

## NOTA PRÉVIA

Esta tese foi totalmente desenvolvida em Portugal, sobre uma realidade portuguesa, por uma pesquisadora brasileira. Deste modo, o texto aqui apresentado é um híbrido composto pelas experiências anteriores da pesquisadora e suas inter-relações com a realidade local. Como tal, preferimos empregar a primeira pessoa do plural a fim de prestar um reconhecimento a todas as “outras vozes” que o compuseram - autores(as), pesquisadores(as), professores(as) e muitas outras pessoas que interagiram neste processo. Procurou-se também manter a grafia das palavras e expressões na vertente local do idioma português sem, contudo, perder o “estilo abasileirado” de escrita.



*Para Renato,  
Mais do que esposo,  
Companheiro de todas as horas.*

*Sem tua presença nada teria sido possível.*



## *Agradecimentos*

À Prof. Doutora Conceição Nogueira, por saber dosar na medida correcta o estímulo para novos desafios com a necessidade de manter os pés no chão;

Ao Departamento de Psicologia do Instituto de Educação e Psicologia, por facultar todas os recursos necessários para a concretização deste trabalho;

À Dr.<sup>a</sup> Carla Ribeiro, gestora de bolsas do Programa Alβan;

Um agradecimento especial à equipe do Gabinete de Relações Internacionais da Universidade do Minho, em particular à Dr.<sup>a</sup> Adriana Lago de Carvalho, pelo incansável apoio e por ir muito além de suas obrigações profissionais;

À Directora do Centro de Saúde de Braga, Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Barbosa Albuquerque Pardal Oliveira, pela autorização para a realização das entrevistas;

Aos Médicos e Médicas de Família do Centro de Saúde de Braga, por encontrarem espaço em sua atribulada agenda para partilhar suas experiências;

E, acima de tudo, ao Renato, por ser meu apoio e parceiro constante; por aceitar deixar suspenso seus projectos pessoais para viver esta experiência em terras lusitanas; por comprovar que o discurso feminista pela igualdade pode ser concretizado nas relações conjugais;

Às nossas famílias, por apoiarem a nossa ausência;

Este projecto foi realizado com o apoio do Programa Alβan, Programa de bolsas de alto nível da União Europeia para América Latina, bolsa nº E05D053211BR.



## **Violência de Género e os Discursos Circulantes nos Cuidados de Saúde Primários**

### *Resumo*

O movimento feminista, embora não possa ser compreendido de modo uniforme, representou um importante desafio para a sociedade e para a ciência em particular. Na sua luta política pela igualdade, foi responsável pela denúncia da violência vivida por mulheres no contexto de seus relacionamentos íntimos, conduzindo a integração da temática no campo dos direitos humanos. Mais contemporaneamente, o campo da saúde pública tem vindo a demonstrar atenção para este problema ainda oculto pelas normas sociais que privilegiam a privacidade familiar e que colocam os homens em um estatuto de poder superior sobre as mulheres. As repercussões sobre a saúde física e psicológica das vítimas de maus-tratos têm sido amplamente documentadas em estudos, relatórios, tratados e convenções. As iniciativas de prevenção da violência, ao promoverem a desocultação do fenómeno, têm sido hábeis em aumentar a consciência social sobre o problema e propiciado um aumento no número de casos registados nas entidades policiais, judiciais e instituições de apoio, representando, mais do que um aumento na incidência, uma maior visibilidade do fenómeno.

No entanto, muito ainda está por fazer. Tradicionalmente encarado de modo polarizado como um problema de origens socioculturais (consequência do “machismo”) ou como uma perturbação individual (como uma patologia, um desvio), o desafio está na integração dos factores socioculturais ao atendimento prestado pelo sector saúde às vítimas de violência conjugal. A saúde, devido à predominância do modelo biomédico, tem apresentado dificuldades em trabalhar com os “determinantes sociais”, embora já os considere. Em muitos casos, a integração destes aspectos está mais no nível teórico do que das práticas e, ainda assim, com muitas imprecisões e distorções, tal como demonstra o equivocado uso do termo género como sinónimo de sexo em diversas publicações e na formulação de políticas públicas.

Os cuidados de saúde primários, por definição, trabalham com uma perspectiva bio-psico-social e, deste modo, devem estar preparados para lidar com problemas que vão além da enfermidade orgânica, tal como a violência de género. Neste aspecto, os médicos de família actuates nos cuidados de saúde primários são importantes actores para despiste e acompanhamento destes casos devido ao contacto directo com todos os membros da família, a continuidade do atendimento prestado e a relação de confiança que estabelecem com





seus(uas) utentes. Desta forma, é urgente reflectir sobre o cuidado que tem sido prestado às mulheres vítimas de maus-tratos, em especial no domínio dos cuidados de saúde primários.

Inserida no paradigma crítico oferecido pelo construcionismo social, análise de discurso e feminismo, a presente investigação tem como objectivo mapear os discursos circulantes nos cuidados de saúde primários sobre a violência de género e examinar suas consequências para as práticas de cuidado oferecidas às mulheres submetidas à violência conjugal. De modo subjacente, pretende desconstruir estes discursos a fim de construir práticas de cuidado mais sensíveis às especificidades femininas, promovendo um saber mais responsável com a melhoria das condições de vida das mulheres - mas também dos homens, entendendo o género como algo que se faz nas relações interpessoais e reconhecendo que os padrões da masculinidade hegemónica também podem ser opressivos para os homens.

Foram realizados três estudos, os quais procuraram “mapear” as diferentes manifestações do discurso sobre a violência de género. Esta estratégia, longe de buscar a generalização dos dados ou almejar revelar “a verdade” sobre o fenómeno, relaciona-se à compreensão dos saberes como parciais, limitados e historicamente situados. No Estudo I (Investigações sobre mulheres e violência em Portugal), fazemos um levantamento dos trabalhos de mestrado e doutoramento realizados nas universidades portuguesas sobre mulheres e violência. Os resultados indicam que ainda este é um tema recente e em expansão. No estudo II (Revistas médicas: a invisibilidade da violência de género em publicações nacionais), procedemos à análise crítica do discurso veiculado na Revista Portuguesa de Clínica Geral e na Revista Portuguesa de Saúde Pública, concluindo-se que a violência doméstica contra as mulheres não tem sido consistentemente discutida, pensada e pesquisada no campo da saúde portuguesa, tendo como efeitos a invisibilidade de um grave problema de saúde pública e a adopção de práticas individualizantes e pouco efectivas. No Estudo III (Discurso de Médicos de Família actuantes nos Cuidados de Saúde Primários), foram entrevistados 11 profissionais actuantes no município de Braga. Os resultados confirmam os achados dos estudos anteriores, demonstrando a necessidade de incorporar novos saberes às práticas destes profissionais.



# **Gender-based Violence and the Circulating Discourses in the Primary Health Care**

## **Abstract**

The feminist movement, though it could not be understood in a uniform way, represented an important challenge for the society and in particular, for the science. In its political struggle for the equality, it was responsible for the denunciation of the violence experienced by women in the context of their intimate relationships, leading the integration of the theme in the humans rights field. More contemporarily, the field of the public health has come to demonstrate attention for this problem, which is still hidden by the social standards that privilege the familiar privacy and that place men in a position of superior power compared to women. The repercussions on the physical and psychological health of the victims of intimate partner violence have been widely registered in studies, reports, treaties and conventions. The initiatives of violence prevention, more than bringing this issue to light, have been able to increase the social conscience on the problem and propitiated an increase in the number of cases registered in the police, judicial entities and institutions of support, representing, more than an increase in the incidence, a bigger visibility of the phenomenon.

However, there is still a lot to be done. Traditionally faced in way, that is, polarized as a problem of socio-cultural origins (consequence of the "male chauvinism") or as an individual disorder (like a pathology, a diversion), the challenge is to integrate socio-cultural factors in the health sector service to the victims of conjugal violence. The health sector, due to the predominance of the biomedical model, has been facing difficulties in working with "social determinants", though it already considers them. In many cases, the integration of these aspects is more in the theoretical level rather than practical one and, even so, with many distortion and inaccuracies, such as demonstrated to the misunderstood use of the term 'gender' as a synonym of sex in several publications and in the formularization of public politics.

The primary health care, for definition, works with a bio-psycho-social perspective and, in this way, must be prepared to deal with problems that go beyond the organic disease, such as gender-based violence. In this aspect, family physicians are important characters for mislead and accompaniment of these cases due to the direct contact with all the members of



the family, attendance continuity and trust relationships with their clients. Thus, it is urgent to reflect on service that is provided to battered women, especially in the primary health care.

Inserted in the critical paradigm offered by the social constructionism, discourse analysis and feminism, the present inquiry aims to map the circulating discourses in the primary health care on the gender-based violence and to examine its consequences for the practices of care offered to women victim of conjugal violence. In an underlying way, it also intends to deconstruct these discourses in order to build practices of care more sensible to female specificities, promoting a more responsible knowledge with the improvement of the conditions of life of women - but also of men, understanding 'gender' as something that is constructed in the interpersonal relations and recognizing that hegemonic masculinity can also be oppressive for men.

Three studies had been carried out, which looked at "mapping" the different manifestations of the discourse on gender-based violence. Far from looking for the generalization of data or longing to reveal "the truth" on the phenomenon, this strategy is linked to the understanding of knowledge as partial, limited and historically situated. In Study I (Investigations on women and violence in Portugal), we made a research of the fulfilled works of master's degree and post-graduation (PhD) courses carried through in the Portuguese universities on women and violence field. The results indicate that this is still a recent subject and in expansion. In Study II (Medical Journals: the invisibility of gender-based violence in national publications), we proceed to a critical analysis of discourse in "Portuguese Journal of General Practice" (Revista Portuguesa de Clínica Geral) and "Portuguese Public Health's Journal" (Revista Portuguesa de Saúde Pública), concluding that the domestic violence against women has not been consistently discussed, thought and investigated in the field of the Portuguese health, taking as effects the invisibility of a serious problem of public health and the adoption of individualist and poorly effective practices. In Study III (Discourse of family practice physicians that act in the Primary Health Care), 11 professionals that act in the city of Braga were interviewed. The results confirm the findings of the previous studies, demonstrating the necessity of incorporating new knowledge to the practices of these professionals.



