

Violência conjugal – o papel do médico de família

AMÁLIA SILVA NUNES*

RESUMO

A violência conjugal pode definir-se como a violência que ocorre numa relação íntima, exercida por um dos parceiros sobre o outro com o fim de o controlar e dominar. Decorre no quadro de relações actuais ou passadas, hetero ou homossexuais; desenvolve-se na maioria dos casos em relações heterossexuais sendo a vítima do sexo feminino. É um problema social complexo e com importantes consequências ao nível da saúde das vítimas.

Este trabalho de síntese tem por objectivos fornecer alguma informação sobre a realidade da violência conjugal – conceito, tipos de violência, epidemiologia, consequências sobre a saúde das vítimas – e apontar sugestões de actuação médica em presença desta forma de violência, na prevenção primária e na detecção e acompanhamento das situações.

Foi feita uma revisão de publicações – artigos de revistas médicas, publicações de organismos com trabalho desenvolvido nesta área, livros e material disponível na internet – correspondentes ao período de 1997 a 2002. O trabalho inclui ainda conclusões da discussão de um grupo de profissionais de saúde e de organizações vocacionadas para o trabalho com esta problemática integrados no Projecto Daphe da Comunidade Europeia

Palavras chave: Violência Conjugal; Violência Familiar; Violência Doméstica; Agressores.

estão particularmente bem colocados para a detecção desta forma de violência e para o acompanhamento das mulheres por ela abrangidas.

O presente artigo inclui os resultados da revisão bibliográfica de publicações de 1997 e 2002 – artigos médicos, livros, relatórios oficiais ou de associações médicas – e algumas conclusões da reflexão de um grupo de profissionais médicos e de elementos de associações envolvidas na luta contra esta violência integrados no Projecto Daphne. Este projecto decorre no âmbito da Iniciativa Daphne da União Europeia, destinada a apoiar trabalhos desenvolvidos na luta contra a violência exercida sobre mulheres, crianças e adolescentes e abrange representantes de cinco países europeus – Bélgica, Espanha, França, Itália e Portugal. O seu trabalho nos três últimos anos incluiu a criação de um *site* para profissionais de saúde fornecendo informação na área da violência conjugal (www.sivic.org) e o desenvolvimento de uma rede vigilância sentinela sobre práticas médicas em situações deste tipo.

Os objectivos deste artigo são os de fornecer informação sobre características da violência conjugal, indicadores de suspeição, consequências da mesma para a saúde das vítimas e de apresentar aos médicos de família sugestões de actuação profissional em situações marcadas por esta forma particular de violência.

INTRODUÇÃO

Pela ocorrência em espaço privado, íntimo, a violência conjugal é uma realidade de visibilidade nem sempre fácil¹ mas de dimensões preocupantes^{1,2}.

Por atingir uma proporção significativamente maior de mulheres a violência conjugal pode considerar-se uma violência de género; as consequências sobre a saúde de uma faixa importante da população e os gastos com os cuidados médicos que aquelas acarretam fazem deste tipo de violência um importante problema de saúde pública^{3,4} apelando á intervenção dos profissionais de saúde. Pelas características da sua especialidade os médicos de família

*Assistente Graduada de Clínica Geral Representante do Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de Lisboa no Projecto Daphne Centro de Saúde de Sete Rios

O CONCEITO

Pode definir-se a violência conjugal como um processo em que, numa relação de casal, se verifica a utilização por parte de um dos parceiros da força ou constrangimento para promover ou perpetuar uma relação de domínio. Utilizados muitas vezes como sinónimos os termos violência conjugal ou violência doméstica descrevem «um *continuum* de comportamento que vai da agressão verbal, ameaça, intimidação ou comportamento manipulador ao abuso físico ou sexual, terminando por vezes no homicídio. Este comportamento ocorre numa relação entre dois adultos que são ou foram parceiros íntimos, mesmo se não casados e não coabitantes. O termo violência conjugal parece contudo preferível ao de violência doméstica dado que, mais do que o espaço onde o comportamento ocorre, é a qualidade íntima da relação entre os parceiros o que particulariza este tipo de violência. Esta implica sempre uma relação assimétrica, baseada na desigualdade de posição e poder entre os dois elementos envolvidos; embora possa ocorrer em qualquer tipo de relação íntima, nomeadamente no quadro da homossexualidade masculina e feminina e os comportamentos agressivos possam ser desenvolvidos por mulheres, reconhece-se que, na maioria dos casos, o homem funciona como agressor⁵.

