. C. (1998/1999). *Técnicos de Saúde, Violência Domestica Contra As Mulheres: Que Valores?* Lisboa: Tese de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- FRAZER-ROBINSON, J. (2000). *Dominar a Motivação*. Queluz de Baixo: Edições Expansão Económica, Lda.
- GARCIA, I.S. et al – *Resiliência – Pesquisa google* (26-11-2005)
- GEADA, M. (1996). *Mecanismos de defesa e de coping e níveis de saúde em adultos*. *Análise Psicológica* N° 2-3 (XIV), (P. 191-201).
- GIL, A. C. (1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 2ª Ed. S. Paulo: Atlas S. A.
- GONÇALVES, M. et al. (2005). *Avaliação Psicológica – Volume II*. Coimbra: Quarteto Editora.

- GONÇALVES, M. J. (2003). *Aumentar a resiliência das crianças vítimas de violência*, *Análise Psicológica* 1 (XXI): 23-30.
- GONÇALVES, R. A.; MACHADO, C. (2002). *Violência e Vitimas de Crimes*, Vol. 1 - Adultos. Coimbra: Quarteto Editora.
- HILL, M. M. & HILL, A. (2002). *Investigação por Questionário*. 2ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- HIRIGOYEN, M. (1999). *Assédio, Coacção e Violência no Quotidiano*. Lisboa: Editora Pergaminho, Lda.
- HIRIGOYEN, M. (2002). *O Assédio no Trabalho*. Cascais: Editora Pergaminho, Lda.
- HOFF, L. A. (1990). *Battered Women as Survivors*. London and New York: Routledge.
- JESUS, S. N. (2004/2005). *Apontamentos das aulas de mestrado em psicologia na área de especialização em psicologia da saúde*, Beja.
- JESUS, S. N. (2001). *Como prevenir e resolver o stress dos professores e a indisciplina dos alunos?* Porto: Asa Editores, Fev.
- JESUS, S. N. (2001). *Factores de Mal e de Bem-Estar em Profissionais de Educação e de Saúde*. Faro: Fundação para o Desenvolvimento da Universidade do Algarve.
- JESUS, S. N. (2000). *Motivação e formação de professores*. Coimbra: Quarteto Editora.
- JESUS, S. N. (2002). *Perspectivas para o bem-estar docente*. Porto: Asa Editores, Maio.
- JESUS, S. N. (2004). *Psicologia da Educação*. Coimbra: Quarteto Editora.
- JESUS, S.; COSTA, M. (1998). *Stress*, Instituto de Clínica Geral da Zona Centro, Novembro.
- KOZIER, B., et al. (1995). *Conceptos y temas en la plática de la enfermería*. 2ªEd. Madrid: Interamerica – Mcgraw-Hill.
- KIRKWOOD, C. (1993). *Leaving Abusive Partners. From the Scars of Survival to the Wisdom for Change*. London: Sage Publications.
- LAZURE, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*, Lisboa: Lusodidatica.
- LEAL, I. (2006). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*, Coimbra: Quarteto Editora.
- LEAL, M. F. (1998). *Stress e Burnout*, Porto: medi Bial.
- LLOYD, S. L. (1993). *Desenvolvimento em Assertividade*, Lisboa: Monitor Projectos e Edições Lda.
- LOURENÇO, N. et al. (1997). *Violência Contra as Mulheres*, Lisboa: Edição para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, Minerva do Comércio.
- MACHADO, C. (2005). *Violência nas famílias portuguesas: um estudo representativo na região Norte*, *Psychologica*, Nº 40.