<b>Nota Prévia .....</b>	<b>iii</b>
<b>Dedicatória.....</b>	<b>v</b>
<b>Agradecimentos .....</b>	<b>vii</b>
<b>Resumo.....</b>	<b>ix</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>xiii</b>

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
-------------------------	----------

## **PARTE A**

<b>CONSTRUÇÃO SOCIAL DO PROBLEMA.....</b>	<b>9</b>
---	----------

<i>Apresentação.....</i>	<i>11</i>
--------------------------	-----------

<b>Capítulo 1: A Emergência da Violência Contra as Mulheres Como uma Preocupação Mundial.....</b>	<b>13</b>
---	-----------

1.1 O papel histórico das organizações de mulheres.....	13
---	----

1.2. A violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos .....	16
--	----

1.3 A violência contra as mulheres como um problema de saúde pública .....	26
--	----

<b>Capítulo 2: A Posição de Portugal no Contexto Europeu .....</b>	<b>31</b>
--	-----------

2.1. O contexto europeu .....	31
-------------------------------	----

2.2 Participação portuguesa em Tratados Internacionais.....	34
---	----

2.3 O percurso histórico da CIDM como mecanismo institucional para a igualdade.....	36
---	----

2.4. Políticas públicas para as mulheres em Portugal.....	42
---	----

2.5 Principais alterações legais no âmbito da violência contra mulheres .....	48
---	----

2.6. Principais investigações sobre mulheres e violência realizadas em Portugal.....	56
--	----

2.7 Principais instituições vocacionadas para o atendimento de casos de violência doméstica contra mulheres .....	117
--	-----

## **PARTE B**

<b>DEFINIÇÕES CONCEPTUAIS E EPISTEMOLÓGICAS.....</b>	<b>137</b>
--	------------

<i>Apresentação.....</i>	<i>139</i>
--------------------------	------------

<b>Capítulo 3: O Movimento Feminista Para Além de suas Fronteiras .....</b>	<b>141</b>
---	------------

3.1 Feminismo ou feminismo(s)? .....	141
--------------------------------------	-----





3.2 Feminismo(s) e movimentos de mulheres em Portugal.....	152
3.3 Feminismo(s) e a crítica à ciência.....	161
<b>Capítulo 4: O “Novo” Paradigma: Construcionismo Social e Análise Crítica De Discurso.....</b>	<b>173</b>
4.1 A (moderna) ciência psicológica.....	173
4.2 A psicologia social.....	181
4.3 A psicologia social em crise.....	189
4.4 A psicologia social (como) crítica: construcionismo social e análise de discurso.....	198
4.5 O conceito de género no feminismo pós-moderno.....	226
<b>Capítulo 5: Violência Contra Mulheres - A Variabilidade nas Terminologias.....</b>	<b>237</b>
<b>INTEGRAÇÃO.....</b>	<b>245</b>
<b>PARTE C</b>	
<b>OS DISCURSOS SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES – ESTUDOS EMPÍRICOS.....</b>	<b>247</b>
<i>Apresentação.....</i>	<i>249</i>
<b>Capítulo 6: Saberes Situados: Metodologias, Domínio e Contexto.....</b>	<b>251</b>
6.1 Metodologias utilizadas.....	251
6.2 O domínio científico.....	278
6.3 O contexto local: município de Braga.....	297
<b>Capítulo 7: Estudos Empíricos.....</b>	<b>315</b>
7.1 Análise de discurso: potencialidades investigativas para a violência de género (Estudo Piloto).....	315
a) Introdução.....	315
b) O paradigma epistemológico da análise crítica do discurso.....	316
c) O processo de análise de discurso.....	318
d) Apresentação dos resultados.....	320
e) Conclusões.....	329
7.2. Análises do discurso na produção científica.....	330
i) Estudo I – A investigação científica sobre mulheres e violência em Portugal: Teses e Dissertações.....	330
a) Introdução.....	330



b) Metodologia .....	332
c) Apresentação e discussão dos resultados .....	336
d) Considerações finais .....	357
ii) Estudo II – Revistas médicas: a invisibilidade da violência de género em publicações nacionais .....	361
a) Introdução .....	361
b) Metodologia .....	362
c) Apresentação e discussão dos resultados .....	363
d) Conclusões .....	415
7.3 Análise de discurso de profissionais da medicina .....	422
i) Estudo III – Entre discursos e saberes: médicos de família actuantes nos cuidados de saúde primários .....	422
a) Introdução .....	422
b) Metodologia .....	425
c) Apresentação e discussão dos resultados .....	427
d) Conclusões .....	529
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>539</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>543</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>579</b>
Anexo A – Autorização para pesquisa Direcção do Centro de Saúde de Braga .....	581
Anexo B – Autorização para pesquisa Gabinete de Acção Social de Braga .....	582
Anexo C – Autorização para pesquisa Cáritas Arquidiocesana de Braga (Espaço Mulher) .....	583
Anexo D – Autorização para pesquisa Cáritas Arquidiocesana de Braga (Espaço Mulher) .....	584
Anexo E - Autorização para pesquisa Gabinete de Atendimento APAV - Braga .....	585
Anexo F – Modelo do termo de consentimento informado (Estudo III) .....	586
Anexo G – Diferenças entre paradigmas de pesquisa .....	587
Anexo H – Guião das entrevistas semi-estruturadas (Estudo III) .....	588
Anexo I – Diferenças entre análise de conteúdo, análise temática e análise de discurso .....	590
Anexo J – Busca de teses e dissertações (Estudo I) .....	591
Anexo K – Selecção de estudos sobre mulheres e violência (Estudo I) .....	620
Anexo L – Grelha de Análise (Estudo I) .....	622
Anexo M – Artigos com o descritor “violência” (RPSP) (Estudo II) .....	626
Anexo N – Artigos com o descritor “violência (RPCG) (Estudo II) .....	627



## LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

### Estudo I

Quadro I – Descritores utilizados para busca bibliográfica .....	335
Tabela I – Síntese dos dados para o descritor “violência” .....	337
Tabela II – Síntese dos dados para o descritor “género” .....	339
Tabela III – Síntese dos dados para o descritor “mulheres” .....	341
Tabela IV – Síntese dos dados para o descritor “feminismo/feminista/feminino(a)” .....	344
Tabela V – Síntese dos dados para os descritores “abuso” e “violação” .....	345
Tabela VI – Síntese dos dados para o descritor “rapariga(s)” .....	345
Tabela VII – Distribuição dos estudos de acordo com o descritor, sexo do(a) autor(a) e Universidade .....	347
Tabela VIII – Síntese dos dados violência conjugal/contra mulheres .....	352

### Estudo II

Tabela I – Levantamento de Artigos (Estudo II) .....	364
Figura 01 – Categorias temáticas do estudo da negatividade (Estudo II) .....	385

### Estudo III

Tabela I – Distribuição por sexo .....	428
Tabela II – Média de idades .....	428
Tabela III – Estado civil .....	429
Tabela IV – Anos que está licenciado(a) .....	429
Tabela V – Anos que actua como Clínico Geral e Familiar .....	430
Tabela VI – Anos que actua neste serviço .....	430
Tabela VII – Formação complementar (além da Clínica Geral e Familiar) .....	430

## INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje, cada vez mais, a violência tem se tornado uma preocupação da população em geral, bem como de governantes. Presente tanto em países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, manifesta-se de diversas formas: chacinas em escolas, guerras civis, violência urbana (assaltos, sequestros, tiroteios) e violência doméstica. É, portanto, um risco ao qual a população, de um modo geral, está exposta.

De acordo com o Relatório Mundial Sobre Saúde e Violência (Dahlberg & Krugg, 2002), no ano 2000, 1.6 milhões de pessoas, em todo o mundo, morreram devido a actos de violência auto-infligida, interpessoal ou colectiva, correspondendo a uma taxa 28.8 pessoas para cada 100 mil habitantes. A maior parte destas mortes ocorreu em países de baixa e média renda, sendo que menos de 10% deste total ocorreu em países de alta renda. Dentre os diversos resultados apresentados neste relatório, destaca-se o facto de que, assim como outros problemas de saúde, a violência não se distribui uniformemente na população. Em 2000, os homens representavam 77% de todos os homicídios, com taxas mais de três vezes superiores às das mulheres. Com relação às taxas de homicídio de mulheres, estudos realizados na Austrália, Canadá, Israel, África do Sul e Estados Unidos da América (EUA) estimam que entre 40-70% das vítimas femininas de assassinato foram mortas por seus companheiros ou namorados, frequentemente no contexto de um relacionamento abusivo. Esta situação contrasta enormemente com a situação das vítimas masculinas de assassinato. Por exemplo, nos EUA, entre 1976 e 1996, apenas 4% dos homens havia sido assassinado por esposas, ex-esposas ou namoradas. Na Austrália, entre 1989 e 1996, estes números correspondiam a 8,6% (Heise & Garcia-Moreno, 2002).

Falando especificamente das diversas formas de violência praticadas contra as mulheres, pesquisas realizadas em várias partes do mundo mostram que este é um problema muito mais grave do que previamente se acreditava. Um estudo desenvolvido em 1997 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 10 países (Bangladesh, Brasil, Etiópia, Japão, Namíbia, Peru, Samoa, Sérvia e Montenegro, Tailândia e Tanzânia) sobre a saúde das mulheres e suas vivências mostrou que a violência doméstica é um fenómeno universal que ocorre em todo o mundo. Geralmente, seus perpetradores são pessoas conhecidas das vítimas, especialmente maridos, companheiros, namorados ou ex-companheiros (World Health Organization, 2005a).