Pelo facto de ocorrer em espaço privado, frequentemente no domicílio, a violência conjugal é de visibilidade difícil; o conhecimento das suas consequências sobre a saúde do agredido torna-se imprescindível para o diagnóstico correcto e atempado desta forma de violência.

Distinguem-se cinco tipos de violência conjugal que podem ocorrer isoladamente, em simultâneo ou alternadamente:

- **violência física** – de maior visibilidade

de é a que com maior frequência conduz à procura de cuidados de saúde.

- **violência verbal** – com expressão ao nível da comunicação verbal entre os dois parceiros pode traduzir-se em gritos, utilização de tom autoritário, desqualificação da comunicação do outro pela interrupção constante do seu discurso, ignorância do mesmo ou impedimento da expressão verbal.

- **violência psicológica** – associada frequentemente à violência verbal esta forma de violência procura atingir a integridade psíquica do companheiro, utilizando comportamentos humilhantes que tentam denegrir as suas opiniões, acções ou valores, ou usando os seus sentimentos para manter sobre ele uma situação de domínio; são exemplos deste tipo de violência os insultos, críticas, os comportamentos persecutórios, ameaças de agressão física ou sexual ou relativas aos filhos.

- **violência económica** – exprime-se pelo impedimento de utilização dos bens comuns, ou pelo uso do salário ou bens próprios do outro sem o seu conhecimento ou autorização, pelo impedimento do trabalho no exterior ou constante intromissão no mesmo e pela negação dos bens necessários à subsistência.

- **violência sexual** – incluindo relação sexual forçada, violação, espancamento ou insulto durante a relação, obrigação de reproduzir cenas pornográficas ou de agir em resposta às fantasias sexuais do parceiro.

EPIDEMIOLOGIA

Sendo a violência conjugal um problema de sempre, só recentemente e sob pressão da comunicação social ele despertou a atenção da comunidade científica. São algumas as dificuldades de investigação nesta área apontando-se, entre outras, o acesso difícil à população que se prende com a intimida-

de das situações vividas e com a qualidade da relação vítima-agressor, as dificuldades na clarificação do conceito, tornando problemática a percepção do objecto de análise, a existência de critérios de definição da amostra pouco explícitos em alguns dos trabalhos e a não existência de grupos de controlo na maioria dos estudos apresentados⁶. Os trabalhos publicados dão-nos, contudo, uma ideia da dimensão e complexidade deste problema.

Em França, o inquérito nacional sobre a violência exercida sobre mulheres (ENVEFF) realizado entre Março e Julho de 2000, pilotado pela Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher, procurou detectar os tipos de violência exercidos sobre as mulheres, analisar o contexto familiar, social, cultural e económico das situações de violência e estudar as reacções das mulheres às violências sofridas, tendo trabalhado com uma amostra de 7.000 mulheres dos 20 aos 59 anos. Os resultados do inquérito, citados no Relatório dirigido por Roger Henrion⁷, revelaram um indicador global de violência conjugal ocorrida nos últimos doze meses de 10%; é visível uma associação entre este tipo de violência, a idade das vítimas e a existência de maus tratos na infância, com prevalências maiores no grupo das mulheres dos 20 aos 24 anos e nas mulheres com antecedentes de maus tratos infantis. Se bem que todos os grupos sociais estejam expostos a esta forma de violência, as desigualdades sociais são reconhecidas como factores agravantes, nomeadamente as situações de desemprego. O mesmo documento cita o trabalho de Lecomte efectuado no Instituto Médico-Legal de Paris, abrangendo 652 mulheres com idade superior a 15 anos vítimas de homicídio entre 1990 e 1999. Em 31% dos casos o marido foi o autor do homicídio e em 20% um outro parceiro.

Campbell, citando autores canadianos e norte-americanos, refere que 25%

a 30% de todas as mulheres foram vítimas de agressão física por parte de parceiros ou ex-parceiros em qualquer fase da sua vida; nos doze meses precedentes entre 8 a 14% tinham sofrido este tipo de violência⁸. Em 40 a 60% dos casos de assassinio de mulheres, na América do Norte, a autoria do crime pode imputar-se ao companheiro ou ex-parceiro da vítima⁸.

Jewkes aponta valores da ordem dos 20 a 50% de mulheres agredidas física ou sexualmente pelos parceiros em qualquer fase da sua vida; é referida uma associação entre violência conjugal, pobreza e alcoolismo, reconhecendo-se o efeito aditivo dos diferentes factores⁹.

