



SAÚDE E VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

ESTUDO SOBRE AS RELAÇÕES EXISTENTES ENTRE
A SAÚDE DAS MULHERES E AS VÁRIAS DIMENSÕES
DE VIOLÊNCIA DE QUE TENHAM SIDO VÍTIMAS

Direcção-Geral da Saúde

SAÚDE E VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

ESTUDO SOBRE AS RELAÇÕES EXISTENTES ENTRE A
SAÚDE DAS MULHERES E
AS VÁRIAS DIMENSÕES DE VIOLÊNCIA DE
QUE TENHAM SIDO VÍTIMAS

Manuel Lisboa
Luísa Branco Vicente
Zélia Barroso

Direcção-Geral da Saúde

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde

Saúde e violência contra as mulheres: estudo sobre as relações existentes entre a saúde das mulheres e as várias dimensões de violência de que tenham sido vítimas. – Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 2005. – 43 p. : il. – Inclui bibliografia p. 41-43

ISBN 972-675-115-2

Mulheres maltratadas / Violência doméstica / Saúde da mulher / Mulheres / Distribuição por idade / Incidência / *Stress* pós- traumático / Escolaridade

OS AUTORES

Manuel Lisboa (Coordenação do Estudo), Doutor em Sociologia, Professor da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa e Director do SociNova – Gabinete de Investigação em Sociologia Aplicada. Tem desenvolvido actividades de investigação e coordenação de projectos em várias áreas, sendo de salientar para este estudo a Sociologia do Género e da Vida Privada e a Metodologia de Investigação Sociológica. É autor de vários livros e artigos sobre a temática da violência, em particular no que se refere à vitimação feminina.

Luísa Branco Vicente (Coordenação científica da área da Saúde), Licenciada em Medicina, Doutorada em Psiquiatria e Saúde Mental, Professora na Faculdade de Medicina de Lisboa, Especialista em Psiquiatria e em Pedopsiquiatria. Membro Didacta e Secretária Científica da Sociedade Portuguesa de Psicanálise, Membro Didacta e Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Psicodrama Psicanalítico de Grupo.

Zélia Barroso (Responsável operacional na aplicação do questionário e recolha de informação), Licenciada em Sociologia, Doutoranda em Sociologia na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, no domínio da Violência de Género. Bolseira de Doutoramento da Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Assistente de Investigação do SociNova, onde tem desenvolvido pesquisas e publicado na área da *violência doméstica*.

O presente texto conta com a colaboração da Prof. Dra. **Fátima Miguens**, da Faculdade de Ciências e Tecnologia, da Universidade Nova de Lisboa, para as áreas da Estatística e da construção da amostra.

ÍNDICE

NOTA PRÉVIA	5
1. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E CONCEPTUAIS RELEVANTES PARA O ESTUDO	7
2. METODOLOGIA	11
2.1. Construção da amostra	11
2.2. Questionário	14
2.3. Administração do questionário	14
2.4. Tratamento e análise estatística.....	16
3. CONTEXTUALIZAÇÃO SOCIOCULTURAL DA AMOSTRA INQUIRIDA FACE AOS DADOS NACIONAIS	17
3.1. Estado civil	17
3.2. Nível de instrução formal.....	18
4. VITIMAÇÃO	18
4.1. Os actos de violência.....	19
4.2. Os locais da agressão.....	20
4.3. Trajectórias de violência	22
4.4. As reacções das vítimas	23
5. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURAIS DAS VÍTIMAS	25
5.1. Idade	25
5.2. Estado civil	25
5.3. Mobilidade geográfica.....	25
5.4. Redes sociais e isolamento.....	26
5.5. Parentesco entre vítimas e autores	26
6. SAÚDE E VIOLÊNCIA	27
6.1. Saúde física.....	28
6.2. Saúde psicológica.....	33
BIBLIOGRAFIA CITADA	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Tipos de violência	19
Gráfico 2: Local de ocorrência do 1º acto nos últimos 12 meses	20
Gráfico 3: Local de ocorrência dos actos verificados nos anos anteriores ...	21
Gráfico 4: Ocorrência dos actos de violência.....	23
Gráfico 5: Reacção ao 1º acto dos últimos 12 meses	24
Gráfico 6: Relação de parentesco entre vítimas e autores nos últimos 12 meses (1º acto).....	26
Gráfico 7: Relação de parentesco entre vítimas e autores (anos anteriores).	27
Gráfico 8: Equimoses/hematomas	29
Gráfico 9: Feridas	29
Gráfico 10: Coma	30
Gráfico 11: Hemorragia.....	30
Gráfico 12: Intoxicações.....	31
Gráfico 13: Lesões genitais	31
Gráfico 14: Obesidade	32
Gráfico 15: Modificação do desejo e/ou resposta sexual.....	33
Gráfico 16: Automutilação	35
Gráfico 17: Tentativa de suicídio sem ser sob o efeito de álcool ou droga ..	35
Gráfico 18: Ideias delirantes.....	36
Gráfico 19: Diagnóstico de pânico	37
Gráfico 20: Diagnóstico de fobias	37
Gráfico 21: Comportamentos destrutivos.....	38
Gráfico 22: Falta de esperança	38
Gráfico 23: Solidão.....	39
Gráfico 24: Número de vezes em que é mais provável uma mulher vítima de violência manifestar um dos seguintes problemas, quando comparada com uma não vítima	40

NOTA PRÉVIA

O objectivo central desta pesquisa consiste no estudo aprofundado das relações que possam existir entre a saúde das mulheres e os actos de violência de que tenham sido vítimas.

Na sequência de pesquisas realizadas anteriormente pela equipa de investigação e de resultados de outros estudos, mesmo que parcelares, efectuados no estrangeiro, partia-se da hipótese de que haveria uma associação estatística entre alguns indicadores de saúde e os actos de violência de que as mulheres tenham sido vítimas.

Todavia, tornava-se necessário, em primeiro lugar, validar essa hipótese e, em segundo lugar, analisar os contornos exactos dessa associação, tanto nas envolventes socioculturais do fenómeno, como na expressão dos múltiplos indicadores relativos à saúde física e psicológica.

Nesse sentido, espera-se que os resultados deste estudo representem um acréscimo no conhecimento não só ao nível da Saúde, como da compreensão da teia de constrangimentos socioculturais que estão na base da produção e reprodução da violência contra as mulheres.

Para o desenvolvimento da pesquisa, ao nível da construção do espaço de observação, escolheram-se locais de grande relevância na prestação de cuidados de saúde: Centros de Saúde dos dezoito distritos do Continente. Nesse sentido, o estudo só será representativo das mulheres com dezoito e mais anos que aí se dirigiram para consulta em 2003. Ficam de fora, naturalmente, as mulheres que não frequentam os centros e as que têm uma idade inferior à escolhida. Assim, não se deve procurar fazer qualquer extrapolação a nível nacional, o que desde o início esteve ausente das preocupações metodológicas adoptadas.

Os resultados obtidos permitem a análise comparativa entre mulheres cujas manifestações de doença ao nível físico e psicológico poderão estar relacionadas com os actos de violência de que foram vítimas e aquelas que, tendo manifestações semelhantes, não foram vítimas.

Procurar-se-á obter modelos descritivos e compreensivos dos tipos de doença e da sua relação com os actos de violência, bem como das condições socioculturais em que ocorrem.

A compreensão dos processos e mecanismos psicossociais subjacentes às componentes individuais, familiares e de outras envolventes socioculturais são de grande importância para o combate e prevenção destas situações.

Nesse sentido, os resultados obtidos poderão constituir um instrumento de apoio à decisão e à acção dos agentes que intervêm neste domínio, ao nível da definição de políticas, da implementação de medidas de promoção da saúde e de prevenção da doença (particularmente em termos da formação de técnicos de saúde, da produção de manuais e do desenvolvimento de campanhas de sensibilização), de modo a contribuir para a melhoria da qualidade de vida das mulheres e reduzir as situações de desigualdade de oportunidades.

Para levar a pesquisa a bom termo, foi necessário mobilizar uma equipa multidisciplinar, a quem desde já endereçamos o nosso reconhecimento, envolvendo investigadores do Departamento de Sociologia da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, da Faculdade de Medicina de Lisboa – esta ao abrigo de um protocolo de cooperação científica celebrado com a primeira -, do Departamento de Matemática da Faculdade de Ciências e Tecnologia, em particular a Prof. Dra. Fátima Miguens, da Universidade Nova de Lisboa, e da University of Manitoba, Canadá, na pessoa do Prof. Dr. Douglas Brownridge.

Gostaríamos ainda de expressar o nosso agradecimento à Direcção-Geral da Saúde, pelo empenhamento e apoio incontornável, desde a primeira hora, da Dra. Beatriz Calado e da Enf.^a Fernanda Coelho.

Um gesto de gratidão é igualmente devido aos Directores dos quarenta e seis Centros de Saúde distribuídos por todo o país, pelo interesse e colaboração, bem como à Prof. Dra. Denisa Mendonça, pelo apoio no âmbito da Estatística e pela crítica construtiva que conosco manteve, assim como aos restantes membros da Comissão de Acompanhamento, pelas sugestões dadas, e ao Dr. Carlos Dias, pelos indicadores do alcoolismo que nos disponibilizou.

I. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E CONCEPTUAIS RELEVANTES PARA O ESTUDO

Sendo a violência contra as mulheres, particularmente a doméstica, um fenómeno de abrangência nacional e com custos relevantes para o país, o estudo da relação existente entre esta e a saúde, nas suas várias dimensões, afigura-se-nos da maior importância para a redução das desigualdades de oportunidades de género e de acesso à saúde.

Um empreendimento desta natureza implica uma abordagem rigorosa, tanto na metodologia utilizada, como nos conceitos e teorias subjacentes ao estudo. Nesse sentido, optou-se por analisar o fenómeno com as ferramentas que a Sociologia, a Medicina e a Psicologia, acompanhadas pela Matemática e pela Estatística, disponibilizam actualmente. Há certamente outras vias igualmente dignas. Optámos por esta. Assim, as conclusões aqui expressas obedecerão ao crivo e limites da interpretação científica, ficando para outros fóruns conclusões e explicações de natureza diferente.