Corroborando estes dados, Heise e Garcia-Moreno (2002) destacam que uma das formas mais comuns de violência praticada contra as mulheres é aquela cometida por maridos ou parceiros íntimos, o que é completamente diferente da situação dos homens, que estão muito mais propensos a serem agredidos por estranhos. O facto de as mulheres frequentemente estarem emocionalmente envolvidas e economicamente dependentes de quem as agride tem implicações específicas para a dinâmica do abuso e para as estratégias para lidar com ele. Diferentemente de outras formas de violência, em que há maior predominância de certos grupos como vítimas, a violência nas relações íntimas ocorre contra mulheres de todos os países, independentemente de grupos sociais, económicos, religiosos ou culturais. Ainda que as mulheres possam ser violentas com os homens em seus relacionamentos e que a violência também possa estar presente nos relacionamentos entre pessoas de mesmo sexo, as formas mais avassaladoras de violência entre parceiros são vividas por mulheres nas mãos dos homens. É, portanto, um problema mediado pelo género.

Em todo o mundo, abusos sexuais e físicos ocorrem diariamente, sendo que a maior parte destes eventos ocorrem nos lares, locais de trabalho e, até mesmo, nas instituições de saúde ou sociais que deveriam cuidar destas pessoas. A morte não é a única forma de agressão a que as mulheres são constantemente submetidas, abrangendo uma variedade de comportamentos: agressões sexuais, emocionais e físicas, assassinato, mutilação genital, perseguição, abuso sexual, tráfico e exploração sexual, entre outras. Ainda assim, a violência praticada por um parceiro íntimo e a violação sexual têm sido as formas específicas de violência contra mulheres com maior desenvolvimento no campo teórico. Neste sentido, diversas pesquisas e estimativas já foram realizadas, um pouco por todo o mundo, a fim de determinar a gravidade do problema (Jasinski, 2001).

O número de mulheres que reporta ter sido alguma vez agredida fisicamente por um parceiro varia entre de 10% no Paraguai e Filipinas, passando a 22,1% nos EUA, 29% no Canadá e 34.4% no Egipto. Uma importante consideração a este respeito é o facto destes estudos se basearem no auto-relato das vítimas, o que significa que podem existir muitos outros casos que não são relatados. Certamente, naqueles países em que há uma pressão maior para que a violência permaneça “atrás de portas fechadas” ou em que simplesmente seja aceita como “natural”, a violência não-fatal tem maior tendência em permanecer subnotificada. As vítimas podem ter receio em discutir os actos de violência, não só por vergonha ou tabus, mas também por medo. Admitir ter vivenciado certos tipos de agressões -

como a violação sexual - em alguns países, pode resultar em morte. Em algumas culturas, a preservação da honra familiar é um motivo tradicional para o assassinato das mulheres violadas, através dos chamados “crimes de honra” (Dahlberg & Krugg, 2002, 2006).

Em Portugal, o primeiro inquérito nacional sobre violência contra as mulheres foi realizado em 1995 (Lourenço, Lisboa & Pais, 1997), tendo sido encontrada uma prevalência de 52,5% para pelo menos um tipo de violência (física, psicológica, sexual e discriminação sociocultural). Entre as mulheres que referiram ter sido alvo de algum acto de violência no último ano, 50,7% citou a psicológica, sendo seguida pela sexual (28,1%) e a discriminação sociocultural (14,1%), enquanto a violência física foi a que obteve o valor mais baixo (6,7%). O espaço da casa-família foi identificado como onde mais se praticam as agressões (43%), sendo seguido pelo espaço público (34%) e o local de trabalho (16%).

Desde então, diversas iniciativas foram adoptadas no país para dar conta de um problema “invisível” devido a preservação de valores como a privacidade e a necessidade de manutenção da coesão familiar. A partir do ano 2000, com a promulgação da Lei nº 7/00, de 27 de Maio, a violência doméstica passou a ser concebida como um crime público e, entre 1999 e 2008, foram adoptados três Planos Nacionais de Combate à Violência Doméstica (1999, 2003 e 2007), além de Planos Nacionais para a Igualdade (1999, 2003 e 2007) e um Plano Nacional para o Combate do Tráfico de Seres Humanos (2007).

Ao mesmo tempo, as forças policiais realizaram qualificações e implementaram projectos específicos para lidar com a problemática. De acordo com a Direcção Nacional da PSP (2007), devido à maior visibilidade e consciencialização da população, tem havido um aumento no registo deste tipo de crimes desde o ano 2000. Assim, em 2006 foram registados 11.638 ocorrências de violência doméstica, correspondendo a um incremento de 18,5% com relação ao ano anterior. Neste mesmo período, foram efectuadas 161 detenções por crimes de violência doméstica, especialmente por suspeita de maus-tratos a cônjuge/companheiro(a). Se analisarmos os mesmos dados entre os anos 2000 e 2006, a PSP efectuou um total de 836 detenções por crimes de violência doméstica, perfazendo uma média de 118 detenções por ano e cerca de 10 detenções por mês. Quanto à relação entre vítima e agressor, em cerca de 70% dos casos registados em 2006 existia uma relação de conjugalidade, sendo 81% das vítimas mulheres e 89% dos autores homens.



De acordo com a Guarda Nacional Republicana<sup>1</sup>, entre os anos 2000 e 2005 foram registadas 36.622 ocorrências de violência doméstica entre cônjuges/casais em situações análogas. Destes, 98,49% foram cometidos por homens e 10,36% por mulheres. Em 96,01%, as vítimas são do sexo feminino, enquanto em 14,48% do sexo masculino. O grau de parentesco entre vítima e agressor é maioritariamente cônjuge ou companheiro (88,17%), número que, ao ser somado ao ex-companheiro (3,38%), perfaz um total de 91,55% de casos de violência conjugal.

Mesmo sem falarmos nos casos não identificados ou desconhecidos, os dados apresentados até o momento são alarmantes. Apesar das diversas iniciativas internacionais e nacionais, nenhuma solução definitiva foi encontrada até o momento. Entretanto, desde finais da década de 1990 a violência tem sido considerada como um problema de saúde pública, uma vez que apresenta consequências na saúde física e mental de todos os envolvidos. Ainda que seus custos reais sejam difíceis de precisar, implica bilhões de dólares gastos em todo o mundo com cuidados de saúde, e muitos mais para as economias nacionais em termos de dias de trabalho perdidos, custos legais e investimentos desperdiçados. Os custos humanos com o sofrimento e a dor, obviamente, são ainda mais difíceis de mensurar, assim como seu impacto e algumas de suas causas. Os danos, ferimentos, traumas e mortes causados pela violência correspondem a altos custos emocionais, sociais e económicos, representando faltas ao trabalho e danos mentais e emocionais imensuráveis nas vítimas e seus familiares. As análises de suas consequências para o sector saúde mostram o aumento de custos nos serviços de urgência, cuidado médico e reabilitação, os quais são muito mais onerosos do que a maior parte dos cuidados convencionais em saúde (Dahlberg & Krugg, 2002, 2006). Deste modo, a violência contra mulheres é um grave problema de saúde pública, cabendo ao sector saúde não só o atendimento de urgência e reabilitação das vítimas, mas também o desenvolvimento de estratégias de prevenção do problema (Minayo, 2006).

Ao longo de sua vida, as mulheres contactam os serviços de saúde por diversos motivos: em busca de métodos contraceptivos e de planeamento familiar, acompanhamento pré-natal, parto e acompanhamento do desenvolvimento de seus filhos, práticas de prevenção, como vacinas ou exames preventivos. Devido à responsabilidade pelo cuidado não só das crianças, mas também de outros familiares (como pais e mães idosos), invariavelmente as mulheres entram em contacto com profissionais de saúde, seja para obter atendimento para si

---

<sup>1</sup> Informações disponíveis em [www.gnr.pt](http://www.gnr.pt), acesso em 20 de maio de 2008.

ou para os seus. Ainda que não procurem tratamento para as sequelas provocadas pela violência conjugal ou não as apresentem como motivos de consulta, o sistema de saúde é um local crucial para a identificação, tratamento e acompanhamento de mulheres vítimas de violência conjugal, sendo, frequentemente, o primeiro (se não o único) ponto de contacto com uma mulher que sofre violência (Ertürk, 2005, Garimella, Plichta, Houseman & Garzon, 2000).

De modo particular, os(as) médicos(as) de família, inseridos no contexto dos cuidados de saúde primários, são importantes actores de identificação e despiste de tais casos. Devido às características próprias da especialidade (Wonca, 2002), como a actuação de acordo com o modelo bio-psico-social, o contacto com todos os membros da família e o acompanhamento ao longo do tempo - os quais permitem um maior vínculo com os(as) pacientes - os(as) médicos de família podem ser importantes actores de identificação e despiste destes casos. Adicionalmente, a ênfase na promoção da saúde e prevenção das doenças que caracterizam a especialidade de medicina geral e familiar e os cuidados de saúde primários também podem servir como um importantes meios de transformação social com relação à violência doméstica/violência de género.

Desta forma, no estudo dos diferentes aspectos envolvidos na violência praticada contra as mulheres nos relacionamentos conjugais é fundamental compreender o modo como os profissionais de saúde lidam com o problema. Fundamentando-se nos pressupostos teóricos oferecidos pelo construcionismo social, análise de discurso e feminismo, a presente investigação pretende mapear os discursos circulantes nos cuidados de saúde primários sobre a violência de género e examinar suas consequências para as práticas de cuidado oferecidas às mulheres submetidas à violência conjugal.