Existem em Portugal poucos estudos sobre violência conjugal. O trabalho de Nelson Lourenço, Manuel Lisboa e Elza Pais¹⁰ efectuado na área da Sociologia no âmbito da colaboração entre a Universidade Nova de Lisboa e a Comissão para a Igualdade e para os Direitos da Mulher procurou estudar a violência globalmente exercida sobre as mulheres. Foram envolvidas 1.000 mulheres com idade igual ou superior a 18 anos; tratou-se de uma amostra estratificada proporcionalmente por distrito, dimensão da localidade e escalão etário. As mulheres dos distritos peri-urbanos e urbanos foram as que mais sofreram actos violentos, respectivamente 56,3% e 55,4%. Quando se analisaram os espaços onde a violência ocorreu, a casa/família ocupou o primeiro lugar com 43%. Relativamente aos autores da violência os homens surgem em 80% dos casos, sendo o marido referido em 19,5%.

GÉNESE DA VIOLÊNCIA FAMILIAR

Diversas teorias têm tentado explicar a génese da violência familiar, desde as teorias centradas na patologia do agressor, nas características das vítimas ou

nos factores sociais, às abordagens sistêmicas centradas sobretudo na dinâmica relacional no seio da família.

No seu artigo «*Violence conjugale, possibilités de retrouvailles et de reconstruction existentielle*», A.Cordoba, N. Bruno e L. Rivera¹⁴, baseando-se na teoria de Jenkins avançam com algumas hipóteses explicativas:

- a violência e o abuso surgem em razão de limitações dos indivíduos, das famílias e da sociedade.
- não existindo estas limitações as pessoas têm com os outros relações de respeito e não de abuso.
- estas limitações dizem respeito às tradições, aos hábitos e às crenças que influenciam a forma como os *violentos* lhes dão um sentido e participam no mundo.
- as limitações podem analisar-se em quatro níveis de contexto:
 - sócio-cultural
 - evolutivo
 - interaccional
 - individual

Segundo os mesmos autores «**as limitações sócio-culturais**» dizem respeito ao mito do estatuto e do poder que confere ao indivíduo o direito de se não preocupar com o bem-estar dos outros, ao patriarcado, que instaura no seio da família a subordinação pela idade e sexo e às diferenças entre o género masculino e feminino, de que se alimentam a não responsabilidade sócio-emocional do homem e a tendência a sexualizar a necessidade de afeição, de intimidade e de proximidade.

As limitações por sobrecargas evolutivas surgem quando na infância foram experimentadas algumas das seguintes situações:

- abuso físico ou sexual
- negligência ou incompetência parental
- ausência de afecto
- perda física ou psicológica dos pais
- comportamento abusivo entre os pais

- sobrecarga de responsabilidade
- alianças com um dos progenitores
- ausência de protecção e confiança
- desrespeito pelos limites pessoais

As limitações interaccionais referem-se aos modelos de dependência baseados sobre um desequilíbrio (domínio-submissão), à desigualdade de privilégios e responsabilidades (originando exploração), ao discurso repetitivo do agressor que justifica a sua conduta e culpabiliza a vítima e ao sentimento de lealdade-traição da vítima, que mantém fechado o sistema, ele próprio baseado numa cultura de segredo que vai reforçar o poder.

As limitações individuais, constituídas por hábitos ou modelos de conduta inadequados, referem-se a:

- imaturidade sócio-emocional (egocentrismo, incapacidade de retardar a gratificação).
- baixa auto-estima.
- «auto-intoxicação» de ideias e desejos de agressão e de vingança da parte do agressor e da vítima que mantêm o mal-estar emocional.
- tentativas de controlar as próprias emoções e as dos outros.
- estratégias inadequadas para resolver os conflitos.
- pobreza de sentimentos de culpabilidade, remorso ou vergonha¹⁴.

Perpectivas diferentes sobre a génese da violência conjugal condicionam, sem dúvida, abordagens diferentes na intervenção sobre esta realidade. Assim, para as teorias feministas, os maridos ou parceiros agressores são os únicos responsáveis pela violência – que, uma vez iniciada, não pára – pelo que a intervenção deve ter apenas em conta as vítimas; nas teorias sociológicas a intervenção deve centrar-se nas variáveis de contexto, particularmente nos factores sociais. Sem diminuir a importância dos factores individuais ou sociais, as teorias ecossistémicas reconhecem o envolvimento dos dois parceiros nesta interacção violenta, sendo a violência con-

cebida como um sintoma, uma linguagem analógica ou metafórica que, de forma ambígua, comunica o mal-estar de uma situação insustentável^{6,14}. Neste sentido a intervenção junto do sistema, proporcionando a descoberta de novas formas de organização e de funcionamento, parece ser a mais adequada. Isto não retira ao agressor a responsabilidade social e legal relativamente a comportamentos agressivos; a violência é uma escolha, um acto inaceitável e um crime.

PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA

Embora uma percentagem elevada das mulheres que recorrem às consultas de Clínica Geral tenha, ao longo da sua vida, vivido episódios únicos ou repetidos de violência conjugal (entre 33% a 41%)^{8, 11, 12}, a percentagem de mulheres que procura cuidados médicos por este tipo de violência é de um modo geral baixa¹³, sendo igualmente baixa a percentagem de mulheres directamente inquiridas pelo seu médico de família sobre esta forma de violência^{11, 15}. Em alguns trabalhos são referidas as dificuldades sentidas pelos médicos na abordagem destas situações^{16, 17}:

- lacunas importantes na formação académica e profissional; o modelo formativo procura «encaixar» doentes em categorias diagnósticas objectivamente definidas para as quais esteja estabelecida uma terapêutica precisa.
- desconhecimento de recursos existentes na comunidade ou inexistência dos mesmos.
- receio de invadir a intimidade das pacientes.
- desconforto na gestão da relação com as vítimas e agressores particularmente sentida pelos médicos de família cuja constituição da lista tem uma base familiar.
- limitações pessoais em reconhecer e gerir sentimentos de frustração e de

medo.

- vivência de situações semelhantes.
- dificuldades em aceitar algumas características das vítimas.

Apesar das dificuldades sentidas pelos profissionais, tanto médicos como vítimas de agressão consideram importante o trabalho médico a desenvolver nesta área¹⁶.

Inquirir sistematicamente todas as pacientes sobre a vivência de violência conjugal parece ser a forma mais eficaz de a detectar. Questões relacionadas com esta problemática deveriam ser incluídas por rotina na elaboração da história clínica. Em presença de alguns comportamentos, sintomas ou sinais, a hipótese de violência conjugal deveria ser sempre colocada e obrigatoriamente abordada durante o acto de consulta¹⁷. Um elevado número de consultas, manifestações de medo, ansiedade ou pânico durante a consulta, pedidos de tranquilizantes para si própria ou para o companheiro, incongruência nos relatos ou nas explicações para determinadas lesões podem fazer suspeitar que uma mulher é vítima de violência conjugal. Da mesma forma, homens apresentando na consulta atitudes de hiper-criticismo relativamente às mulheres ou companheiras ou, pelo contrário, de solicitude exagerada face às mesmas, ou comunicação gestual intimidante, devem sugerir a possibilidade de estarmos em presença de agressores.

Também o comportamentos das crianças nos pode fazer suspeitar da existência desta situação; manifestações de ansiedade, medo, agressividade, somatização, insónia, enurese ou encoprese, baixo rendimento escolar, atitudes de protecção relativamente à mãe, são alguns dos indicadores de eventual violência.

Diversas queixas ou patologias apresentadas pelas mulheres podem relacionar-se com a existência de violência conjugal, nomeadamente^{8, 17}:

- lesões traumáticas – equimoses, he-

matomas, escoriações, fracturas, feridas, queimaduras, são as mais frequentes; o crâneo, face e extremidades são os locais mais atingidos. Traumatismos dentários, oftalmológicos e tímpanicos são correntes. A existência de lesões múltiplas ou de antiguidade diferente é fortemente sugestiva.

- perturbações psicológicas – ansiedade, pânico, consumo exagerado de tranquilizantes, queixas psicossomáticas (epigastralgias, dor abdominal, dispneia, pré-cordialgia, lombalgias crónicas), insónia, depressão, abuso de substâncias, tentativa de suicídio.
- distúrbios ginecológicos – infecções genito-urinárias frequentes, doenças sexualmente transmissíveis, dor pélvica crónica, dispareunia.
- perturbações da gravidez – aborto espontâneo, parto prematuro, hemorragias, descolamento da placenta, traumatismos fetais e recém-nascidos de baixo peso.
- agravamento de doenças crónicas – crises asmáticas, crise hipertensiva ou dificuldades de controlo de hipertensão, dificuldades de controlo de diabetes, entre outras.

Para além da detecção, compete ainda ao médico:

- tratar as lesões físicas.
- avaliar as repercussões psicológicas da violência e apoiar psicologicamente a vítima, mostrando disponibilidade, ajudando a aumentar a auto-estima e a descobrir estratégias para lidar com a agressão.
- avaliar a segurança da vítima e dos filhos e elaborar com a vítima um plano de segurança; o acesso fácil a dinheiro e documentos pessoais e dos filhos para a eventualidade de fuga, o ter à mão telefones da polícia, de familiares ou amigos ou a combinação de códigos com familiares e amigos para comunicar em caso de agressão, o esconder armas ou munições existentes em casa são exemplos de medidas de segurança a ter presentes.