O modelo teórico e conceptual seguido centra-se na relação existente entre a saúde das mulheres e a violência de que tenham sido vítimas. Assim, esta investigação não é propriamente um estudo sobre vitimização. Trata-se de uma abordagem mais ampla, relativa ao género e a dimensões da vida privada das mulheres, em que uma das componentes é a vitimação de violência. A sua operacionalização implica a explicitação de conceitos, que são centrais em toda a pesquisa. É o caso da *violência*.

De um ponto de vista da pesquisa, colocam-se duas questões. Como definir o conceito? A que indicadores recorrer para a observar empiricamente, em particular no que se refere à violência contra as mulheres?

Não há propriamente uma única definição de violência, ainda que nas sociedades ocidentais actuais se atribua tal designação a um número cada vez maior de actos e situações. A proliferação de significados, nem sempre coerentes com a gravidade e as características do significante, obriga a que se faça um esforço de desconstrução, procurando identificar os processos e as dinâmicas sociais que estão associadas à atribuição de tal termo. Nesse sentido, torna-se necessário questionar o próprio conceito de violência, inserindo-o num quadro compreensivo mais amplo, que tenha em

conta as práticas, as representações e as relações de poder que, em cada sociedade, os diferentes actores sociais fazem de determinados actos (Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa 2003:10).

Retomamos aqui uma reflexão que temos vindo a desenvolver há mais de uma década (Lourenço & Lisboa 1992, 1995; Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa 2003).

Quatro ideias chave devem estar presentes na explicitação do conceito de violência: a primeira, que remete para a noção de *representação social*, nos termos definidos por Jodelet (1989) e Lourenço e Lisboa (1992); a segunda, que ela não constitui uma totalidade homogénea, mas expressa-se sob formas diversas de maior visibilidade - a nível físico, sexual, psicológico, de discriminação sociocultural ou, mesmo, de outros modos; a terceira, que o conceito de violência é dinâmico, reportando-se genericamente a uma transgressão das normas e dos valores socialmente instituídos em cada momento, pelo que a sua qualificação, para além de variar consoante os contextos e ao longo do tempo, pode não ser partilhada por todos os actores sociais envolvidos, sendo que o mesmo facto pode não ser apreendido nem avaliado segundo os mesmos critérios, assistindo-se a uma variação temporal e espacial do seu significado (Lourenço Lisboa & Pais 1997); a quarta, que um acto considerado violento é sempre representado como uma transgressão, constituindo, pelo menos para quem o representa, um poder arbitrário não aceite (Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa 2003).

A assunção social de determinados actos como violentos, ou mesmo como crimes, decorre da representação que uma sociedade, ou um segmento dela, faz desses actos e da necessidade de, por razões políticas, económicas, sociais e culturais, adoptar medidas no sentido de os controlar e condicionar, bem como aos agentes que os praticam.

A gravidade de certos actos pode traduzir-se sob a forma de crime punível por lei. Todavia, trata-se de conceitos diferentes – crime e violência – que podem ou não coincidir.

Actualmente em Portugal, no caso da violência doméstica há uma relativa coincidência entre os dois termos; contudo, para algumas pessoas – mesmo para algumas vítimas – ainda não são representados como tal. Igualmente no passado, apesar de a lei não os considerar como crimes, para outros actores sociais esses actos já eram considerados violentos.

A outra dimensão conceptual está relacionada com as várias expressões da saúde e a sua possível associação com a violência. Se, em alguns casos, a expressão da violência é manifesta através de indicadores macroscopicamente observáveis de um ponto de vista físico, noutras, tal não acontece de uma forma tão directa, psicológica e psicossomaticamente (Vicente 2003).

Mesmo se a falta de informação sobre este tema resulta de uma ocultação por parte das mulheres, ou da invisibilidade destas em certos contextos sociais (Lourenço, Lisboa & Pais 1997; Piispa & Heiskanen 2001), é hoje aceite a hipótese de que as diferentes formas de violência contra as mulheres podem condicionar a sua saúde física e psicológica. Contudo, o facto é mais fácil de comprovar empiricamente quando se trata de violência física.

As agressões físicas podem conduzir a um tipo de ferimentos que não se confunde com as situações resultantes de acidentes. Alguns estudos mostram que elas têm uma maior prevalência de ferimentos faciais e treze vezes mais ferimentos no tórax, nos seios e no abdómen do que nas resultantes de acidentes (Burge 1997). Adicionalmente, têm maior probabilidade de apresentarem ferimentos múltiplos e recorrentes.

A par dos sinais físicos consequentes das agressões (nódoas negras, fracturas, queimaduras, marcas de tentativas de estrangulamento, golpes provocados por instrumentos cortantes, etc.), podem surgir também importantes sequelas psicológicas, como o medo, o isolamento social, os sentimentos de culpabilidade, a dependência emocional, a depressão, a ansiedade crónica, os sentimentos de vulnerabilidade e de perda de controlo (Burge 1997; Mezey & Bewley 1997).

Quando a expressão da violência é menos visível, ou quando as suas manifestações ao nível da saúde são mais do foro psicológico, a observação é difusa e os instrumentos conceptuais e metodológicos têm que estar adaptados para captar e analisar essas dimensões menos explícitas.

Em 1994, a Associação Psiquiátrica Americana faz referência a um conjunto de sintomas que podem estar associados a uma relação interpessoal de *stress*: diminuição da modulação dos afectos; comportamentos impulsivos e autodestrutivos; sintomas dissociativos; doenças somáticas; sentimentos de incapacidade, vergonha, desespero;

sentimentos permanentes de destruição; perda de valores anteriormente defendidos; hostilidade; retraimento social; sentimentos de perigo constantes; diminuição das relações com os outros; mudança das características da personalidade prévia.

Muitos destes sintomas surgem também nas mulheres vítimas de violência, sob a forma de *Síndrome de Stress Pós-Traumático* (Houskamp & Foy 1991; Walker 1993; Astin, Lawrence & Foy 1993; Walker & Shapiro 2004). Esta perturbação está especificamente ligada a uma experiência de um acontecimento traumático e é caracterizada por uma reexperiência do trauma, evitamento de estímulos associados ao incidente e aumento da vigilância/alerta (American Psychiatric Association 1994). Os sintomas apresentados por estas mulheres reflectem, muitas vezes, o *stress* de lidar repetidamente com as agressões verbais, humilhações e isolamento social. As estratégias utilizadas podem potenciar o consumo de substâncias e a automedicação, traduzindo-se num consequente aumento de riscos para a saúde.

Outra dimensão importante é o impacto que a violência tem na saúde reprodutiva da mulher, directa ou indirectamente: gravidez não desejada; acesso restrito ao planeamento familiar; abortos ilegais; complicações resultantes de gravidezes de alto risco e da falta de acompanhamento médico; infecções sexualmente transmissíveis (SIDA, por exemplo); problemas psicológicos, incluindo medo de contacto e perda do prazer sexual. Algumas pesquisas identificam a violência na gravidez como um risco para a saúde da mãe e do feto.

Todavia, se em alguns casos pode ser relativamente fácil estabelecer uma relação directa, não necessariamente de tipo causal, entre a violência e a saúde das mulheres nas suas múltiplas dimensões, noutros tal não é possível, e a sua apreensão terá de resultar da análise de um conjunto de indicadores que convirjam nesse sentido.

Umás e outras situações serão abordadas sinteticamente neste texto.

2. METODOLOGIA

A realização deste estudo, particularmente do presente inquérito, contou com a colaboração de especialistas nacionais e estrangeiros.

Igualmente foram de grande importância a experiência adquirida e os resultados de estudos sobre a violência contra as mulheres, particularmente de um inquérito nacional sobre *Os Custos Sociais e Económicos da Violência Contra as Mulheres*¹, realizado em 2002 pela equipa de investigação que desenvolveu a presente pesquisa.

2.1. Construção da amostra

O estudo tem por base uma amostra de 2300 mulheres utilizadoras dos Centros de Saúde do Continente, com dezoito ou mais anos, sendo que a representatividade da vitimação diz respeito só a esta população. Ficam excluídas as mulheres da faixa etária inferior aos dezoito anos e as que não se dirigem aos Centros de Saúde. Deste modo, não se deve fazer qualquer extrapolação a nível nacional.

Consideraram-se todos os distritos do Continente, tendo-se efectuado a selecção da amostra em duas etapas:

- 1) Escolha dos Centros de Saúde, por distrito;
- 2) Selecção das mulheres a inquirir em cada centro.

Para a primeira etapa, o método de selecção dos Centros de Saúde de cada distrito consistiu numa escolha aleatória, ponderada pelo número de utilizadoras de cada centro. Assim, um Centro de Saúde com maior número de utilizadoras teria uma maior probabilidade de ser seleccionado.

Na segunda etapa, foram escolhidas aleatoriamente as mulheres que acorressem ao Centro de Saúde em causa.

Para a determinação do número de Centros de Saúde a escolher em cada distrito e do número de entrevistas a realizar em cada Centro de Saúde, foi adoptado o seguinte critério. Tendo em conta os custos associados ao estudo, a necessidade de ter um número mínimo de inquéritos válidos por distrito não inferior a 100 e a informação prévia

¹ Estudo realizado pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, através do SociNova, no âmbito de um protocolo celebrado com a Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.

a partir dos resultados das prevalências² de vitimação do inquérito de âmbito nacional sobre *Os Custos Sociais e Económicos da Violência Contra as Mulheres* (Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa 2003), procurou-se construir uma amostra que optimizasse a estimação da prevalência de vitimação.

Entende-se este conceito como a determinação do conjunto de valores que minimizam o desvio padrão da estimativa desta prevalência. O desvio padrão resultante desta optimização é de 2%.