O trabalho está organizado da seguinte forma: a Parte A (Construção Social do Problema) apresenta uma introdução geral ao tema em questão, a violência contra mulheres praticada no contexto de relacionamentos íntimos. Iniciamos pelo surgimento da preocupação com a violência contra mulheres a partir do papel histórico das organizações de mulheres e da análise de sua inserção no campo mundial de saúde pública e direitos humanos. Em seguida, fazemos uma apresentação dos principais tratados europeus sobre a violência contra as mulheres e situamos Portugal neste contexto, com ênfase particular à constituição da

Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulher (CIDM<sup>2</sup>, instância governamental responsável pela defesa dos direitos das mulheres), e para as alterações legais e políticas públicas implantadas no país. Por último, apresentamos os resultados de investigações realizadas no contexto nacional sobre a temática e as principais instituições portuguesas que atendem mulheres submetidas à violência doméstica.

Na Parte B, apresentamos as definições conceituais e epistemológicas que fundamentam o trabalho. Partimos do movimento feminista, traçando seus principais desenvolvimentos históricos no contexto internacional e em Portugal para encerrar com as críticas feministas à ciência. No Capítulo 4, descrevemos os processos que levaram ao surgimento de um novo paradigma na psicologia social, a psicologia social crítica. Para isso, descrevemos a fundação da psicologia como ciência, as diferentes perspectivas na psicologia social e a “crise” vivida por volta da década de 1960. Por fim, descrevemos o que entendemos por “psicologia social crítica”, a qual se consubstancia no construcionismo social e na análise de discurso e as suas consequências para o conceito de género.

No capítulo quinto, traçamos uma breve diferenciação entre os principais termos geralmente utilizados nesta área de estudos (violência doméstica, violência familiar, violência contra as mulheres e violência de género), concluindo com a explicitação da definição que adoptamos nesta investigação, a violência de género. Ao fim destas três partes, apresentamos uma breve integração do que foi até aqui abordado, retomando os objectivos da pesquisa.

Na Parte C (Os Discursos Sobre a Violência Contra Mulheres: Estudos Empíricos), descrevemos as investigações realizadas para compreender os discursos circulantes nos cuidados de saúde primários sobre a violência de género. No Capítulo 6, detalhamos os procedimentos metodológicos empregados nos estudos, apresentando os cuidados éticos assumidos, os procedimentos de colecta de dados e os passos da análise dos materiais. Trabalhando sob a lógica dos saberes situados, descrevemos também o domínio científico dos cuidados de saúde primários e o contexto local em que a pesquisa se realizou, nomeadamente o município de Braga.

No Capítulo 7, além de um estudo piloto, são apresentados os três estudos realizados, os quais cobrem duas grandes áreas:

---

<sup>2</sup> Actualmente designada por Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG).

1 - Análise do discurso na produção científica sobre mulheres e violência:

Estudo I - Investigações sobre mulheres e violência em Portugal (Teses e Dissertações);

Estudo II – Revistas médicas: a invisibilidade da violência de género em publicações nacionais;

2 - Análise do discurso de profissionais da medicina:

Estudo III – Entre Discursos e Saberes: Médicos de Família actuates nos cuidados de saúde primários;

Nas Considerações Finais, relacionamos todos os achados e encaminhamos as conclusões, reservando também algum espaço para a reflexão sobre as limitações da investigação e sugestões para trabalhos futuros.



## **PARTE A**

# **VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES: CONSTRUÇÃO SOCIAL DO PROBLEMA**



## *Apresentação*

Nesta primeira parte, estabelecemos os fundamentos para a construção de nosso objecto de pesquisa, os discursos circulantes nos cuidados de saúde primários sobre a violência de género. No primeiro capítulo, discutimos a emergência da violência contra as mulheres como uma preocupação internacional. Partimos de uma breve descrição das iniciativas pioneiras dos grupos de mulheres que deram visibilidade para o contexto privado e doméstico em que as situações de violência eram vividas. Em seguida, abordamos a compreensão construída no campo dos Direitos Humanos, com seus Tratados e Convenções Internacionais, dando particular atenção aos avanços e retrocessos no campo dos direitos humanos das mulheres. Descrevemos também o contexto em que a violência em geral passou a ser considerada um problema de Saúde Pública, abrindo espaço para a reflexão sobre as repercussões da violência doméstica na saúde das mulheres.

O segundo capítulo aborda a situação de Portugal no contexto europeu no que diz respeito à participação nos Tratados e Convenções internacionais e apresenta, mais detalhadamente, as iniciativas adoptadas no país em busca da igualdade de oportunidades para homens e mulheres. Destacamos o percurso histórico da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (CIDM, actual Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, CIG) e seu importante papel como impulsionadora de mudanças estruturais, tal como a alteração nas legislações nacionais - as quais também são descritas, com particular ênfase para as destinadas ao combate à violência doméstica. Apresentamos também as principais investigações desenvolvidas no país sobre mulheres e violência, tanto no domínio académico (Teses e Dissertações) quanto informações estatísticas oferecidas por instituições de atendimento e apoio a mulheres vítimas de maus-tratos. Por fim, descrevemos as principais instituições vocacionadas para o atendimento de mulheres vítimas de maus-tratos, seu percurso histórico, principais intervenções e serviços oferecidos.





## Capítulo 1

### A Emergência da Violência Contra as Mulheres Como Uma Preocupação Mundial

#### 1.1 O papel histórico das organizações de mulheres

Durante muitos anos, a família foi vista como um lugar seguro, sendo os actos de violência contra as mulheres geralmente associados a pessoas desconhecidas da vítima. Porém, nos últimos 40 anos, tornou-se claro que o espaço doméstico é justamente onde mulheres e crianças correm os maiores riscos. Em 1962, C. Henry Kempe e colegas publicaram os resultados de uma pesquisa sobre a “síndrome da criança agredida” no *Journal of the American Medical Association*, chamando, pela primeira vez, a atenção da opinião pública para o problema. Esta definição, contudo, relatava apenas o uso da força física na agressão. Mais tarde, este conceito foi ampliado por Fontana, que mostrou que as crianças também podem ser agredidas emocionalmente. A expressão anterior foi substituída por “síndrome da criança maltratada”, incluindo a negligência, a omissão e os outros aspectos psicológicos (Santana-Tavira, Sánchez-Ahedo & Herrera-Basto, 1998). A partir de então, o maltrato de crianças se tornou uma preocupação de profissionais e do público, resultando não só na transformação da legislação sobre o abuso infantil, como também aumentando a preocupação sobre a necessidade de examinar criticamente as diferenças de poder na família e a violência na intimidade (Renzetti et al, 2001). Em meados da década de 1970, Scott e Gayfort (este último autor de diversas pesquisas empíricas sobre vitimação de mulheres no Reino Unido) chamaram a atenção para o desconhecimento da dimensão social da violência contra as mulheres, ao mesmo tempo em que a identificaram como uma síndrome (isto é, reunião de sinais e sintomas que ocorrem em simultâneo e que identificam uma perturbação para a qual não são conhecidas causas). Em 1979, as categorias “esposa agredida” (*battered spouse*) e “mulher agredida” (*battered wife, battered women*) foram acrescentadas à Classificação Internacional de Doenças (CID), dando origem também à “Síndrome da Mulher Maltrada” e estimulando a investigação sobre seu tratamento, incidência e causas (Costa, 2005).

Esta preocupação foi acrescida com o movimento de associações de mulheres que, no início dos anos 1960, tiveram a iniciativa de se juntar em grupos de partilha de experiência de vida, também chamados de “grupos de promoção do aumento da consciência”. A partir destes encontros, as agressões sofridas por em silêncio por muitas mulheres em seus lares passaram a ser faladas, compartilhadas e denunciadas, levando-as a desenvolverem uma maior consciência de si e compreenderem a extensão de sua vitimação social e familiar. Esta “desmitologização” do espaço familiar e íntimo permitiu a transformação das compreensões acerca da família e alterou a lógica de intervenção (legal, jurídica, social, psicológica e outras) junto às vítimas de crimes praticados dentro da família. Na denúncia das situações de discriminação, desigualdade e violação de direitos humanos, os movimentos feministas elaboraram um entendimento do fenómeno baseado na premissa de que as práticas violentas perpetradas pelos homens contra suas companheiras são uma questão política, uma forma de exercício do poder patriarcal que procura acentuar as desigualdades entre homens e mulheres, garantindo a continuidade da submissão e da opressão às mulheres (Monteiro F. J, 2005; Neves & Nogueira, 2003).

A partir desta tomada de consciência, as mulheres passaram a se agrupar de acordo com seus interesses e problemas, sugerindo interpretações inovadoras. Assim, concluíram que muitos dos seus problemas não eram pessoais, mas sociais e políticos, dizendo respeito às diferenças de poder entre os grupos sociais. A discussão e a interpretação da violência contra as mulheres deslocaram-se do contexto privado para o público e político, dando origem a uma nova área de estudos - a vitimação entre pessoas com laços íntimos. Desde então, foi possível estudar também outras formas de agressões graves entre adultos, como as agressões praticadas contra pessoas idosas e portadoras de deficiência. Contudo, a maior atenção na investigação da violência doméstica só aconteceu quando as associações de mulheres já tinham se estabelecido e criado sua própria rede de serviços, processo iniciado em finais dos anos 1960 e início de 1970 (Monteiro F. J, 2005).

A década de 1970 também foi marcada pelas análises que identificaram a violação/estupro como um ato de poder e não como relacionado à sexualidade. Na medida em que as mulheres passaram a verbalizar suas experiências, tornou-se claro que não eram violadas apenas por desconhecidos, nas ruas e locais ermos. Na maior parte dos casos, os violadores eram conhecidos, familiares, namorados, maridos ou ex-companheiros das vítimas. Desta constatação surgiu o *anti-rape movement*, com centros de crise para mulheres

sobreviventes de violência, e o mito do violador como alguém estranho à vítima começou a se dissolver. A compreensão de que o sexo forçado - mesmo que já tenha havido relações anteriores consentidas - é uma violação ampliou as análises para o contexto privado da família (Monteiro F. J, 2005, Renzetti et al, 2001).