- proceder ao registo clínico completo e pormenorizado das lesões e patologias observadas e elaborar um atestado médico quando solicitado pela vítima.
- fornecer informação sobre os recursos disponíveis na comunidade.
- referenciar a outros especialistas ou instituições, nomeadamente, serviços sociais, serviços jurídicos e serviços de acompanhamento de vítimas de violência doméstica.
- encaminhamento de agressores quando o problema for expresso por estes; terapias cognitivo-comportamentais parecem ser uma opção adequada.

Sempre que possível o médico não deverá trabalhar isoladamente neste tipo de situações, pelo que a procura activa de outros parceiros que na comunidade trabalhem nesta área se torna necessário; o trabalho em rede é imprescindível.

Também na prevenção primária da violência familiar o médico tem uma papel importante a desempenhar:

- participando com outros profissionais em acções de educação para a saúde onde o problema de violência seja abordado.
- procedendo ao encaminhamento de adolescentes e jovens da sua lista para grupos ou actividades onde a aprendizagem da negociação na resolução de conflitos seja estimulada.
- informando os seus utentes da transmissão da violência entre as várias gerações.
- identificando e orientando indivíduos potencialmente agressores (deficiente auto-controlo, fraca resistência à frustração, problemas de alcoolismo e antecedentes de maus tratos na infância).

CONCLUSÃO

A violência conjugal é um crime público, um problema sócio-cultural complexo e um problema de saúde pública. A luta contra esta realidade implica me-

didadas de ordem económico-social tendentes a promover a igualdade entre os géneros (nomeadamente igualdade de oportunidades) e a diminuir a pobreza e o desemprego nas sociedades, medidas educacionais que desenvolvam a consciência da igualdade de sexos e estimulem a aprendizagem da cooperação e negociação e medidas na área da saúde envolvendo os profissionais na prevenção primária e secundária desta forma de violência. A formação médica pré e pós-graduada nesta área surge como uma condição necessária a um maior empenhamento, uma competência acrescida e uma maior eficácia do seu trabalho. O trabalho profissional em rede é, neste campo, imprescindível, pelo que a procura de outros profissionais ou serviços que nele trabalham deve ser feita activamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Gradin A, in Violência contra as mulheres: Tolerância zero-Encerramento da Campanha Europeia. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos da Mulher; 2000. p. 37-41.
2. Theorin MB, in Violência contra as mulheres: Tolerância zero-Encerramento da Campanha Europeia. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos da Mulher; 2000. p. 29-35.
3. Domestic violence: a health care issue? London: British Medical Association; 1998. p. 35-36.
4. Wisner CL, Gilmer TP, Saltzman LE, Zink TM. Intimate partner violence against women: do victims cost health plans more?. J Fam Pract 1999; 48: 439-443
5. Domestic violence: A resource Manual for Health Care Professionals. London: Department of Health; 2000. p 11-13.
6. Costa ME, Duarte C. Violência Familiar. Porto: Ambar; 2000. p. 26-31.
7. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé: Rapport au Ministre chargé de la Santé. Paris: Documentation Française, collection des rapports officiels; 2001. p. 9-11.
8. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. Lancet 2002; 359:1331-6.
9. Jewkes R. Preventing domestic violence. BMJ 2002; 324: 253-4.
10. Lourenço N, Lisboa M, Pais E. Violência contra as Mulheres. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres; 1997.
11. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. BMJ 2002; 324: 271- 4.
12. Richardson J, Cold J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. BMJ 2002; 324:274-7.
13. Brokoff D, O'Brien K, Cook C, Thompson T, Williams C. Characteristics of participants in Domestic Violence. JAMA 1997; 277:1369-73.
14. Cordoba AH, Bruno N, Rivera L. Violence conjugal, possibilités de retrouvailles et de reconstruction existentiel. Thérapie familiale, Genève 2000; 21: 381-90.
15. Kahan E, Rabin S, Tzur-Zilberman H, Rabin B, Shofty I, Mehoudar O, Kitai E. Knowledge and attitudes of primary care physicians regarding battered women. Comparison between specialists in family medicine and GPs. Fam Pract 2000; 17: 5-9.
16. Domestic violence: a health care issue? London: British Medical Association; 1998. p.37-43.
17. URL: <http://www.sicic.org> (consultada em 20.01.2003).

Endereço para correspondência:

Maria Amália Silva Nunes
Centro de Saúde de Sete Rios
Largo Arnaldo Sampaio – 1000 Lisboa
Tel: 217 211 800
e.mail: a.silvanunes@clix.pt