É de frisar que se considera sempre que a medida que orienta os nossos objectivos e cálculos é a estimação da prevalência de vitimação das mulheres portuguesas utilizadoras dos Centros de Saúde em 2003.

O número de Centros de Saúde por distrito difere em função do total de utilizadoras em cada distrito e do peso em termos percentuais de cada centro relativamente a esse total.

Quadro I – Centros de Saúde seleccionados e número de entrevistas por distrito

DISTRITOS	CENTROS DE SAÚDE
Aveiro: 100 inquéritos	C.S. de Sangalhos
	C.S. de Aveiro
Beja: 150 inquéritos	C.S. de Serpa
	C.S. de Odemira
	C.S. de Beja
Braga: 100 inquéritos	C.S. de Braga III-INFES
	C.S. de Taipas
Bragança: 100 inquéritos	C.S. de Bragança
	C.S. de Freixo de Espada à Cinta
Castelo Branco: 100 inquéritos	C.S. de Castelo Branco
	C.S. de Covilhã
Coimbra: 100 inquéritos	C.S. de Fernão Magalhães
	C.S. de Figueira da Foz

² Entende-se por prevalência a percentagem das vítimas no total da amostra.

Évora: 150 inquéritos	C.S. de Viana do Alentejo
	C.S. de Alandroal
	C.S. de Évora
Faro: 150 inquéritos	C.S. de Silves
	C.S. de Faro
	C.S. de Olhão
Guarda: 100 inquéritos	C. S. de Guarda
	C.S. de Seia
Leiria: 100 inquéritos	C.S. de Leiria II – Dr. Gorrão Henriques
	C. S. de Nazaré
Lisboa: 150 inquéritos	C.S. de Alenquer
	C.S. de Loures
	C.S. de Penha de França
Portalegre: 150 inquéritos	C.S. de Gavião
	C.S. de Ponte de Sôr
	C.S. de Portalegre
Porto: 200 inquéritos	C.S. de Foz do Douro
	C.S. de Penafiel
	C. S. de Baião
	C.S. de Soares dos Reis
Santarém: 100 inquéritos	C.S. de Abrantes
	C.S. de Santarém
Setúbal: 150 inquéritos	C.S. de Amora
	C.S. de Cova da Piedade
	C.S. de Setúbal
Viana do Castelo: 150 inquéritos	C.S. de Darque
	C.S. de Viana do Castelo
	C.S. de Ponte de Lima
Vila Real: 150 inquéritos	C.S. de Montalegre
	C.S. de Vila Real I
	C.S. de Vila Real II
Viseu: 100 inquéritos	C.S. de Moimenta da Beira
	C. S. de Viseu II
2300 inquéritos	46 Centros de Saúde

O número de entrevistas a realizar em cada Centro de Saúde foi considerado fixo e com um valor de 50.

Tendo sido calculado o número de Centros de Saúde a sondar em cada distrito, a sua escolha foi feita por selecção aleatória.

Face aos resultados obtidos no inquérito, foi de novo determinado o erro (quantificado por um desvio padrão) associado à estimação da prevalência de vitimação.

A diferença entre este e o desvio padrão de 2% previsto inicialmente, com o cálculo do número de Centros de Saúde a sondar e o número de entrevistas, é da ordem dos 0.04%.

2.2. Questionário

O questionário está concebido para ser objecto de administração indirecta, por parte de inquiridoras especializadas, devidamente formadas para o presente estudo, e é constituído por quatro módulos: controlo da administração (7 questões); caracterização sociocultural das inquiridas (50 perguntas); indicadores de saúde física (48 perguntas) e psicológica (68 perguntas); e vitimação (73 perguntas – três actos de violência mais importantes dos últimos doze meses e em anos anteriores, definidos pelas inquiridas).

O conteúdo dos questionários foi submetido ao parecer e discussão dos membros da Comissão de Acompanhamento e de técnicos da DGS, cuja colaboração se revelou fundamental para o seu melhoramento de acordo com os objectivos do estudo.

2.3. Administração do questionário

A administração definitiva do questionário foi precedida da realização de um pré-teste: administração de 40 questionários em quatro Centros de Saúde, cobrindo três espaços sociais e urbanos diferenciados: Moimenta da Beira (distrito de Viseu), Penha de França (distrito de Lisboa), Cova da Piedade (distrito de Setúbal) e Alandroal (distrito de Évora).

O trabalho de campo foi efectuado por sete inquiridoras licenciadas, ou finalistas – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa – integrantes da equipa de investigação que tem realizado trabalhos desta natureza. Todas as

inquiridoras foram objecto de formação específica tendo em vista a realização deste estudo.

Antes de dar início ao trabalho de campo, efectuaram-se reuniões com todos os Directores dos Centros de Saúde, ou seus representantes, seleccionados para a amostra, no sentido de esclarecer pormenorizadamente os objectivos do projecto, bem como as condições logísticas indispensáveis à sua boa execução³.

O procedimento seguido para a selecção das mulheres a inquirir consistiu na selecção aleatória, após a realização da consulta: no final da consulta, o médico explicava os objectivos do estudo à paciente e convidava-a a participar, tendo esta, naturalmente, toda a liberdade para recusar. Em seguida, a mulher que anuía em colaborar era encaminhada para o espaço onde se encontrava a inquiridora e procedia-se à administração do questionário. Procurava-se que estivessem criadas todas as condições para que as inquiridas pudessem responder às perguntas sem constrangimentos exteriores decorrentes da presença de outras pessoas.

A duração média da administração de cada questionário foi de 21 minutos⁴, pelo que se procurou que os médicos encaminhassem aleatoriamente as mulheres dispostas a serem inquiridas, com intervalos de tempo de cerca de 30 minutos.

Atendendo à delicadeza das questões abordadas no questionário e à eventualidade de existirem reacções por parte das vítimas que exigissem um apoio técnico especializado, as inquiridoras foram portadoras de contactos da *Emergência Social* do MSSS, da *Associação Portuguesa de Apoio à Vítima* e da *Comissão para a*

³ Em alguns Centros de Saúde foram disponibilizados dois espaços individuais para a realização de entrevistas, o que satisfaz plenamente as condições logísticas que um estudo desta dimensão implica. A marcação da ida das inquiridoras até aos Centros de Saúde foi acordada com os seus responsáveis, pelo menos com uma semana de antecedência, procurando-se sempre encontrar uma data favorável, de modo a não dificultar o normal funcionamento das consultas. É de salientar a excelente colaboração dos Directores dos Centros de Saúde e dos médicos. A coordenação operacional do trabalho de campo esteve a cargo de uma investigadora do SociNova, que mediou a relação entre os Directores dos Centros de Saúde e as investigadoras no terreno.

⁴ Nos casos em que foram relatadas situações de violência, o tempo médio de administração do questionário aumentou consideravelmente.

Igualdade e para os Direitos das Mulheres, que se disponibilizaram, sempre que solicitadas.

O trabalho de campo decorreu entre Outubro e Dezembro de 2003. Para atingir os 2300 inquéritos válidos, houve necessidade de abordar um número maior de utilizadoras; a percentagem de recusas foi de 5%. Ocorreram igualmente algumas desistências ao longo da entrevista, sendo o seu número ainda menor.

2.4. Tratamento e análise estatística

A informação recolhida através do questionário foi objecto de controlo da qualidade do trabalho de campo⁵ em relação a 10% da amostra: os resultados revelaram um excelente nível de execução.

Os cálculos estatísticos finais foram precedidos da realização de vários testes de controlo de qualidade dos registos e das categorias das variáveis (validação e homogeneidade das variáveis e da sua aplicabilidade estatística e sociológica). Daí resultou a verificação, na totalidade, dos 2300 questionários já codificados e introduzidos na base de dados. Tais operações permitiram reduzir substancialmente os erros não-probabilísticos.

Para este texto procedeu-se à análise estatística univariada e bivariada das variáveis nominais, ordinais e contínuas, recorrendo essencialmente ao SPSS-V12. No primeiro caso, com o apuramento das frequências absolutas (N) e relativas (%), das variáveis nominais e ordinais, e do número de observações (N), máximo, mínimo, média, desvio padrão e variância, nas variáveis contínuas.

Na análise bivariada das variáveis nominais (ou ordinais, mas tratadas como nominais) utilizaram-se tabelas de contingência, com o apuramento dos valores observados, dos valores esperados, das percentagens em linha, em coluna e em relação ao total, e dos resíduos ajustados e estandardizados. Calculou-se igualmente a associação entre aquelas variáveis através do *Qui2*, do *Phi* e do *V-Cramer*.

⁵ O controlo de qualidade consistiu na validação das respostas do questionário, em relação às inquiridas que concordaram ser contactadas posteriormente. Os 230 questionários analisados resultaram de uma tiragem sistemática de 10 em 10. Refira-se ainda que todos os questionários da amostra foram objecto de análise sistemática das respostas, no sentido de detectar possíveis incoerências internas e deficiências no preenchimento.

Face ao critério utilizado para a selecção da amostra, calculou-se a prevalência ponderada da vitimação a partir da média das prevalências obtidas em todos os distritos. Havendo uma diferente probabilidade de ocorrerem vítimas nos distritos, nas tabelas cruzadas procurou-se controlar os *valores esperados* através da inclusão do peso de cada um relativamente ao total⁶.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO SOCIOCULTURAL DA AMOSTRA INQUIRIDA FACE AOS DADOS NACIONAIS

Neste ponto procurar-se-á fazer uma breve contextualização sociocultural da amostra inquirida com os dados do último Recenseamento Geral da População, de 2001, relativamente às mulheres com 18 e mais anos. Com esta operação não se pretende fazer qualquer extrapolação, nem tão-pouco proceder a uma análise comparativa entre variáveis, que não é possível, atendendo à natureza dos diferentes instrumentos metodológicos utilizados para as medir. Ainda assim, julga-se pertinente situar o perfil sociocultural da amostra no contexto nacional.