Neste processo, os movimentos de mulheres de países como os Estados Unidos da América (EUA) e a Inglaterra foram os que obtiveram maior visibilidade e conquistas. Nos EUA, o movimento de mulheres pode ser dividido em três principais grupos: 1) mulheres emergentes da “nova esquerda”, cuja luta social eram os assuntos que afectavam as mulheres nas esferas social, política e económica; 2) activistas de direitos civis e 3) grupos que, sem estarem politizados, organizavam-se em torno de assuntos que afectavam seu quotidiano, exigindo uma resposta da sociedade. De modo geral, eram compostos por mulheres brancas, de classe média e com formação universitária que se revoltaram contra as discriminações de que eram alvo. Em Inglaterra, os grupos identificados com os ideais políticos de esquerda tiveram mais força do que nos EUA, conseguindo colocar a problemática das mulheres nas agendas políticas da esquerda radical, redefinindo os maus-tratos conjugais como um assunto político (Costa, 2005).

No período de transição entre as décadas de 1970 e 1980, especialmente nestes países, começaram a surgir refúgios para mulheres que necessitavam escapar da violência dos maridos. Anteriormente, diversas organizações, principalmente religiosas, ofereciam este apoio, porém, não trabalhavam com um foco específico na violência praticada pelos homens contra as mulheres e, tampouco, havia respostas organizadas dos serviços públicos. As casas de acolhimento (casas particulares em que as mulheres permaneciam por alguns dias) foram sendo substituídas por refúgios que ofereciam, além de um espaço seguro, acesso a serviços, informações e atendimentos especializados. Em 1971, Erin Pizzey fundou, em Londres, um grupo pioneiro de suporte e aconselhamento no *Chiswick Women's Aid* (conhecido como *Battered Wives Center*) e, em 1975, a “Organização Nacional de Mulheres” proclamou a violência conjugal como um assunto importante e estabeleceu a *National Task Force* ou *Battered Women/Household Violence*, passando o problema a ter maior visibilidade, ao mesmo tempo em que as agências governamentais começavam estudos sobre a sua prevalência (Costa, 2005).

A partir da criação destes abrigos, as mulheres passaram a partilhar suas experiências publicamente, despertando o interesse de profissionais de saúde mental, investigadores,

policiais, juizes e políticos em aprofundar o conhecimento sobre o fenómeno. Os estudos realizados nestes locais trouxeram à tona a extensão e a prevalência das agressões sexuais praticadas por parceiros íntimos e começaram a constituir um corpo de conhecimentos teóricos mais sólidos sobre a temática (Monteiro F. J, 2005).

Desta forma, podemos afirmar que os movimentos feministas e de mulheres estiveram na base do alargamento da intervenção do controlo social formal sobre domínios que pertenciam a um largo espectro do controlo informal (Costa, 2005). Como consequência, nos anos 1980 e 1990, o tema da violência contra as mulheres passou a ser mais amplamente discutido, sobretudo por organizações não-governamentais de mulheres. Aos poucos, estas discussões tiveram reflexo no trabalho das associações mundiais de direitos humanos, que passaram a ver a violência contra as mulheres como uma violação dos direitos humanos. Acompanhando este movimento, o campo da saúde pública não ficou imune às reflexões sobre as consequências da violência na condição de vida das populações, assuntos que abordamos a seguir.

## **1.2 A violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos<sup>3</sup>**

A noção e formulação jurídica dos Direitos Humanos é algo bastante recente - mesmo no mundo ocidental – e associada à luta internacional do período posterior à Segunda Guerra Mundial pelo combate às atrocidades cometidas pelo nazismo, sendo um de seus marcos fundadores a “Declaração Universal dos Direitos dos Homens”, de 1948. O fundamento dos Direitos Humanos é o princípio de dignidade inerente à condição humana, independentemente de raça, cor, língua, nacionalidade, idade, convicções sociais, políticas ou religiosas<sup>4</sup>. A introdução desta discussão no contexto internacional como objecto de protecção por parte dos Estados nacionais causou impacto nas Constituições de diversos países, fazendo com que o direito interno destes países e o direito internacional passassem a constituir um sistema de protecção jurídica dos direitos humanos, expresso nos Tratados Internacionais e nas Constituições dos Estados. Os tratados internacionais de direitos humanos garantem direitos específicos aos indivíduos, estabelecem obrigações e responsabilidades aos Estados signatários, criam mecanismos para monitorar a obediência dos Estados com relação às suas

---

<sup>3</sup> Parte do material aqui apresentado será publicado em Azambuja e Nogueira (*in press*). Introdução à violência contra as mulheres como um problema de Direitos Humanos e de Saúde Pública. Saúde & Sociedade.

<sup>4</sup> Incluiríamos também o sexo e o género.

obrigações e permitem que os indivíduos busquem compensações por violações destes direitos. Assim, ao assinar um tratado internacional, o Estado fica obrigado a cumpri-lo e submete-se ao monitoramento para verificação de seu cumprimento e à jurisdição internacional (Campos, 2004).

A Declaração Universal dos Direitos do Homem (DHDH), juntamente com mais três documentos, compõe a Carta Internacional dos Direitos do Homem. Isto decorre do facto da Declaração não obrigar formalmente os Estados a cumpri-la, sendo, portanto, insuficiente. Assim, foram produzidos outros dois documentos: o Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais e o Pacto Internacional dos Direitos Cívicos e Políticos, nos quais os Estados se obrigavam a assegurarem o pleno exercício dos direitos neles reconhecidos, sem qualquer discriminação em função do sexo. Ambos os Pactos foram assinados em 1966, mas entraram em vigor apenas em 1976, pois foi preciso aguardar 10 anos para que 36 Estados os ratificassem. Tal facto mostra que os Estados facilmente assinam Declarações, mas apresentam muito mais dificuldades e resistências para assumirem tais compromissos (Lopes, 2005).

Ainda assim, a partir da Declaração Universal dos Direitos do Homem, iniciou-se uma caminhada inédita na história da humanidade, afirmando-se a necessidade de respeitar a igualdade entre todos os seres humanos. Apesar de isto ainda estar muito longe de corresponder à prática, o valor simbólico e real da Declaração é inegável. Considerada como base comum a ser respeitada por todos os povos e nações, actua como uma espécie de “medida padrão” para a avaliação do respeito aos direitos humanos, embora a sua existência não baste. É necessária também a vontade concentrada e incessante, principalmente da sociedade civil, para que não seja esquecida. Foi a partir deste texto que se desenvolveram movimentos para a descolonização, a favor dos direitos cívicos, da democracia, do bem-estar das crianças e da igualdade entre mulheres e homens (Vicente, 2000).

Contudo, também é de ressaltar que, quando a Carta das Nações Unidas foi elaborada, em 1945, as mulheres tinham direito a voto em apenas 31 países e eram tratadas como pessoas de “segunda classe” em quase todo o mundo. Além disto, a própria Declaração Universal dos Direitos dos Homens está escrita no masculino, reforçando a posição inferior das mulheres e sua falta de poder, bem como a conotação evidente de que existiam direitos para os homens e não para a totalidade da humanidade. Na construção inicial dos direitos

humanos, as diferenças de género<sup>5</sup> permaneceram invisíveis, quer na sua dimensão de construção social, quer na sua dimensão biológica. A complexidade da diferença de género foi neutralizada durante muitas décadas, começando a ser denunciada apenas a partir do movimento de mulheres (Ferreira, 2005; Roseira, 2005).

A utilização da expressão “direitos dos homens” é polémica e tem suscitado discussões acirradas. Barreto (2005) afirma que esta questão apenas é colocada em determinadas línguas, entre elas o Português. A crítica à linguagem sexista afirma que esta constitui um entrave ao processo de instauração da igualdade e da verdadeira apropriação dos direitos do homem pelas mulheres, lembrando o papel da língua na formação da identidade social das pessoas e a interação que existe entre a língua e as atitudes sociais. Portanto, defender a mudança de nome (Declaração Universal dos Direitos dos Homens *e das Mulheres* ou Declaração Universal dos Direitos *Humanos*) significa reconhecer a importância destes aspectos para a igualdade entre mulheres e homens. Nesta lógica, uma Recomendação do Comité de Ministros do Conselho da Europa de 1990 incitou os Estados-membros a desenvolverem uma linguagem não-sexista. Do mesmo modo, a Carta da União Europeia<sup>6</sup> fala em “direitos fundamentais”.

Por outro lado, Lopes (2005) refuta a expressão “Direitos Humanos das Mulheres”, pois considera que os direitos humanos são universais, aplicando-se a todo o ser humano, mulher ou homem. A autora lembra também que o texto da Declaração Universal dos Direitos do Homem fala em “indivíduo” e “pessoa”, sendo que, apenas ao se referir à idade para o casamento e o direito de contrair o matrimónio em liberdade, adopta as expressões “homem” e “mulher”. Uma questão adicional colocada pela autora é o facto da expressão “direitos do homem” ser a tradução portuguesa para *human rights*, que deveria ser traduzida mais adequadamente para “direitos humanos”. Também não podemos deixar de lembrar que a presidência da Comissão que redigiu os textos da Declaração e da Carta de Direitos Humanos foi entregue justamente a uma mulher, Eleanor Roosevelt. Nesta posição, a antiga e mais destacada Primeira-Dama estadunidense, conhecida activista dos direitos humanos e defensora da paz, procurou destacar a igualdade de direitos entre homens e mulheres, o que

---

<sup>5</sup> Uma discussão sobre o conceito de género será apresentada no Capítulo 4.