- MATOS, M. G. (2004). *Psicologia da saúde, saúde pública e saúde Internacional* Análise psicológica 3 (XXII): 3:449-462.
- MATOS, M. & GONÇALVES, M. (2002). *Espaços identitários na vitimação conjugal: Da narrativa problemática à narrativa preferencial*. *Psychologica*, Nº 29, (P.53-70).
- MATOS, M. A. V. (2006). *Violência nas relações de intimidade: Estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher*. Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia.
- McINTYRE, T. et al. (1999). *Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros*. *Análise Psicológica* Nº3 (XVII), (P. 513-527).
- MONTEIRO, F. J. (2000). *Mulheres Agredidas pelos Maridos: De Vítimas a Sobreviventes*, Lisboa: Gráfica.
- MOTA, C. P. & MATOS, P. M. (2006). *Coping Across Situations Questionnaire – CASQ numa amostra de adolescentes portuguesas*. *Psychologica* nº 43, (P.211-226).
- NEVES, S. & NOGUEIRA, C. (2004). *Terapias feministas, intervenção psicológica e violências na intimidade: Uma leitura feminista crítica*. *Psychologica* nº36, (P.15-32).
- NUNES, L. (2002). *Competências Morais no Exercício de Enfermagem – “Cinco Estrelas”*. *Nursing*, nº 171, Novembro (P.8-11).
- OGDEN, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- PAIS, E. (1998). *Homicídio Conjugal em Portugal*. Lisboa: Hugin.
- PAIS, E. (2006). *Workshop Violência Doméstica: Intervir de Forma Integrada*, Lisboa.
- PAIS-RIBEIRO, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*, Coimbra:Quarteto, 1.^a edição, Março.
- PAIS-RIBEIRO, J. L. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. 1.^a edição, Lisboa: Climepsi Editores.
- PAIS-RIBEIRO, J. L. & SANTOS, C. (2001). *Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portuguesas; Análise Psicológica* nº 4 (XIX), (P. 491-502).
- PAIVA, C. & FIGUEIREDO, B. (2004). *Abuso no relacionamento íntimo: Estudo de prevalência em jovens adultos portuguesas*. *Psychologica* nº 36, (P.75-107).
- PAIVA, C. & FIGUEIREDO, B. (2006). *Factores de risco de abuso no relacionamento íntimo: Estudo de validação da versão portuguesa do questionário Personal and Relationships Profile*. *Psychologica*. Nº 42, (P.185-212).
- PEREIRA, Â., MATOS, M. & MACHADO, C. (2006). *Violência sexual na conjugalidade: Um estudo exploratório sobre as narrativas da vítima*. *Psychologica* nº 41, (P.119-150).

- PESTANA, M.H; GAGEIRO, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*, 4ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- PINA, D. (2006). *Mulheres Maltratadas até à Morte*. - Algarve Mais, nº 147, Maio (P.42-45).
- PINTO, A. et al (2005). *Stresse e bem-estar*. Lisboa: Climepsi Editores.
- PINTO, S. et al (2005). *Cuidar com dignidade*. Nursing, nº 197, Março (P.20-26).
- GABRIELLE POESCHL G. et al (2003). *As diferenças entre os sexos: Mito ou realidade?* *Análise Psicológica*, 2 (XXI): 213-228.
- QUEIRÓS, A. A. (2001). *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- RAMOS, N. (2004), *Psicologia Clínica e da Saúde*, Lisboa, Universidade Aberta.
- ROSA, L. (1994). *Cultura Empresarial – Motivação e liderança*, 1ªed Lisboa, editorial Presença.
- SANTOS, P. (2002). *Psicologia da saúde-que contributos para a enfermagem?*. Nursing, Nº171, Novembro (P.23-24).
- SEABRA, A. (2007). *Informações, trabalhos e relatórios sobre a actividade do Grupo da Violência e dos Maus-Tratos*: Torres Vedras.
- SILVA, L. F. (1995). *Entre Marido e Mulher Alguém Meta a Colher*, À Bolina, Editores Livreiros, Lda.
- SIMÕES, M. et al, (1999). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal – Volume II*. Braga: SHO.
- SOUSA, M. (2004). *Violência contra mulheres*; Lisboa, Revista MdM Médicos do Mundo, nº8 Fevereiro.
- STOYANOVA, E. (2003). *O Diário do Medo*. Lisboa: Editorial Presença.
- TATE, P. (2004). *Guia Prático Climepsi da Comunicação Médico-Doente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- TEIXEIRA, J. (cad). (2000) *Actas III Conferência Psicologia Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: ISPA, 129-148.
- TEIXEIRA, J. A. C. (2004). *Psicologia da Saúde* *Análise Psicológica* 3 (XXII), 441-448.
- TREMBLAY, R. E. et al (2000). *Em busca da idade do inicio da agressão física: Rousseau e Bandura revisitados*. *Psychologica*, Nº 24, 101-117.
- TRIVINOS, A. (1995). *A pesquisa qualitativa em educação*.4ªed.S.Paulo:Editora Atlas.