Utilizar-se-ão as variáveis: estado civil e nível de instrução formal.

3.1. Estado civil

No estado civil das mulheres inquiridas prevalecem as casadas ou em união de facto (71,8%). Seguem-se as solteiras (12,1%), as viúvas (9,6%) e as divorciadas/separadas (6,5%)⁷.

A estrutura dos valores obtidos no Recenseamento Geral da População de 2001 é semelhante; casadas ou em união de facto (63,3%), solteiras (19,8%), viúvas (12,8%) e divorciadas/separadas (4,1%). Nota-se, contudo, que a amostra tem uma maior representação de casadas e em união de facto, bem como de divorciadas/separadas.

⁶ Em relação às variáveis objecto de análise deste texto, concluiu-se que a diferença era inferior a 1%.

⁷ Refira-se ainda que prevalecem as situações de uma só união conjugal (80,6%), seguidas das que dizem nunca ter tido qualquer união (12%) e das que referem duas ou mais uniões (8,4%).

3.2. Nível de instrução formal

As percentagens dos níveis de instrução formal obtidas no inquérito distribuem-se do seguinte modo: 1.º ciclo do ensino básico - 41,4%; ensino secundário - 13,15%; 3.º e 2.º ciclos do ensino básico - 14,4% e 12,4%; ensino superior - 9,5%; não sabem ler nem escrever - 8%.

A estrutura dos dados do Recenseamento apresenta poucas alterações em relação à amostra. De facto, o 1º ciclo do ensino básico continua a ter o maior peso (38%), seguido do secundário (15,5%) e do ensino superior (14,3%). Nas posições seguintes surgem as mulheres que não têm qualquer grau (12,3%), as do 2º ciclo (10,9%) e do 3º ciclo (8,1%).

Face aos resultados, nota-se que a amostra inquirida tem uma menor representação de mulheres com níveis de instrução mais elevado e mais baixo, o que é sociologicamente compreensível face ao tipo de frequência expectável nos Centros de Saúde.

4. VITIMAÇÃO

A prevalência total de vitimação obtida nos Centros de Saúde é de 33,6%⁸, em relação aos actos percebidos pelas mulheres como violentos nas dimensões física, sexual, psicológica e de discriminação sociocultural. Estes actos referem-se não só aos três mais importantes ocorridos nos últimos doze meses em relação à data da realização do inquérito, como aos anos anteriores.

Em seguida analisar-se-ão várias dimensões da vitimação. Mesmo que estatisticamente seja difícil medir a sua influência na relação entre saúde e violência, estamos certos de que a sua compreensão permitirá ter uma visão mais abrangente sobre as condicionantes que afectam tanto a saúde física e psicológica, como a possibilidade de as mulheres serem vítimas.

⁸ A prevalência total foi obtida a partir da média das prevalências dos dezoito distritos do Continente.

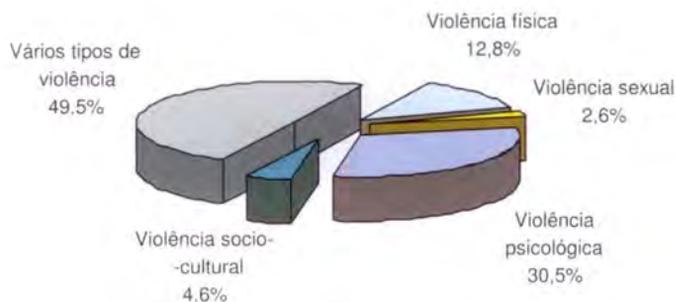
4.1. Os actos de violência

Pelo gráfico seguinte, pode verificar-se que predominam as situações em que explicitamente é referida a combinação de vários tipos de violência (49,5%), seguida da violência psicológica (30,5%) e da violência física isoladamente (12,8%).

No entanto, refira-se que, quando a violência se reporta aos últimos doze meses, predominam as referências à violência psicológica em qualquer dos três actos assinalados.

Todavia, a percentagem de mulheres que refere ter sido vítima de vários tipos de violência vem mostrar que um mesmo acto pode ser percebido como violento em várias dimensões (por exemplo, uma agressão física provoca necessariamente danos a nível psicológico) e, por outro lado, reforçar a hipótese de que em alguns casos a violência tende a ocorrer em “cachos”, no sentido em que os actos estão intrincados entre si e vão acontecendo de uma forma articulada e em “cascata”, particularmente quando há trajetórias de violência.

Gráfico 1: Tipos de violência



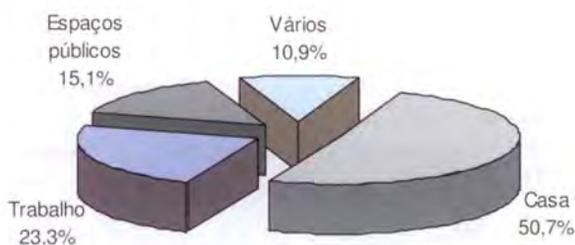
Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*, SociNova – FCSH-UNL/DGS, 2004.

4.2. Os locais da agressão

A análise dos espaços onde ocorre a violência é também uma dimensão importante para compreender o contexto social associado à produção e reprodução do fenómeno. De facto, alguns espaços estão marcados por relações de poder – afectivas, sociais e económicas –, que condicionam a interacção entre o agressor e a vítima ao longo do tempo.

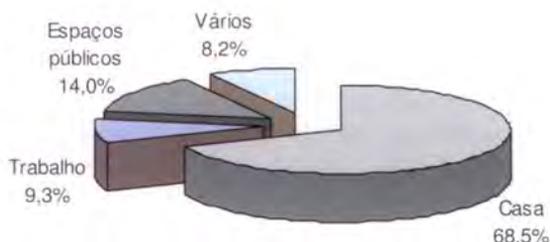
À semelhança do que tinha sido detectado em estudos anteriores (Lourenço, Lisboa & Pais 1997; Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa 2003), a casa/família continua a ser apontada em primeiro lugar, tanto para o acto mais importante dos últimos doze meses, como para os actos dos anos anteriores (50,7% e 68,5%). Segue-se o local de trabalho e os espaços públicos, com uma ligeira predominância destes sobre os anos anteriores.

Gráfico 2: Local de ocorrência do 1º acto nos últimos 12 meses



Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*, SociNova – FCSH-UNL/DGS, 2004.

Gráfico 3: Local de ocorrência dos actos verificados nos anos anteriores



Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*. SociNova – FCSH-UNL/DGS, 2004.

O espaço da casa/família surge novamente como o local onde é mais provável a mulher ser vítima de violência, bem longe da frequente idealização do “refúgio” de segurança e felicidade (Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa 2003). Anthony Giddens (1993) constata que o mesmo acontece no Reino Unido, ainda que as leis que protegem as mulheres da violência doméstica existam há mais tempo neste país.

Durante muito tempo, na sociedade portuguesa, este espaço fez parte de uma esfera privada relativamente protegida dos poderes públicos, muitas vezes mais preocupados em assegurar a manutenção da dimensão formal e jurídica da relação do que em permitir as condições materiais necessárias ao seu desenvolvimento igualitário e equilibrado com outras esferas da vida – por exemplo, a compatibilização entre a esfera mais pessoal e a actividade profissional. No entanto, o próprio conceito de família, ou de famílias, está em discussão⁹, bem como o do que é público e privado.

É certo que a legislação que surgiu entretanto, e que penaliza a violência doméstica, bem como a acção de várias instituições públicas e privadas têm contribuído para melhorar a situação. Todavia,

⁹ Ulrich Beck (1992) procura teorizá-lo enquanto característica da *sociedade de risco* em que vivemos.

difícilmente se muda por decreto a mentalidade e as práticas que lhe estão associadas. A moldura jurídica é uma condição necessária, mas não é suficiente.

A violência doméstica não é apenas um problema legal. É também um problema social, que requer uma acção persistente e continuada ao longo do tempo na coacção das situações limite e na prevenção e formação das novas gerações.

Quando se parte para uma análise mais fina sobre os tipos de violência detectados, os valores apontam o espaço da casa/família como aquele onde é mais provável que ocorram actos de violência física contra as mulheres (74% no 1º acto dos últimos 12 meses; 83,6% nos anos anteriores). Verifica-se, também, que as situações que combinam vários tipos de violência tendem a ocorrer mais no interior da casa (55,4% 1º acto dos últimos 12 meses; 76,2% nos anos anteriores).

Por sua vez, é no local de trabalho onde mais frequentemente acontecem actos de violência psicológica (39,4% no 1º acto dos últimos 12 meses; 23,5% nos anos anteriores) e de discriminação sociocultural (54,5% no 1º acto dos últimos 12 meses).

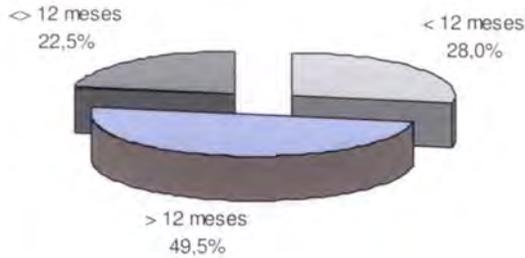
4.3. Trajectórias de violência

Muitas vezes, a violência de que as mulheres são vítimas não corresponde a um acto isolado, mas insere-se num processo mais amplo de interacções que se prolongam no tempo.

Cerca de ¼ das situações (22,5%) remete para uma trajectória de violência que se manifesta no presente mas que também vem do passado.

Se nos centramos só nos actos que têm maior prevalência (49,5%), que se referem ao período anterior aos doze meses da realização da entrevista, verifica-se que 39% destes prolongam-se por um período superior a dez anos. Confirma-se assim a importância da dimensão temporal na análise deste fenómeno.