<sup>6</sup> A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia foi proclamada em Nice, em 07 de Dezembro de 2000 e representa a síntese dos valores comuns dos Estados-membros da União Europeia, incluindo os direitos sociais e económicos, com base na jurisprudência do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, de Estrasburgo. Além do preâmbulo introdutório, está dividida em sete capítulos: dignidade; liberdades; igualdade; solidariedade; cidadania; justiça e disposições gerais. (Informação disponível em: <http://europa.eu/scadplus/leg/pt/lvb/l33501.htm>, acesso em 25 de Junho de 2007).

nem sempre foi fácil, tal como pode ser percebido em seu relato do trabalho nesta Comissão (Roosevelt, 1948, livre tradução nossa).

O Comité para a redacção da versão preliminar da Declaração dos Direitos Humanos se reuniu pela primeira vez em Junho de 1947. O delegado da U.S.S.R, Sr. Korotevsky, e o delegado da Bielorrússia, ambos desautorizados por seus países a votarem com relação a um documento inacabado e, sem instruções de seus governos, participaram muito pouco na discussão geral do Comité, acabando por concordar com o princípio de que todos os humanos são iguais e que os homens e as mulheres devem ter direitos iguais.

Lopes (2005), apesar de refutar a expressão “direitos humanos das mulheres”, admite que os direitos humanos possuem uma vertente feminina (ou masculina), não só em seu gozo e exercício, mas também na sua ausência. Isto é particularmente visível na área do direito à saúde sexual e reprodutiva, onde, evidentemente, há circunstâncias específicas às mulheres que não existem para os homens. Homens e mulheres têm direito à saúde para exercem a paternidade e a maternidade de forma saudável. Contudo, no caso das mulheres, existe uma vasta gama de direitos que nem sempre são contemplados ou cujo gozo nem sempre é permitido. “Há, portanto, um rosto feminino do direito e haverá um rosto masculino, mas não há direitos diferentes, na minha opinião, para homens e mulheres”. (Lopes, 2005, p. 159). A autora prossegue afirmando que este “rosto feminino” também aparece na ausência ou na violação dos direitos humanos, qual seja: a maior parte dos pobres do mundo são mulheres, a maior parte dos analfabetos são mulheres, a maior parte dos crimes sexuais são praticados contra mulheres, as mulheres e as raparigas são a maior parte das pessoas traficadas e exploradas sexualmente, quem mais sofre as consequências da falta de assistência e de cuidado na saúde sexual e reprodutiva são as mulheres e as adolescentes e, por fim, a maior parte dos refugiados e deslocados em situações de guerra e conflitos armados, externos e internos, são as mulheres e suas crianças.

Diante de todas estas constatações, foi em finais da década de 1960 e meados de 1970 que se iniciou o processo de consciencialização sobre a necessidade da criação de mecanismos institucionais para a melhoria das condições de vida das mulheres de todo o mundo, esboçando-se as primeiras definições a este respeito. Assim, em 1967 foi criada a Declaração para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, a qual está na génese da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, de



1979 (Lopes, 2005). Neste mesmo processo, o ano de 1975 foi proclamado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como Ano Internacional da Mulher e realizou-se a I Conferência sobre as Mulheres, na Cidade do México. Nesta, o período compreendido entre os anos 1976 e 1985 foi declarado como a Década das Mulheres e aprovou-se o respectivo Plano de Acção Mundial (Silva, 2002).

De acordo com Fátima Jorge Monteiro (2005), foi em 1979, após a realização da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (conhecida pela sigla em inglês “CEDAW”), que a violência contra as mulheres passou a ser reconhecida oficialmente como um crime contra a humanidade.<sup>7</sup> Por outro lado, Teresa Beleza (2007) afirma que este texto não se referia, de forma explícita, à violência (excepto quanto ao tráfico e à prostituição que, frequentemente, envolvem violência ou são, em si, formas de violência). Talvez isso se deva ao facto de, na época, a violência doméstica e outras formas de violência contra as mulheres não terem ainda entrado de pleno na consciência pública internacional.

Ainda assim, aos poucos, o problema da violência contra as mulheres passou a ter maior visibilidade. Primeiro, por força e iniciativa das organizações a favor dos direitos das mulheres. E, a partir dos anos 1980, a nível dos governos e organismos internacionais - como a ONU e algumas de suas agências especializadas – e também de outras organizações não especificamente “de mulheres”, como a Amnistia Internacional e a Federação Internacional para o Planeamento Familiar (Vicente, 2000). Assim, a Convenção CEDAW é considerada a “carta dos direitos humanos das mulheres” (Lopes, 2005, p. 162). Mas, apesar de ter quase 30 anos e de seu carácter vinculativo, continua a ser alvo de constantes violações dos direitos nela enunciados.

Após a Década das Mulheres e até o ano de 1995 a ONU realizou mais três conferências mundiais especificamente sobre mulheres: 1980, Copenhaga; 1985, Nairóbi e 1995, em Pequim. Em 1993, como resultado da Conferência sobre os Direitos Humanos, realizada em Viena, Áustria, surgiu a Declaração de Viena para a Eliminação da Violência Contra as Mulheres (Declaração de Viena). Nesta, encontramos pela primeira vez uma clara classificação das diferentes formas de violência (Lopes, 2005; Monteiro F. J., 2005):

---

<sup>7</sup> Destaco aqui a observação de Roseira (2005) de que este documento foi elaborado com base no conhecimento e metodologias então existentes. Posteriormente, a Plataforma de Acção de Pequim, de 1995, e o seu documento de avaliação, de 2000, consagraram as iniciativas e acções futuras sob uma perspectiva de *gender mainstreaming* (a qual corresponde à inserção da perspectiva de género em todas as políticas e programas).

1) Violência praticada por outros membros da família (abrangendo as agressões físicas e psicológicas, as sevícias sexuais infligidas às crianças do sexo feminino, violação conjugal, mutilações genitais e outras práticas tradicionais, bem como exploração económica);

2) Diversos tipos de violência ocorridas no contexto das comunidades locais (violação, intimidação sexual e intimidação no local de trabalho, ensino ou outras instituições, proxenetismo e prostituição forçada);

3) Violência perpetrada ou tolerada pelo próprio Estado (seja por negligência ou falta de respostas dos serviços institucionais).

Para além de apresentar esta definição, a Conferência de Viena tem sido considerada como um marco, pois representou uma mudança radical ao impor<sup>8</sup> aos governos a obrigação de zelar pela garantia dos direitos das mulheres. Apesar de nenhum dos documentos preparatórios desta conferência fazer menção a este respeito, a pressão das numerosas organizações internacionais de mulheres fez com que o texto final do encontro consubstanciasse os direitos das mulheres como direitos humanos. Assim, foi na década de 1990 que surgiu o movimento que se identificou com a máxima “os direitos das mulheres são direitos humanos”. Lançada por organizações de mulheres, esta ideia é, ao mesmo tempo, simples e complexa. Simples, porque destaca o facto de que as mulheres compõem a metade da humanidade; complexa, radical e potencialmente transformadora, pois denuncia o facto de as mulheres ainda não gozarem o direito que lhes é devido como seres humanos. O enquadramento dos direitos das mulheres como direitos humanos permitiu que se fizessem exigências nos termos que a comunidade internacional já aceitava para alguns grupos (como as minorias étnicas). Além disto, permitiu que mulheres de todo o mundo se unissem por uma plataforma comum e fez com que, cada vez mais, os direitos humanos se integrassem às questões étnicas, de classe social, religião, idade e etc. Por fim, a compreensão das agressões praticadas contra as mulheres como violação dos direitos humanos estabeleceu que os Estados são responsáveis por estes abusos, sejam eles cometidos na esfera pública ou privada (Ferreira, 2005).

Na sequência da Declaração de Viena, diversos relatórios foram realizados pela Comissão de Direitos Humanos da ONU, os quais puseram mais à vista as situações a que as

---

<sup>8</sup> Muito embora esta obrigação não seja jurídica - uma vez que se trata de uma “declaração”, isto é, não possui efeito juridicamente vinculativo - adquiriu um estatuto de *soft law* em virtude da matéria que cobre já ser aceita e reconhecida pela comunidade internacional (Beleza, 2007, p.5).

mulheres em todo o mundo estavam sendo submetidas. Neste período, as questões relativas às desigualdades de género começaram a ser estudadas em maior profundidade, assumindo a dimensão de um problema político cuja equação integra a protecção, a promoção e a realização dos direitos humanos, fazendo-se presente nas diversas conferências mundiais realizadas no período: Ambiente e Desenvolvimento, realizada no Rio de Janeiro, em 1992; sobre Direitos Humanos, em Viena, 1993; População e Desenvolvimento, Cairo, em 1994 e sobre Desenvolvimento Social, em Copenhague, 1995. Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, o problema da violência contra as mulheres se fez presente em diversos capítulos de seu Programa de Acção, com o reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres (Ferreira, 2005; Roseira, 2005; Vicente, 2000).

Um ano depois, em 1995, foi realizada a Quarta Conferência Mundial da ONU sobre as Mulheres, em Pequim (Beijing), sendo a violência contra as mulheres assumida também como uma questão de género e definida como

todo o acto de violência baseado no género, do qual resulte, ou possa resultar, dano ou sofrimento físico, sexual e psicológico para as mulheres, incluindo as ameaças de tais actos e coacção ou privação arbitrária de liberdade, quer ocorra na vida pública ou privada, constituindo uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres (citado por Vicente, 2000, p. 47-48).