VALONGO, M. I. P. F. S. (1998/1999). *Violência Domestica Contra as Mulheres: Valores e Atitudes dos Médicos de Família*. Lisboa. Tese de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

VAZ-SERRA, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.

VAZ-SERRA, A. (2003). *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA (2004). *Morando com o inimigo*; Lisboa, Revista Dinheiro & Direitos; nº 63, Maio/Junho 34-35.

<http://www.apav.pt>

http://www.apav.pt/pdf/totais_nacionais_2005.pdf

<http://www.amcv.org.pt/homemain.aspx>

<http://www.mai.gov.pt>

<http://www.unicef.pt/pesquisa>

<http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101114&m=5&sid=1810111414&cid=2301>

<http://www.sp-ps.com/regulamento.html> <http://www.portugaldiario.iol.pt>

<http://www.cig.gov.pt>

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413->

[294X2003000300010&script=sciarttex&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2003000300010&script=sciarttex&lng=pt)

<http://www.scielo.oces.mctes.pt/>

<http://www.scielo.org/index.phg?lang=pt>

<http://www.sbvitimologia.org/artigos12.html>

<http://www.rainn.org/statistics/index.html> aceso em 13-10-2007

<http://www.geocities.com/projetopiracema/ViolenciaArtigosTudo/Traducao/Rainn1.htm>

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000298/index.shtml>

http://www.policiajudiciaria.pt/htm/dados_estat/crimes_pessoas.htm

<http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/cvict.htm>

<http://www.gddc.pt/direitos-humanos/sist-europeu-dh/cons-europa-historia.html>

<http://www.gddc.pt/direitoshumanos/textosinternacionais-dh/tidhuniversais/cidh.html>

<http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/dm-conv-edcmulheres.html>

<http://www.gddc.pt/direitoshumanos/paginaAFichas.html>

<http://www.gddc.pt/apresentacao/contactos.html>

<http://www.amnistia-internacional.pt/dmdocuments/DUDH.doc>

http://www.amnistia-internacional.pt/dmdocuments/Relatorio_das_Mulheres.pdf

- <http://www.amnistia-internacional.pt/agir/campanhas/violencia/comunicado.php>
- <http://www.sas.ualg.pt/sasgpap/esociais.htm>
- <http://www.duluth-model.org>
- http://www.presidencia.pt/archive/doc/roteiroinclusao2_diagnostico.pdf
- <http://portal.isiknowledge.com/portal.cgi/>
- <http://mulher.sapo.pt>
- <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- <http://www.ordemosmedicos.pt>
- <http://www.sep.org.pt>
- <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A6-2007-0147+0+DOC+XML+V0//EN&language=EN>
- http://ec.europa.eu/justice_home/funding/2004_2007/daphne/funding_daphne_en.htm
- <http://www.vencer.com.br/eartigos>
- <http://www.correioanha.pt/noticia.asp?id=260042&idselect=9&idCanal=9&p=200>
- http://diariodigital.sapo.pt/news.asp?id_news=306267

ANEXOS

ANEXO I – INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Caros Médicos e Enfermeiros do
Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, EPE

Maria Paula Pelúcia Canelas, Licenciada em Enfermagem, a exercer funções no Serviço de Urgência, está a frequentar o Mestrado em Psicologia na área de especialização de Psicologia da Saúde, a decorrer na Escola Superior de Educação de Beja / Universidade do Algarve, pretende realizar como Dissertação de Mestrado um estudo sobre a

“Violência Doméstica Contra as Mulheres: Relação entre os valores dos profissionais de saúde e a motivação para fazer uma abordagem diferenciada às vítimas”

Nessa perspectiva solicita a sua colaboração no preenchimento deste questionário. As respostas são estritamente confidenciais, por isso agradece que não assine ou identifique o presente documento.