Gráfico 4: Ocorrência dos actos de violência



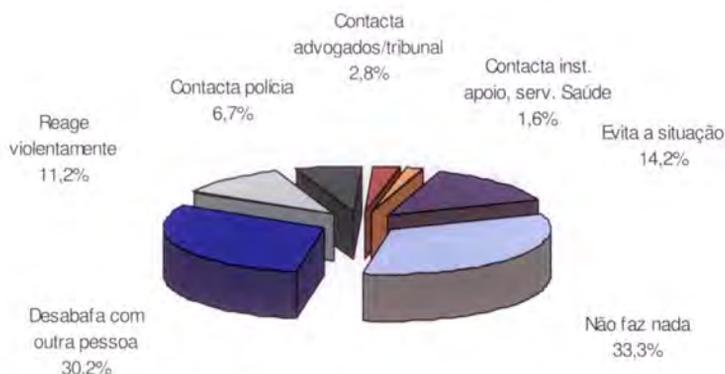
Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*, SociNova – FCSH-UNL/DGS, 2004.

De um ponto de vista psicossocial, várias questões se podem colocar a partir destas constatações, nomeadamente, a de saber quais os factores materiais, sociais, culturais e psicológicos que condicionam estas mulheres a conviver com a violência ao longo do tempo, muitas vezes desde a fase do namoro.

4.4. As reacções das vítimas

Os resultados relativos ao acto mais importante dos últimos doze meses mostram que predominam as reacções do tipo “passivo” (33,3%), seguida do “desabafar com outra pessoa” (30,2%). Surgem depois os casos em que se procura “evitar a situação” (14,2%) e a reacção mais explícita - de tipo violento (11,2%). O conjunto de situações em que as mulheres contactam a polícia (6,7%), recorrem ao tribunal ou a advogados (2,8%), ou contactam instituições como a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima ou a CIDM (1,6%) é de 11,1%.

Gráfico 5: Reacção ao 1º acto dos últimos 12 meses



Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*, SociNova – FCSH-UNL/DGS, 2004.

Se pensarmos que uma parte destes actos se refere à violência doméstica, hoje considerada um crime público, questionamo-nos sobre o que leva estas mulheres a silenciarem a sua condição de vítimas¹⁰.

Questionamo-nos igualmente sobre as consequências desta aparente “não-reacção” das mulheres que se sentem vítimas de uma violência continuada de vários anos.

De facto, o aparente “não fazer nada” tem muitas vezes por detrás processos psicossociais complexos, os quais se expressam em actos de ruptura externa ou interna (doenças de natureza psicossomática), como se demonstra através dos resultados deste estudo.

¹⁰ Apesar de expressivos, estes valores revelam algumas alterações em relação aos obtidos em estudos anteriores. Em 1997, Lourenço, Lisboa e Pais concluem que a maioria das mulheres vítimas limita-se a uma reacção do tipo “passivo”, no sentido de “deixar andar” e só 1% recorre à polícia ou ao sistema de justiça. Em 2003, Lisboa, Carmo, Vicente e Nóvoa chegam a conclusões semelhantes quanto à reacção de tipo passivo, todavia, agora, o peso das que recorrem à polícia e ao sistema de justiça já se situa próximo dos 12%.

5. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURAIS DAS VÍTIMAS

A violência que afecta as mulheres é também socialmente construída, quer pelos contextos socioculturais mais próximos associados na esfera das interacções quotidianas, quer pelas camadas mais amplas da sociedade envolvente que, pela estigmatização dos papéis de género e de outros socialmente institucionalizados (ainda que temporal e espacialmente desadequados), criam condições para que ela ocorra com diferente intensidade e frequência.

Ora, a análise comparativa entre as características socioculturais das vítimas e das não vítimas ajuda a compreender algumas das condicionantes desses contextos. Serão abordadas só as características que nestes estudo revelam uma associação estatisticamente significativa com a vitimação¹¹.

5.1. Idade

Houve uma associação estatisticamente significativa entre os escalões etários e a vitimação, sendo que a maior percentagem de vítimas se encontra entre os 45 e 54 anos.

5.2. Estado civil

Houve igualmente uma associação estatisticamente significativa entre o estado civil e a vitimação, notando-se agora a maior probabilidade de as vítimas terem “uniões de facto/juntas”, serem “divorciadas” e “separadas”. Nestas situações, muitas vezes, a violência refere-se a relações anteriores.

5.3. Mobilidade geográfica

Ainda que sem a expressão dos indicadores já analisados, os resultados revelam que há uma maior probabilidade de as vítimas terem nascido em distritos diferentes daqueles em que residem

¹¹ Qui2 que revela associação ($p < 0,001$) e células da categoria “vítima” com o *resíduo ajustado e estandardizado* superior a 1,96 (entre o valor observado e o esperado).

actualmente. Esta associação pode ser um indicador de maior fragilidade das relações sociais nas vítimas, como consequência da sua mobilidade geográfica.

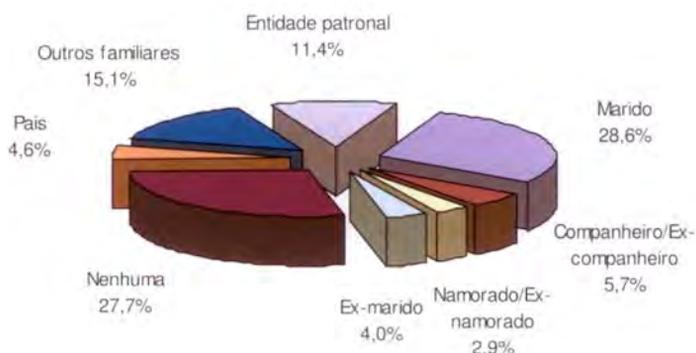
5.4. Redes sociais e isolamento

Os valores obtidos nesta variável revelam bem como a probabilidade de se encontrar uma vítima entre as mulheres que “não costumam falar e conviver com outras pessoas” é 50% maior do que entre as que habitualmente não conhecem tal isolamento.

5.5. Parentesco entre vítimas e autores

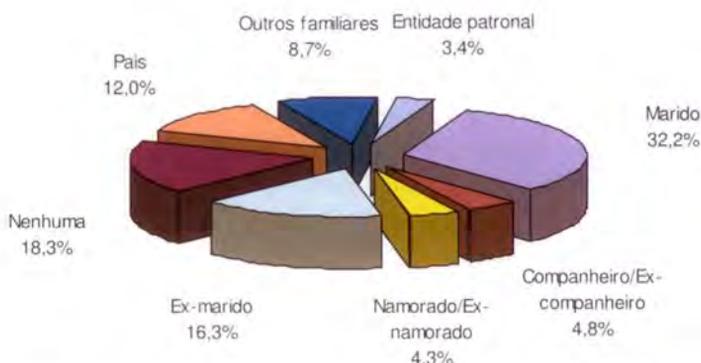
Os maridos são os principais autores da violência contra as mulheres, quando se analisam os doze meses anteriores à realização do inquérito (28,6%) e os anos anteriores (32,2%); valores que aumentam ao adicionar os ex-maridos.

Gráfico 6: Relação de parentesco entre vítimas e autores nos últimos 12 meses (1º acto)



Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*, SociNova – FCSH-UNL/DGS, 2004.

Gráfico 7: Relação de parentesco entre vítimas e autores (anos anteriores)



Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*, SociNova – FCSH-UNL/DGS, 2004.

Ainda que com valores mais reduzidos, surgem igualmente os outros familiares, a entidade patronal e os desconhecidos (sobretudo quando o local é a rua e outros espaços públicos).

Apesar das percentagens de vítimas que referem os ex-namorados como autores serem menos expressivas (2,9% e 4,3%), não deixa de merecer um reparo o facto de estas mulheres ainda os referirem.

6. SAÚDE E VIOLÊNCIA

Foram considerados múltiplos indicadores relativos à saúde física e à saúde psicológica. Procurou-se obter igualmente informação sobre a saúde em geral, quer através da ida a Hospitais e Centros de Saúde, quer a médicos particulares.

Neste texto apresentar-se-ão só os indicadores que têm uma associação estatisticamente significativa com a vitimação¹². Não se procura estabelecer qualquer relação estatística de causalidade entre os

¹² Cálculo do Qui2 ($p < 0,001$) e selecção das células da categoria “vítima” com *resíduo ajustado e estandardizado* superior a 1,96 (entre o *valor observado* e o *valor esperado*).

dois fenómenos, aliás impossível neste contexto, mas tão só quantificar a probabilidade de ocorrência de problemas de saúde nas vítimas e não vítimas.

Alguns dos indicadores de saúde física podem ser lidos como sintomas de um quadro mais amplo, que remete para um processo de somatização. Este texto não agrupa esses indicadores, nomeadamente através da construção de índices, para elaborar qualquer interpretação desse tipo. Uma futura publicação será dedicada especificamente a este tema.

Em seguida, apresentar-se-ão os resultados separados por indicadores de saúde física e psicológica.

6.1. Saúde física

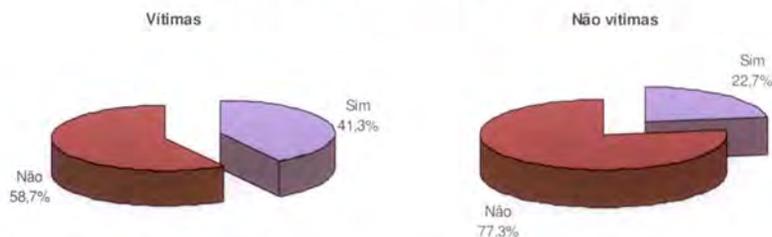
As mulheres vítimas têm maior probabilidade de recorrerem a Hospitais e Centros de Saúde, quando comparadas com as não vítimas.

Este primeiro indicador de saúde em geral é corroborado quando se alarga a análise à saúde física.