A Plataforma de Pequim é um documento de particular importância no campo dos direitos das mulheres pois, conforme já referido (ver nota de rodapé nº 7), constitui uma estratégia mais fundamentada em termos de acções e conceituações a este respeito, sendo considerada a “cartilha fundamental em termos internacionais no domínio da identificação das principais áreas estratégicas de acção no sentido de corrigir as desigualdades de género” (Roseira, 2005, p. 95). Considerando que os direitos humanos estão ligados às questões económicas, civis, sociais, culturais e políticas, a autora afirma que a Plataforma de Pequim instigou os Governos, a comunidade internacional e a sociedade civil a intervir em doze áreas especiais de preocupação: (1) a pobreza; (2) as desigualdades na educação e formação profissional; (3) as desigualdades e inadequações no acesso aos cuidados de saúde; (4) a violência contra as mulheres; (5) a desigualdade nas estruturas políticas e económicas; (6) os efeitos dos conflitos armados e outros sobre as mulheres; (7) as desigualdades na partilha de poder e tomada de decisão; (8) a insuficiência dos mecanismos para promover o progresso das

mulheres; (9) o desrespeito, a inadequada promoção e protecção dos direitos humanos das mulheres; (10) a estereotipação das mulheres, a desigualdade no acesso e na participação em todos os sistemas de comunicação; (11) as desigualdades de género na gestão dos recursos naturais e defesa do meio ambiente e (12) a discriminação persistente contra as adolescentes e a violação de seus direitos. Para cada uma destas áreas, foram propostos objectivos estratégicos e medidas específicas para os atingir, dando-se especial atenção aos grupos mais vulneráveis em cada aspecto.

Em 1998, o Tribunal Penal Internacional<sup>9</sup>, através do Estatuto de Roma, reconheceu como crime contra a humanidade a violação, a gravidez forçada (comum durante a guerra da Bósnia, em que, devido à política de modificação étnica da população, as mulheres foram engravidadas e detidas até que nascessem as crianças), a escravatura sexual, a prostituição forçada, a esterilização à força ou qualquer outra forma de violência no campo sexual de gravidade comparável, independentemente de se estar em estado de guerra ou de paz. Tais crimes foram incluídos no Estatuto de Roma como consequência das situações encontradas nos tribunais especiais para o julgamento das violações praticadas contra as mulheres durante os conflitos nos Balcãs e no Ruanda e, principalmente, pela acção dos movimentos de mulheres - em especial a Coligação das ONGS para o Tribunal, através do núcleo especial para defesa dos direitos das mulheres denominado *Women Caucus* - que pressionaram, de diversas formas, os delegados dos Estados. Além disto, o Estatuto de Roma consagrou, pela primeira vez, num princípio geral de interpretação da lei, a não discriminação baseada no género, juntamente com outros critérios tradicionais, como a religião, a raça, a opinião política, entre outros. Por fim, sabendo das pressões que são exercidas sobre as testemunhas de tais tipos de crimes, o Tribunal também instituiu uma Unidade de Apoio às Vítimas e Testemunhas, com funções de protecção, aconselhamento e acompanhamento psicológico (Escarameia, 2005).

Os estudos actualmente realizados por todo o mundo mostram que a situação das mulheres, apesar das diversas iniciativas realizadas, continua marcada por graves violações dos direitos humanos. Desta forma, em 1999 foi aprovado e assinado o Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (conhecido pela sigla em inglês como Convenção CEDAW) e, no ano 2000 a ONU organizou

---

<sup>9</sup> Uma vez que este não é directamente o tema de nossa pesquisa, lembramos apenas que este Tribunal tem jurisdição internacional para quatro tipos de crimes: o genocídio, os crimes contra a humanidade, os crimes de guerra e o crime de agressão (Escarameia, 2005).

uma Sessão Especial para Avaliação da Plataforma de Pequim, processo que culminou com a aprovação de uma declaração política de reafirmação dos compromissos contidos no documento de 1995 e de compromisso de superação dos obstáculos encontrados para a sua implantação, documento também conhecido como Iniciativas e Acções Futuras para a Implementação da Declaração e Plataforma de Acção de Pequim ou Pequim+5 (Lopes, 2005; Roseira, 2005).

Estes diversos documentos da ONU possuem valor e consequências distintas, sendo construídos uns sobre os outros, a partir da linguagem que se conseguir acordar (conforme refere Lopes, 2005, p. 163, a *agreed language*). Isto implicou que, em diferentes documentos, a *agreed language* fosse simplesmente repetida e, em alguns casos, que se avançasse um pouco mais e, em outros, que se retrocedesse. É o caso, por exemplo, da Plataforma de Acção de Pequim, onde não se conseguiu inserir toda a *agreed language* já presente na Conferência do Cairo, constituindo um retrocesso. Além disto, também em detrimento da Declaração de Viena, foi extremamente difícil conseguir que a Plataforma de Pequim afirmasse que os direitos das mulheres são direitos humanos. Do mesmo modo, devido à pressão de ultra conservadores de várias orientações religiosas, foi extremamente difícil implantar tudo o que significasse a subtracção das mulheres do jugo do casamento e da família ou qualquer alusão a direitos sexuais e reprodutivos. Conceição Lopes (2005), que participou de todo este processo, chama-o de “dois passos à frente, um passo atrás”. Foi assim também que, em 2000, o texto sobre as Iniciativas e Acções Futuras (Pequim+5) simplesmente repetiu parágrafos inteiros da Plataforma de Acção de Pequim. Como diz a autora, quando não se pode dar passos à frente, ao menos que não se dê nenhum para trás.

Como vemos, o campo dos direitos humanos, especialmente o dos direitos das mulheres, não é um campo pacífico. Antes, tem se apresentado como um espaço constante de luta, em que a acção dos movimentos de mulheres tem sido fundamental para o seu questionamento e análise crítica. Vicente (2000) lembra que, tanto no encontro de Viena quanto no de Pequim, confrontaram-se duas posições face aos direitos humanos: a universalista e a culturalista. A primeira (que prevaleceu) entende que os direitos humanos são intrínsecos à pessoa, justamente pelo facto de que é um ser humano, não podendo ser condicionada por qualquer autoridade. A corrente culturalista entende que, em nome da “cultura”, num sentido muito amplo, é legítima a não universalidade dos direitos humanos. Portanto, aceita que existem direitos humanos especificamente femininos e especificamente

masculinos. Por exemplo, no primeiro caso está o direito de não ser violada, de não ser forçada a abortar, não ser mutilada genitalmente e de ser mãe; no segundo, o de não ser violado, não ser castrado e de ser pai. Lopes (2005) complementa esta ideia com a constatação de que, no encontro de Viena, prevalecera uma teoria universalista, ao passo que, em Pequim, houve uma tentativa de forçar por um posicionamento culturalista. Tentou-se que hábitos e tradições, como a mutilação genital feminina ou a submissão total da mulher dentro do casamento, prevalecessem sobre os direitos humanos. O argumento, vindo especialmente dos países de orientação islâmica, era de que a cultura ocidental não tinha direito de intervir na sua cultura e tradições (ainda que as suas próprias Constituições políticas garantam a igualdade de direitos entre os sexos).

Assim, devido à força da corrente culturalista, crimes cometidos em nome da família, da religião e da cultura do grupo permaneceram por muito tempo fora do escrutínio dos tratados internacionais de direitos humanos, sendo exemplos as mortes forçadas das mulheres viúvas na Índia, Paquistão e outros países de influência islâmica; a complacência para o aborto e o infanticídio de fetos ou bebés recém-nascidos do sexo feminino nas sociedades em que há uma grande pressão económica e social para que as famílias não tenham filhas mulheres, como é o caso da China e da Índia; as mutilações genitais femininas infligidas às mulheres do mundo islâmico, e tantas outras situações. Uma razão para a permanência de muitas destas violações se relaciona ao direito à liberdade de religião. Como sabemos, existem religiões que consagram as desigualdades entre homens e mulheres nos seus princípios. No conflito entre dois direitos, o direito abstracto à liberdade religiosa tem permanecido como superior ao direito à vida, ao exercício da sexualidade, da realização pessoal, do trabalho e tantos outros. Além disto, constata-se que os instrumentos internacionais de direitos das mulheres impõem obrigações e procedimentos mais brandos do que outras convenções internacionais. As instituições responsáveis pela aplicação e fiscalização destes instrumentos dispõem de poucos recursos e o seu campo de acção frequentemente é circunscrito, fazendo com que o não cumprimento das disposições por parte dos Estados seja bastante tolerado (Ferreira, 2005).

### 1.3 A violência contra as mulheres como um problema de saúde pública

No campo da saúde pública, a inserção da violência praticada contra as mulheres como um problema a que se deve dar particular atenção seguiu o movimento histórico das convenções e tratados de direitos humanos. Contudo, a preocupação inicial foi com os aspectos relacionados à violência em geral e sua importância para o processo de saúde e doença das populações. A partir da década de 1980<sup>10</sup> e, mais intensamente, na década de 1990, a problemática da violência adquiriu maior força nos debates políticos e sociais e no planejamento em saúde pública. Foi apenas neste período que a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) começaram a falar explicitamente em violência. Anteriormente, utilizava-se a rubrica “causas externas” da Classificação Internacional de Doenças (CID), a qual incluía actos como suicídios, homicídios e acidentes fatais. Do mesmo modo, o conceito de morbidade dizia respeito a ferimentos, fracturas, traumas e queimaduras causadas por confrontos interpessoais ou colectivos. Em 1994, a OPAS realizou uma conferência internacional com os Ministros de Saúde das Américas, pesquisadores e especialistas sobre o tema. Dentre as conclusões deste encontro, destacou-se a constatação de que a violência, devido ao grande número de vítimas e à magnitude de suas sequelas físicas e psicológicas, adquiriu um carácter endémico e se tornou uma responsabilidade da saúde pública, uma vez que cabe a este sector o atendimento de urgência, tratamento e reabilitação das suas vítimas (Minayo, 2006).