Leia com atenção todas as opções, e escolha aquela (s) que lhe parece (m) mais adequada (s).

Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Atenciosamente

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

1ª PARTE

1 - Grupo etário:

- 1) 22-30 anos..... 2) 31-40 Anos
3) 41-50 Anos..... 4) 51-60 anos.....
5) >60anos.....

2 – Sexo:.....Masculino
Feminino

3 - Estado Civil:

- 1) Solteiro/a.....
2) Casada/o
3) União de facto.....
4) Divorciada/o; separada/o.....
5) Viúvo/a.....

4 – Nº de filhos _____

5 – Nacionalidade: _____

6 – Grau académico ● Bacharelato
 ● Licenciatura
 ● Mestrado
 ● Doutoramento

7 – Profissão: ● Médico Especialidade _____
 ● Enfermeiro Especialidade _____

8 – Serviço (s) onde exerce funções: _____

9 – Anos de experiência profissional: _____

10 – Religião: _____

11 – Já fez algum tipo de formação na área dos maus-tratos/violência doméstica? Sim
Não

12 – Sente que precisa de formação específica para lidar com vítimas de violência doméstica? Sim
Não

13- Nos últimos cinco anos da sua actividade profissional quantos casos enquadra na área dos maus-tratos/violência doméstica? _____

14 – Considera importante a criação de um gabinete de apoio a vítimas de violência doméstica no Hospital José Joaquim Fernandes? Sim
Não

Porquê? _____

Outras observações:

2ª PARTE

1-Expresse, através da escala que se segue, o seu grau de motivação para abordar, de forma diferenciada, uma mulher vítima de violência doméstica que lhe surja para atendimento em consulta/urgência/internamento:

- 1 – Nada motivado
- 2 – Pouco motivado
- 3 – Motivado
- 4 – Muito motivado
- 5 – MUITÍSSIMO motivado

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

2 – Expresse, através da escala que se segue, o seu grau de preparação profissional para lidar com os casos de mulheres vítimas de violência doméstica:

- 1 – Nada preparado
- 2 – Pouco preparado
- 3 – Preparado
- 4 – Muito preparado
- 5 – MUITÍSSIMO preparado

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

3ª PARTE

ESCALA DE VALORES DE VIOLENCIA DOMESTICA CONTRA AS MULHERES (Profª Lee Ann Hoff, 1990)

Seguem-se várias afirmações que se encontram relacionadas com as representações, ideias e valores que surgem na sociedade sobre as mulheres e os homens, bem como, valores de violência doméstica contra as mulheres. Expresse o seu grau de concordância relativamente a cada uma delas assinalando com uma cruz (X) a que mais se aproxima da sua opinião. Para isso, utilize a escala apresentada de seguida.

Concordo totalmente	Concordo	Não sei, não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
1	2	3	4	5

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1 – O lugar da mulher é em casa com os filhos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 – Uma mulher só deve trabalhar fora de casa se for financeiramente necessário. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 – A mulher é o coração da casa e o homem a cabeça. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 – A mulher deve ter as mesmas oportunidades no trabalho que o homem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 – Se o pai e a mãe discordam em relação ao dinheiro, à disciplina das crianças ou outras coisas, o homem deve ter a última palavra. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 – A maior parte dos homens não assume as suas responsabilidades na educação das crianças, tarefas domésticas, etc. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 – Se um homem e uma mulher discordam acerca de dinheiro, da disciplina das crianças, etc., devem chegar a uma solução de comum acordo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 – As ideias actuais acerca da emancipação da mulher, são responsáveis por muitos dos problemas entre os casais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 – A casa de um homem é o seu reino. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 – As mulheres casadas estão em melhor situação se forem economicamente independentes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Concordo totalmente	Concordo	Não sei, não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
1	2	3	4	5