A maioria dos valores encontrados expressa uma associação estatisticamente significativa entre os respectivos indicadores e a violência. Em alguns deles, a probabilidade das vítimas sofrerem de um problema ao nível da saúde física é dupla de nas não vítimas (100% maior), ou situa-se próximo desse valor (80% de maior probabilidade). Noutros casos, os resultados estatísticos não são tão marcantes (de 10% a 60% de maior probabilidade de ocorrência entre as vítimas); todavia, eles tornam-se significativos no seu conjunto, contribuindo para dar uma imagem da amplitude das manifestações de saúde física a que a vitimação está associada.

Começemos pelas equimoses/hematomas, com uma probabilidade de ocorrência nas vítimas 1,8 vezes superior à das não vítimas (82% maior).

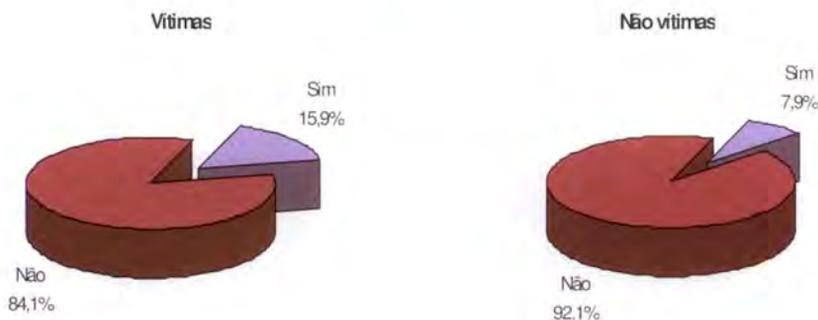
Gráfico 8: Equimoses/hematomas



Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*, SociNova – FCSH UNL/DGS, 2004.

Refira-se ainda que os hematomas podem ser detectados em todo o corpo; todavia, os que surgem na cabeça têm uma probabilidade de ocorrer nas vítimas vinte vezes superior à das não vítimas. De facto, tudo indica que esta parte do corpo é um dos alvos privilegiados dos autores de violência, sobretudo quando as lesões são ocultadas pelo cabelo.

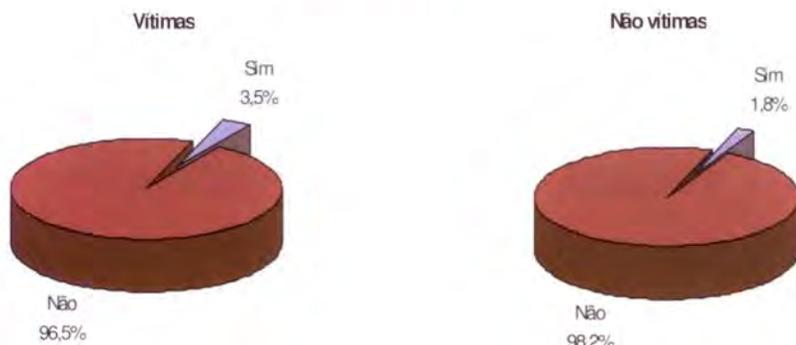
Gráfico 9: Feridas



Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*, SociNova – FCSH UNL/DGS, 2004.

Igualmente, a probabilidade de haver feridas nas vítimas é dupla da verificada nas não vítimas (100% maior), sendo os membros superiores os mais atingidos.

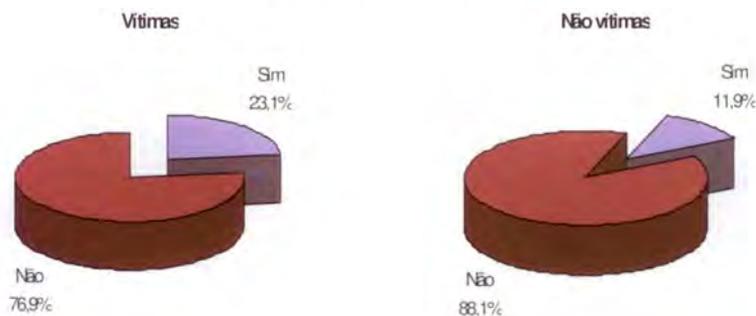
Gráfico 10: Coma



Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*, SociNova - FCSH-UNL/DGS, 2004.

As situações de coma e de hemorragia têm igualmente uma maior probabilidade de ocorrência entre as vítimas (1,9 vezes superior). Contudo, enquanto que as primeiras têm uma prevalência baixa no conjunto da amostra inquirida, as segundas representam cerca de $\frac{1}{4}$.

Gráfico 11: Hemorragia

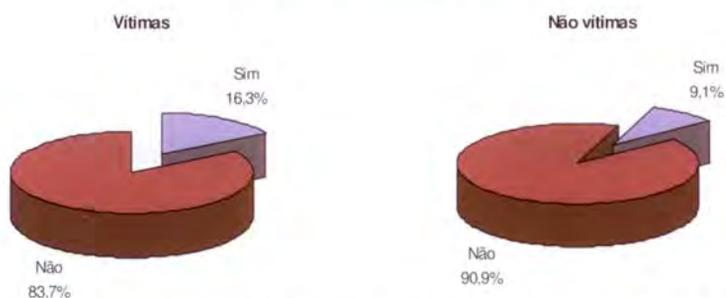


Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*, SociNova - FCSH-UNL/DGS, 2004.

Segue-se um conjunto de outros indicadores que, apesar de terem valores um pouco menos expressivos quanto à diferença entre a probabilidade de ocorrência nas duas situações de vitimação, ainda representam entre 55% e 80% de maior de probabilidade de surgirem

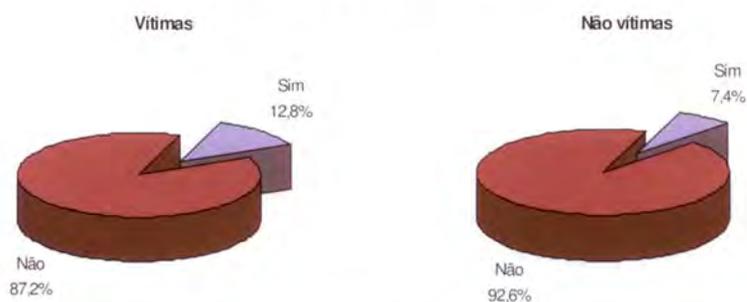
entre as vítimas. São eles os que se referem a: intoxicações, lesões genitais e obesidade.

Gráfico 12: Intoxicações



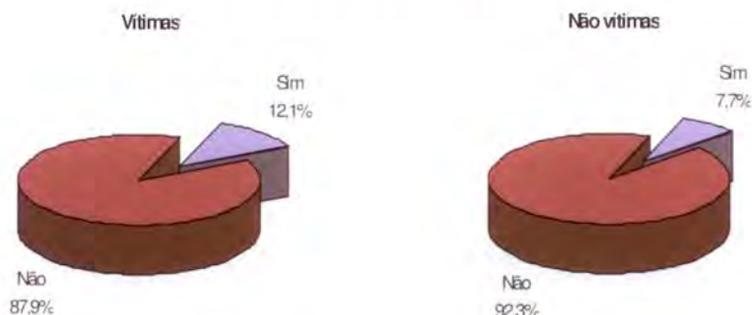
Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*, SociNova – FCSH-UNL/DGS, 2004.

Gráfico 13: Lesões genitais



Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*, SociNova – FCSH-UNL/DGS, 2004.

Gráfico 14: Obesidade



Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*, SociNova – FCSH-UNL/DGS, 2004.

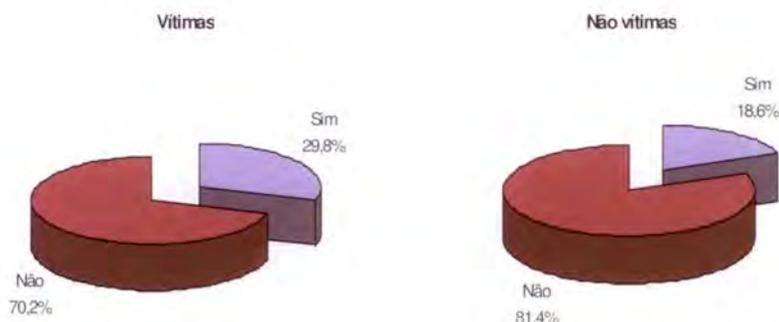
Os resultados obtidos revelam também um conjunto amplo de sintomas, doenças e lesões que estão estatisticamente associados à vitimação, ainda que com valores menos expressivos do que os observados anteriormente. Ainda assim, nestes indicadores, a probabilidade de ocorrência entre as vítimas é maior quando comparada com a das não vítimas (situando-se entre 24% a 46%). Como já foi referido, eles tornam-se significativos no seu conjunto, podendo em futuros trabalhos ser objecto de associação para uma análise em termos psicossomáticos. São eles:

- *Asma* (46% maior);
- *Queimaduras* (46% maior);
- *Palpitações* (44% maior);
- *Tremores* (43% maior);
- *Colite* (42% maior);
- *Cefaleias* (40% maior);
- *Vômitos frequentes* (40% maior);
- *Sensação de aperto na garganta* (40% maior);
- *Dermatite* (37% maior);
- *Úlcera gastro-duodenal* (37% maior);
- *Dificuldades respiratórias* (37% maior);
- *Sudação* (36% maior);
- *Peso/dor na zona abdominal* (36% maior);

- Dor/ “pressão no peito” (30% maior);
- Náuseas (29% maior);
- Hipertensão arterial (26% maior);
- Vertigens (26% maior);
- Secura de boca (26% maior);
- Insónias (24% maior).

Ainda que com características diferentes dos indicadores analisados anteriormente, é de referir a “modificação do desejo e/ou resposta sexual”, cuja probabilidade de ocorrer nas vítimas é 1.6 vezes superior à das não vítimas.

Gráfico 15: Modificação do desejo e/ou resposta sexual



Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*, SociNova – FCSH-UNL/DGS, 2004.

Quando se analisa só a categoria “frequentemente”, a probabilidade de ocorrer nas vítimas é 3,3 vezes superior (225% maior).

6.2. Saúde psicológica

Os valores obtidos ao nível da saúde psicológica são particularmente expressivos, quer pela prevalência no conjunto da amostra inquirida, quer pela variedade e tipo de indicadores, quer ainda pelos valores estatisticamente significativos de associação com a vitimação.

De facto, referimos em capítulo anterior que uma parte das vítimas tinha uma reacção de tipo passivo, parecendo que não reagem, que “não faziam nada”. Estes resultados mostram que “estavam a fazer algo”, nomeadamente em termos psicossomáticos: virando a agressividade contra si e, em muito menor grau, virando-a contra os outros.

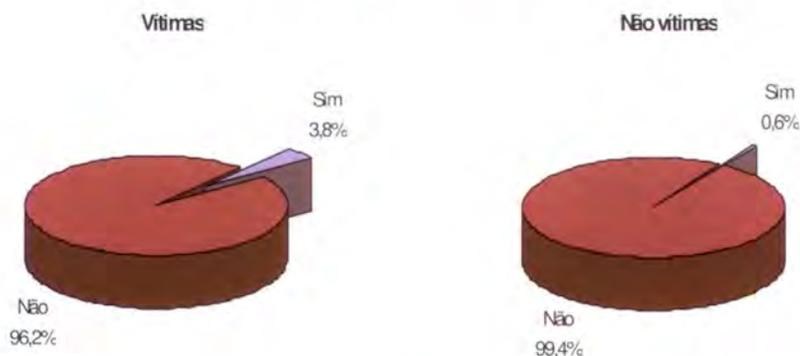
Começemos pelos indicadores cuja probabilidade de ocorrência entre as vítimas é superior à das não vítimas, com valores que se situam entre 1,6 e 5,8 vezes (58% a 580% maior a probabilidade de ocorrerem entre as vítimas).

Entre os indicadores que revelam uma associação mais expressiva com a vitimação, ainda que com prevalências diferentes, como mostram os gráficos seguintes, destacam-se: automutilação, tentativa de suicídio (sem ser sob o efeito de álcool ou droga), ideação suicida, pânico, ideias delirantes, outros comportamentos destrutivos, alucinações auditivas e visuais, fobias e medos excessivos, falta de esperança e sentimento de solidão.

Mas vejamos cada um desses indicadores *per se*. A automutilação tem uma prevalência baixa na amostra inquirida; contudo, a probabilidade de ocorrer entre as vítimas é 5,8 vezes superior à das não vítimas (484 % maior)¹³.

¹³ Resultados obtidos a partir das percentagens exactas de 3,7604% e 0,6439%.

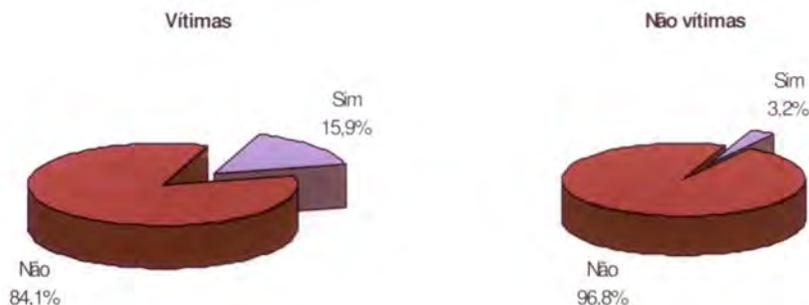
Gráfico 16: Automutilação



Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*, SociNova – FCSH-UNL/DGS, 2004.

A tentativa de suicídio apresenta um valor igualmente expressivo. Quando tal ocorre sob os efeitos do álcool ou da droga, a probabilidade de ocorrência é sete vezes superior entre as vítimas.

Gráfico 17: Tentativa de suicídio sem ser sob o efeito de álcool ou droga

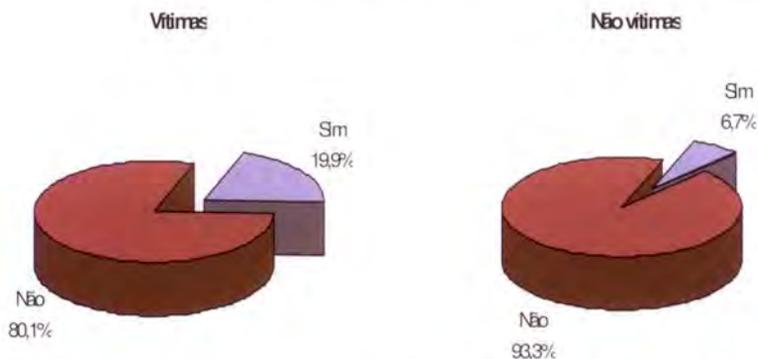


Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*, SociNova – FCSH-UNL/DGS, 2004.

Já em relação às ideações de suicídio, a probabilidade de ocorrência entre as vítimas é 2,8 vezes superior à das não vítimas (183% maior).

As ideias delirantes são referidas pelas mulheres inquiridas sob a forma de “ruína”, ligada à profissão ou aos afectos, o sem saída, a miséria inevitável, etc. As ideias paranóides – alguém lhes faz mal, diz mal, ou está a olhar criticamente.

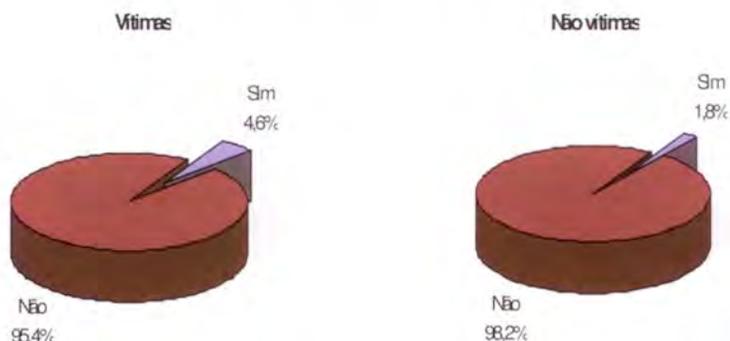
Gráfico 18: Ideias delirantes



Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*, SociNova – FCSH-UNL/DGS, 2004.

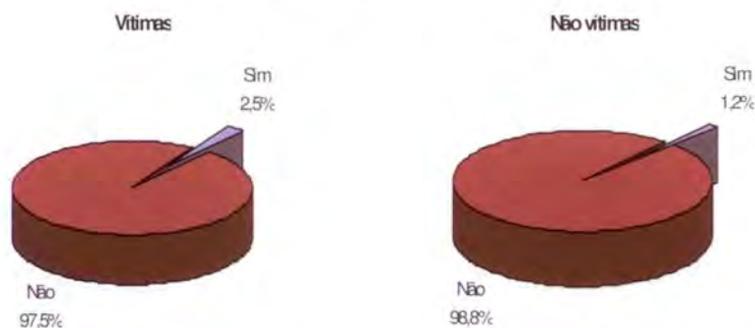
A prevalência obtida na amostra para o diagnóstico de pânico é baixa (de 4,6% entre as vítimas e 1,8% nas não vítimas). Todavia, a probabilidade de ocorrer é 2,5 vezes superior entre as vítimas de violência, quando comparada com a das não vítimas (150% maior). Situação semelhante encontra-se no diagnóstico de fobias.

Gráfico 19: Diagnóstico de pânico



Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*, SociNova – FCSH-UNL/DGS, 2004.

Gráfico 20: Diagnóstico de fobias

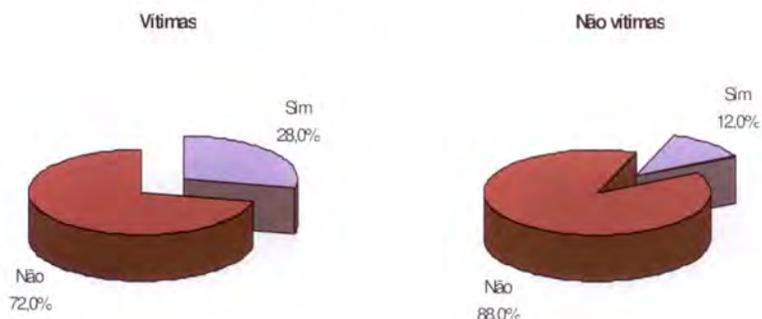


Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*, SociNova – FCSH-UNL/DGS, 2004.

No que se refere aos “medos excessivos” vividos pelas inquiridas, a sua prevalência é maior do que a das fobias (17,2% da amostra) e a probabilidade de ocorrer nas vítimas é 1,9 vezes maior do que nas não vítimas (95% maior).

Valor equivalente quanto à probabilidade de ocorrência (2,3 vezes superior nas vítimas) foi encontrado para os comportamentos destrutivos e classificados pelas inquiridas como sendo violentos.

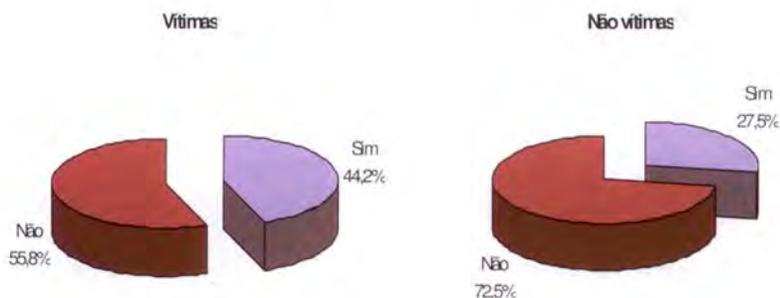
Gráfico 21: Comportamentos destrutivos



Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*, SociNova – FCSH-UNL/DGS, 2004.