11 – Entre marido e mulher ninguém mete a colher.	1	2	3	4	5
12 – Poupar na tarefa é estragar a criança.	1	2	3	4	5
13 – Os homens batem nas mulheres porque elas os provocam.	1	2	3	4	5
14 – As mulheres têm que permanecer ao lado dos homens , ainda que estes sejam violentos, por causa das crianças.	1	2	3	4	5
15 – Um homem não deve nunca bater numa mulher independentemente do que ela possa fazer para o provocar.	1	2	3	4	5
16 – É aceitável uma mulher esbofetear um homem se este a insultar.	1	2	3	4	5
17 – Provavelmente as mulheres não apanhavam se tivessem mais respeito pelos homens.	1	2	3	4	5
18 – Por mais que uma mulher se esforce, é quase impossível agradar a um homem.	1	2	3	4	5
19 – É inevitável um certo grau de violência entre homens e mulheres.	1	2	3	4	5
20 – Se um homem bate numa mulher, é porque não se consegue controlar e, por isso, deve ser perdoado.	1	2	3	4	5
21 – Por mais que um homem se esforce, é quase impossível agradar a uma mulher.	1	2	3	4	5
22 – Os homens que batem nas suas mulheres devem ser legalmente responsabilizados.	1	2	3	4	5
23 – Os homens que batem nas suas mulheres não estão no seu juízo perfeito.	1	2	3	4	5
24 – As mulheres permanecem nas relações violentas porque são demasiado cobardes para sair.	1	2	3	4	5
25 – As mulheres permanecem em relações violentas porque acreditam que o seu homem poderá mudar.	1	2	3	4	5

Concordo totalmente	Concordo	Não sei, não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
1	2	3	4	5

26 – As mulheres permanecem em relações violentas devido a dificuldades económicas.	1	2	3	4	5
27 – As mulheres permanecem nas relações violentas porque acreditam que é preferível uma relação violenta a não ter nenhuma.	1	2	3	4	5
28 – As mulheres deixam as relações violentas quando sentem as suas vidas seriamente ameaçadas.	1	2	3	4	5
29 – As mulheres permanecem em relações violentas porque, normalmente, não têm mais nenhum sitio para onde ir.	1	2	3	4	5
30 – O casamento é normalmente um melhor negócio para os homens que para as mulheres.	1	2	3	4	5
31 – Se os homens gostassem mais das mulheres haveria provavelmente menos violência entre eles.	1	2	3	4	5
32 – Dentro de dez anos haverá efeitos negativos na família.	1	2	3	4	5
33 – Deveria existir um maior apoio do estado às mulheres vítimas e às suas crianças.	1	2	3	4	5
34 – Deveriam existir leis mais severas para proteger as mulheres que são agredidas ou ameaçadas.	1	2	3	4	5
35 – As mulheres são vítimas de agressão devido às ideias antiquadas acerca dos homens e das mulheres.	1	2	3	4	5
36 – É da natureza dos homens serem agressivos e, por vezes, violentos.	1	2	3	4	5
37 – É da natureza das mulheres serem mais meigas do que os homens.	1	2	3	4	5
38 – Normalmente as mulheres só são violentas em auto defesa.	1	2	3	4	5
39 – Um verdadeiro homem não bate na mulher.	1	2	3	4	5

Concordo totalmente	Concordo	Não sei, não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
1	2	3	4	5

40 – Uma mulher não se realiza completamente sem uma relação íntima com um homem.	1	2	3	4	5
41 – Uma mulher não se realiza completamente se não tiver filhos.	1	2	3	4	5
42 - O mais importante na vida de uma mulher é o marido e os filhos.	1	2	3	4	5
43 – Um homem não se realiza completamente se não tiver filhos.	1	2	3	4	5
44 – O mais importante na vida de um homem é a mulher e os filhos.	1	2	3	4	5
45 – É muito importante para um homem ter um emprego bem pago ou outras fontes de rendimento regulares.	1	2	3	4	5
46 – É muito importante para uma mulher ter um emprego bem pago ou outras fontes de rendimento regulares.	1	2	3	4	5
47 – Nada pode ser realmente feito para impedir os homens de serem violentos. Por isso, as mulheres que estão sujeitas às suas agressões, apenas têm de fazer o melhor que puderem para se ajudarem a elas próprias.	1	2	3	4	5
48 – Se não fosse a bebida, não haveriam tantos problemas de violência contra as mulheres.	1	2	3	4	5
49 – A maior parte da violência doméstica ocorre nas minorias raciais e, pobres e desempregados.	1	2	3	4	5
50 – As mulheres vítimas de violência doméstica são pouco apoiadas pelos médicos, advogados e igreja.	1	2	3	4	5
51 – Se as mulheres se unissem mais, provavelmente, existiriam menos mulheres vítimas de violência doméstica.	1	2	3	4	5
52 – Quase tudo, até mesmo a violência, será melhor do que viver sozinho.	1	2	3	4	5

Concordo totalmente	Concordo	Não sei, não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
1	2	3	4	5

53 – Uma mulher poderá ter de ser desleal com a família no sentido de se proteger de maus tratos físicos.

1 2 3 4 5

54 – O abuso psicológico de mulheres pode ser ainda pior que o abuso físico.

1 2 3 4 5

4ª PARTE

QUESTIONÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING

(Adaptação de C. Santos & J. Ribeiro, 1998)

Por uns momentos concentre-se e pense na situação de maior stress que experienciou recentemente na sua vida profissional.

Por situação «stressante» entendemos qualquer situação que foi difícil ou problemática para si, quer porque você se sentiu angustiado pelo facto daquela situação ter acontecido, quer porque se esforçou consideravelmente para lidar com a mesma.

A seguir vai encontrar um conjunto de afirmações que se referem a várias estratégias utilizadas para lidar com situações de stress.

Pensando na forma como lidou com a situação de stress que viveu, assinale a frequência com que utilizou cada uma das estratégias indicadas, de acordo com a seguinte escala:

0 - Nunca usei

1 - Usei de alguma forma

2 - Usei algumas vezes

3 - Usei muitas vezes

1	Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir – no próximo passo	0	1	2	3
2	Fiz algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa	0	1	2	3
3	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião	0	1	2	3
4	Falei com alguém para saber mais sobre a situação	0	1	2	3
5	Critiquei-me ou analisei-me a mim próprio	0	1	2	3
6	Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma	0	1	2	3
7	Esperei que acontecesse um milagre	0	1	2	3
8	Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido	0	1	2	3
9	Tentei guardar para mim próprio o que estava a sentir	0	1	2	3
10	Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema	0	1	2	3
11	Exprimi a minha zanga à (s) pessoa (s) que me causou (aram) o problema	0	1	2	3
12	Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo	0	1	2	3
13	Eu estava inspirado em fazer algo criativo	0	1	2	3
14	Tentei esquecer tudo	0	1	2	3
15	Procurei ajuda de um profissional	0	1	2	3
16	Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva	0	1	2	3
17	Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação	0	1	2	3
18	Construí um plano de acção e segui-o	0	1	2	3
19	Consegui mostrar o que sentia	0	1	2	3
20	Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos	0	1	2	3