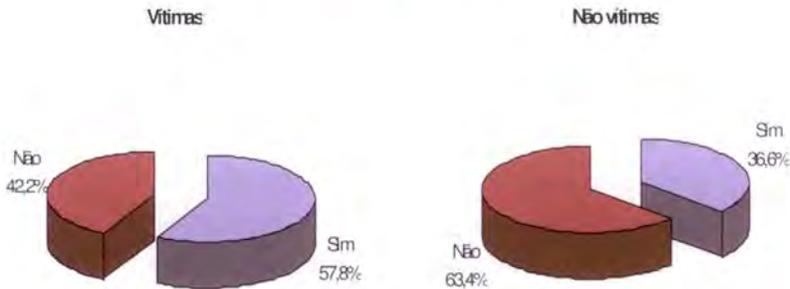
Os valores obtidos nos indicadores “falta de esperança” e “solidão” são dos mais elevados da amostra inquirida (34,2% e 45%, respectivamente); pode ser o resultado de especificidades destas mulheres, ou indiciar problemas civilizacionais do tempo presente ou conjunturais da sociedade portuguesa.

Gráfico 22: Falta de esperança



Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*, SociNova – FCSH-UNL/DGS, 2004.

Gráfico 23: Solidão



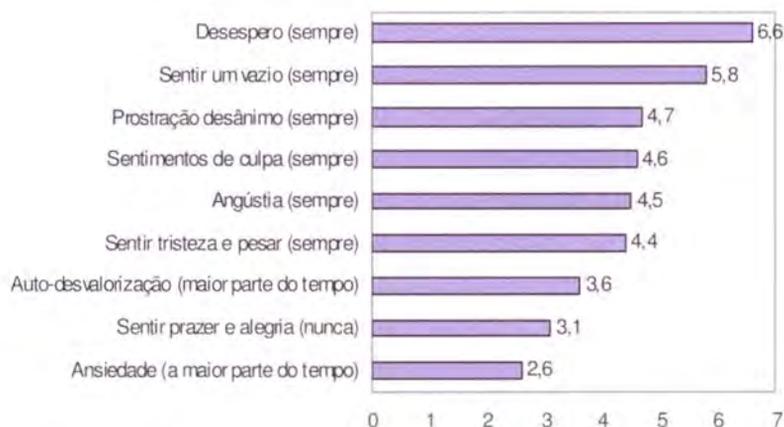
Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*. SociNova - FCSH-UNL/DGS, 2004.

Acresce a esta percentagem elevada, a maior probabilidade de tais problemas surgirem nas vítimas (1,6 vezes superior).

Com uma probabilidade de ocorrência entre as vítimas igualmente elevada, surgem também as consultas de Psiquiatria (2,1 vezes superior nas vítimas), de Psicologia (2,3 vezes superior nas vítimas) e um conjunto de outros indicadores de mal-estar psicológico, ordenados numa escala ordinal de frequência.

Salienta-se o sentir *sempre* desespero (6,6 vezes superior), o sentir *sempre* vazio (5,8 vezes superior), o sentir *sempre* prostração e desânimo (4,7 vezes superior), ter *sempre* sentimentos de culpa (4,6 vezes superior), o sentir *sempre* angústia (4,5 vezes superior), o sentir *sempre* tristeza e pesar (4,4 vezes superior entre as vítimas), o sentir a *maior parte do tempo* autodesvalorização (3,6 vezes superior entre as vítimas), o *nunca* sentir prazer e alegria (3,1 vezes superior) e o sentir ansiedade a *maior parte do tempo* (2,6 vezes superior).

Gráfico 24: Número de vezes em que é mais provável uma mulher vítima de violência manifestar um dos seguintes problemas, quando comparada com uma não vítima



Fonte: *Estudo Saúde e Violência Contra as Mulheres*, SociNova – FCSH-UNL/DGS, 2004.

Os resultados apresentados podem ser completados com mais indicadores em que a probabilidade de ocorrência entre as vítimas é superior à das não vítimas. Todavia, os analisados expressam já uma quantidade e variedade que aponta claramente no sentido de ser mais provável encontrar sintomas e outras manifestações de doenças físicas e psicológicas entre as mulheres vítimas do que entre as não vítimas.

Por vezes, a expressão dessa realidade é traduzida em resultados marcantes que se salientam pelo seu valor estatístico. Noutras, é o conjunto dos indicadores que ajuda a completar o quadro de análise. Uns e outros devem ser tidos em consideração nesta síntese dos resultados agora apresentados.

BIBLIOGRAFIA CITADA

Acosta, José; Acosta, Lorente; Vilda, M. Elena & Cañadas, Villanueva (2000). «Síndrome de la Agresión a la Mujer», in *Revista Electrónica de Ciencia Penal e Criminología*, nº 2-07.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Washington, DC: APA.

Giddens, Anthony (1993). *Sociology*. Oxford: Polity Press (2ª edição, 1ª edição de 1989).

Archer, John & Lloyd, Barbara (2002). *Sex and Gender*. Cambridge: Cambridge University Press, (2ª edição, 1ª edição em 1982).

Ariès, Philippe (1975). *L'Enfant et la Vie Familiale sous l'Ancien Régime*. Paris : Éditions du Seuil.

Astin, M.C.; Lawrence, K.J. & Foy, D.W. (1993). «Posttraumatic Stress Disorder Among Battered Women: Risk and Resiliency Factors», in *Violence and Victims*. Nº 8, pp.17-28.

Barreto, António (org.) (2000). *A Situação Social em Portugal, 1960-1999, Vol II – Indicadores Sociais em Portugal e na União Europeia*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.

Beck, Ulrich (1992). *Risk Society - Towards a New Modernity*. London: Sage (trad.).

Benavente, Ana (coord.); Rosa, Alexandre; Costa, António Firmino da & Ávila, Patrícia (1996). *A Literacia em Portugal – Resultados de uma Pesquisa Extensiva e Monográfica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian – Serviço de Educação – e Conselho Nacional de Educação.

Bourdieu, Pierre (1998). *La Domination Masculine*. Paris: Seuil.

Burge, K.S. (1997). «Violence Against Women», in *Primary Care*», nº 24 (1), pp.67-81.

Cook, Rebecca (1994). «State Accountability Under the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women», in Rebecca Cook (ed), *Human Rights of Women: National and International Perspectives*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Costa, Maria Emília & Duarte, Cidália (2000). *Violência Familiar*. Porto: Ambar.

Faúndes, Aníbal; Leocádio, Elcylene & Neto, Jorge (2001). *Relatório Final do VI Fórum de Atendimento Integral à Mulher Vítima de Violência Sexual*. São Paulo.

Gillioz, Lucienne; De Puy, Jacqueline & Ducret, Véronique (1997). *Domination et Violence Envers la Femme dans le Couple*. Lausanne: Ed. Payot.

Grácio, Sérgio (1997). *Dinâmicas de Escolarização e das Oportunidades Individuais*. Lisboa: Educa.

Hatty, Suzanne (2000). *Masculinities, Violence and Culture*. London: Sage.

Houskamp, B. M. & Foy, D. W. (1991). «The Assessment of Posttraumatic Stress Disorder in Battered Women», in *Journal of Interpersonal Violence*. Nº 6, pp.367-375.

Jodelet, Denise (Dir.) (1989). *Les Représentations Sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.

Lisboa, Manuel; Barroso, Zélia & Marteleira, Joana (2003). *O Contexto Social da Violência Contra as Mulheres Detectada nos Institutos de Medicina Legal*. Lisboa: CIDM.

Lisboa, Manuel; Carmo, Isabel; Vicente, Luísa & Nóvoa, António (2003). *Os Custos Sociais e Económicos da Violência Contra as Mulheres*. Lisboa: CIDM.

Lourenço, Nelson & Lisboa, Manuel (1992). *Representações da Violência*. Lisboa: CEJ.

Lourenço, Nelson & Lisboa, Manuel (1995). *Relatório Final sobre a Violência Contra as Mulheres*. Lisboa: CIDM.

Lourenço, Nelson, Lisboa, Manuel & Pais, Elza (1997). *Violência Contra as Mulheres*. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.

Mamta Saigal (2000), «Domestic Violence», in Lawers Collective Women's Rights Initiative, *Domestic Violence an Law*. New Delhi: Butterworths.

Mezey, GC. & Bewley, S (1997). «Domestic Violence and Pregnancy», in *BMJ* 314, 1295.

Monteiro, Fátima (2000). *Mulheres Agredidas pelos Maridos: de Vítimas a Sobreviventes*. Lisboa: CIDM.

Piispa, Minna & Heiskanen, Markku (2001). *The Price of Violence - the Costs of Men's Violence Against Women in Finland*. Helsinki: SVT.

Poeschl, Gabrielle (2000). «Trabalho Doméstico e Poder Familiar: Práticas, Normas e Ideias», in *Análise Social*, nº 156, pp. 695-719.

SchorNSTein, Sherri (1997). *Domestic Violence and Health Care: What Every Professional Needs to Know*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Shorter, Edward (1977). *Nasissance de la Famille Moderne*. Paris: Éditions du Seuil, trad.

Vicente, Luísa (2003). «Custos com a Saúde Psicológica», in Lisboa, Manuel ; Carmo, Isabel ; Vicente, Luísa & Nóvoa, António (2003). *Os Custos Sociais e Económicos da Violência Contra as Mulheres*. Lisboa : CIDM, pp.67-76.

Walker, Lenore (1993), «The Battered Woman Syndrome is a Psychological Consequence of Abuse», in Gelles. R. & Loseke, D. (eds.), *Current Controversies on Family Violence*. Newbury Park: Sage Publications.

Este estudo foi uma iniciativa da Direcção-Geral da Saúde – Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, como contributo para o II Plano Contra a Violência Doméstica, Cofinanciado pelo Saúde XXI no âmbito da Redução das Desigualdades em Saúde.

EDITOR

Direcção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45

1049-005 LISBOA

<http://www.dgsaude.pt>

dgsaude@dgsaude.min-saude.pt

CAPA

Vítor Alves

IMPRESSÃO

Gráfica Maiadouro

TIRAGEM

1500 exemplares

DEPÓSITO LEGAL

229965/05



Ministério da Saúde
Direcção-Geral da Saúde



Saúde XXI

Programa Operacional de Saúde



Fundos Estruturais