21	Sai desta experiência melhor do que estava antes	0	1	2	3
22	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema	0	1	2	3
23	Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc.	0	1	2	3
24	Fiz algo muito arriscado	0	1	2	3
25	Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso	0	1	2	3
26	Encontrei nova esperança	0	1	2	3
27	Redescobri o que é importante na vida	0	1	2	3
28	Mudei algo para que as coisas corressem bem	0	1	2	3
29	Evitei estar com as pessoas em geral	0	1	2	3
30	Não deixei que a situação me afectasse; recusei-me a pensar demasiado sobre o problema	0	1	2	3
31	Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito	0	1	2	3
32	Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação	0	1	2	3
33	Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério	0	1	2	3
34	Falei com alguém sobre como me estava a sentir	0	1	2	3
35	Mantive a minha posição e lutei pelo que queria	0	1	2	3
36	Passei o problema para os outros	0	1	2	3
37	Aproveitei as minhas experiências passadas; já estive envolvido em situações semelhantes	0	1	2	3
38	Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem	0	1	2	3
39	Recusei acreditar que a situação tinha acontecido	0	1	2	3
40	Prometi a mim próprio que as coisas para a próxima seriam diferentes	0	1	2	3
41	Criei várias soluções diferentes para o problema	0	1	2	3
42	Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas	0	1	2	3
43	Mudei alguma coisa em mim próprio	0	1	2	3
44	Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse	0	1	2	3
45	Desejei que as coisas voltassem atrás	0	1	2	3
46	Rezei	0	1	2	3
47	Pensei para mim próprio naquilo que iria dizer ou fazer	0	1	2	3
48	Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a com modelo	0	1	2	3

Obrigada pela sua colaboração.

ANEXO II – Solicitação de Autorização para recolha de amostra

Exmo. Sr. Presidente

Do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, EPE

Assunto: Pedido de autorização para passagem de Questionário no âmbito de Dissertação de Mestrado.

Maria Paula Pelúcia Canelas, Enfermeira Graduada, exercendo funções no Hospital José Joaquim Fernandes de Beja – Serviço de Urgência, e no âmbito do Mestrado em Psicologia, na área de Psicologia da Saúde, a decorrer na Escola Superior de Educação de Beja / Universidade do Algarve, pretende realizar como Dissertação de Mestrado um estudo para avaliar relação entre os valores dos profissionais de saúde relativamente às mulheres vítimas de violência doméstica e a motivação para fazer uma abordagem diferenciada às vítimas.

O objectivo é avaliar se os enfermeiros e os médicos estão de alguma forma motivados para atender de forma diferenciada as mulheres vítimas de violência doméstica, se os seus valores interferem na motivação e até que ponto será necessário estruturar formação nesta área. Ficaremos ainda a saber que estratégias os inquiridos usam para responder a situações por si consideradas de extremo stresse.

Trata-se de um estudo do tipo quantitativo, efectuando para tal, um estudo exploratório, descritivo e correlacional através de um questionário anónimo e confidencial, pelo que venho por este meio, solicitar a autorização para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados em anexo, aos enfermeiros e médicos desta Instituição.

Agradeço antecipadamente a vossa atenção.

Com os nossos melhores cumprimentos.

Beja, 25 de Janeiro de 2007

Maria Paula Pelúcia Canelas

pkanelas@gmail.com

ANEXO III – Autorização de utilização dos instrumentos pelo Conselho de
Administração do Hospital

Exma. Senhora

Enf^a. Paula Canelas

Em resposta ao solicitado em 25-01-07, sobre a aplicação de um questionário aos médicos e enfermeiros deste Hospital, informamos V. Ex^a. que o Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E., na sua reunião de 30-01-07, autorizou a realização do mesmo.

Com os melhores cumprimentos

O Secretariado

Helena Rosa

Helena Rosa - CHBA <helena.rosa@chba.min-saude.pt>

ANEXO IV – Autorização de utilização dos instrumentos pelos autores

Cara Paula,

Claro que pode usar a escala.

Quanto à referência de onde foi feita a tradução, a escala foi traduzida a partir de um instrumento realizado por Lee Ann Hoff (1990) a partir do seu livro *Battered Women as Survivors*: Routledge: London.

Com os melhores cumprimentos,

Susana Maria

Susana G. Maria Susana.Maria@ispa.pt

16/02/2007 11:20

Autorizo a utilização da versão portuguesa por mim estudada.

Anexo o texto com a escala e cotação.

José Luis Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone-(351) 965045590

<http://paisribeiro.googlepages.com/home>

13/02/2007 09:16