Na sequência desta conferência internacional, a OMS passou a desenvolver e estimular pesquisas internacionais sobre a temática da violência em seus mais diferentes âmbitos. Apenas como exemplos, podemos citar as seguintes publicações: *Violence: a public health priority*, de 1996; *Violence against women: a priority health issue*, de 1997; *Injury: a leading cause of the global burden of disease*, *Injury surveillance guidelines* e *Report of the consultation on child abuse prevention*, todas de 1999; *Guidance for surveillance of injuries due to landmines and unexploded ordnance*, de 2000; *Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*, de 2001 e *Missing voices: views of older persons on elder abuse*, de 2002. Como vemos, são estudos que abordam uma grande variedade de contextos e situações de violência, com grande ênfase para

---

<sup>10</sup> Lembramos que, em 1979, foram acrescentadas à Classificação Internacional de Doença as categorias de “esposa agredida” (*battered spouse*) e “mulher agredida” (*battered wife, battered women*) (Costa, 2005).

a violência doméstica, seja contra mulheres, crianças ou pessoas idosas (listagem encontrada em Krug, Dahlberg, Mercy, Zwy & Lozano, 2002).

Assim, no já citado encontro de Pequim, um dos temas abordados foi a variedade de estudos e pesquisas sobre as situações de violência a que muitas mulheres são submetidas em todas as partes do mundo. Percebeu-se que utilizavam diferentes estratégias e metodologias, de acordo com as realidades e possibilidades locais, sendo difícil agrupar e comparar seus dados. Conseqüentemente, é difícil conhecer a real dimensão do problema e estabelecer programas efectivos de prevenção. A fim de superar este obstáculo, em 1997, a OMS iniciou um estudo padronizado e articulado entre dez países (Bangladesh, Brasil, Etiópia, Japão, Namíbia, Peru, Samoa, Sérvia e Montenegro, Tailândia e Tanzânia) sobre a saúde das mulheres e suas vivências de violência doméstica. Os resultados preliminares deste levantamento mostraram que a violência praticada contra as mulheres é um fenômeno universal que ocorre em todo o mundo, sendo, frequentemente, seus perpetradores pessoas conhecidas das vítimas (Skinner, Hester & Malos, 2005; WHO, 2005a).

Em 1997, a OMS convocou uma nova conferência internacional sobre saúde, desta vez contando com a participação dos Ministros de Saúde dos países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU). Neste encontro, a violência também foi um dos temas abordados, sendo considerada uma das cinco prioridades recomendadas às Américas. Na sua Resolução WHA.49.25, a OMS caracterizou a violência da seguinte forma (Dahlberg & Krugg, 2002, p.6, tradução nossa):

1 – Violência auto-dirigida: subdividida em comportamento suicida e auto-agressão;

2 – Violência interpessoal: correspondendo à violência familiar, entre parceiros e comunitária (as primeiras geralmente ocorrem no espaço da casa, e a última no espaço social-comunitário);

3 – Violência colectiva: abrange a violência social, económica e política.

Destacamos, do estudo da violência no âmbito da saúde pública, a publicação, pela OMS, do Relatório Mundial Sobre Saúde e Violência, em 2002, onde foram especificadas definições, classificações e contextualizações para o problema da violência em geral, bem como apresentados planeamentos e estratégias de prevenção (Minayo, 2006). Assim, a OMS assume como definição para violência



uso intencional de força ou poder, através de ameaça ou agressão real, contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulta ou tem grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, prejuízos psicológicos, problemas de desenvolvimento ou privação (Dahlberg & Krugg, 2002, p. 5, tradução nossa).

Percebemos que esta definição associa a intencionalidade à violência, independentemente do resultado que produza, o que pode gerar algumas controvérsias: em muitos casos, é extremamente difícil determinar se a intenção de utilizar a força também está associada à intenção de causar danos (por exemplo, pais podem dar uma palmada no filho com a intenção de corrigi-lo, mas não de machucá-lo). Além disto, pode haver diferenças entre o comportamento pretendido e a consequência desejada (no exemplo anterior, a consequência desejada é a correção do filho, e não o seu ferimento). Outro aspecto a destacar nesta definição é a utilização da expressão “poder”, ao invés de unicamente “força física”. Com isto, amplia-se os limites do acto violento, passando-se a incluir actos que resultam de uma relação de poder, como a intimação e a ameaça. O termo “uso de força” também inclui a negligência ou omissão, que nem sempre resulta em ferimentos físicos ou mortes, mas pode causar problemas psicológicos, físicos e sociais (Dahlberg & Krugg, op cit). Neste sentido, percebemos que as reivindicações e reflexões suscitadas pelo movimento de mulheres desde meados da década de 1960, finalmente, começaram a aparecer nos textos e recomendações internacionais.

Por definição, a saúde pública não diz respeito aos indivíduos, mas à melhoria de condições de vida para o maior número possível de pessoas. Sua preocupação é a prevenção dos problemas de saúde e a ampliação de melhores cuidados e segurança para as populações como um todo. Actua através da acção colectiva, com a interlocução entre diferentes sectores (saúde, educação, assistência social, justiça e segurança). Mas, acima de tudo, a saúde pública enfatiza a prevenção. Ou seja, ao invés de simplesmente aceitar ou reagir à violência, seu ponto de partida é a convicção de que o comportamento violento e suas consequências podem ser evitados, assim como seu impacto pode ser reduzido e amenizado. Da mesma forma em que a saúde pública consegue prevenir e reduzir as complicações relacionadas à gravidez, doenças infecciosas, acidentes de trabalho e doenças causadas por água ou alimentos contaminados, a OMS assume que também a violência e seu impacto podem ser prevenidos e reduzidos (Dahlberg & Krugg, 2002, 2006).

A violência, juntamente com as doenças crônicas e degenerativas, está alterando o perfil dos problemas de saúde em países de todo o mundo. Em suas origens e manifestações, representa um fenómeno sócio-histórico que acompanha a história da humanidade e não constitui, por si, um problema de saúde pública. Apenas quando olhamos para os seus efeitos na saúde individual e colectiva é que percebemos a importância da formulação de políticas e práticas específicas para seu enfrentamento e prevenção, nomeadamente no campo da saúde pública.

A violência causa impactos profundos na saúde das vítimas seja a curto ou a longo prazo. As investigações mostram que mulheres que sofreram abuso sexual na infância ou vida adulta adoecem mais do que mulheres que não passaram por tal situação, tanto com relação à saúde física e psicológica quanto à adopção de comportamentos não saudáveis como tabagismo, consumo de álcool e outras drogas e sedentarismo. De modo geral, há um risco maior de desenvolverem depressão, tentativas de suicídio, dor crónica, transtornos psicossomáticos, ferimentos físicos, problemas gastrointestinais, síndrome de intestino irritável e diversos problemas para a saúde reprodutiva (gravidez indesejada, contaminação por HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, abortos espontâneos ou provocados). Estudos populacionais sugerem que, entre 40-72% de todas as mulheres que foram fisicamente violentadas por um parceiro, a agressão deixou sequelas físicas em algum momento de suas vidas. No Canadá, 43% das mulheres agredidas receberam cuidado médico e 50% teve que pedir licença no trabalho em virtude da agressão. Contudo, os ferimentos não são o resultado mais comum, destacando-se as “desordens funcionais”: um conjunto de queixas que não tem uma causa médica identificável, como síndrome de intestino irritável, fibromialgia, desordens gastrointestinais e várias síndromes de dor crónica. Além disto, a violência conjugal também afecta os filhos do casal: crianças que testemunham violência conjugal estão mais propensas a desencadear diversos problemas psicológicos e comportamentais, incluindo ansiedade, depressão, baixo desempenho escolar, baixa auto-estima, desobediência, pesadelos e queixas físicas. Estudos recentes também indicam que a violência conjugal pode afectar, directa ou indirectamente, a mortalidade infantil, tanto na forma de abortos, fetos nados-mortos ou mortalidade infantil tardia (após os cinco anos de vida). (Heise & Garcia-Moreno, 2002).

Seguindo a tendência de dar particular atenção à violência contra as mulheres, o já citado Relatório Mundial Sobre Saúde e Violência apresentou dois capítulos específicos sobre

a temática: as diversas formas de violência praticadas contra as mulheres (Heise & Garcia-Moreno, 2002) e a violência sexual (Jewkes, Sem & Garcia-Moreno, 2002). Posteriormente, a OMS publicou outros materiais sobre o assunto, nomeadamente: um guia prático para pesquisadores e activistas (Ellsberg & Heise, 2005) e uma publicação com recomendações para atingir as metas de desenvolvimento do milénio com relação à violência contra as mulheres (WHO, 2005b).

A partir da inclusão da violência contra as mulheres na arena pública dos direitos humanos e da saúde, começaram a ocorrer transformações mais efectivas nas políticas legais de muitos países, como a criação de programas de intervenção mais elaborados e outros suportes. Podemos dizer que, até meados de 1990, as principais transformações ocorreram no campo dos direitos humanos e da justiça, com uma crescente consciencialização do aspecto criminal envolvido nas situações de violência doméstica e percepção de que a segurança das mulheres e crianças estaria garantida com a punição dos agressores. Contudo, destacamos a observação de Skinner, Hester e Malos (2005), que afirmam que esta “agenda de punição”, apesar de possuir aspectos positivos, não é suficiente e, tampouco, estimula a criação de uma base para acções de apoio e suporte às vítimas ou de prevenção de sua ocorrência.

## Capítulo 2

### A Posição de Portugal no Contexto Europeu

#### 2.1 O Contexto Europeu

Uma vez que já nos situamos no panorama mundial dos direitos humanos e de saúde pública com relação à temática da violência contra as mulheres, passamos a aprofundar alguns destes aspectos no contexto em que esta pesquisa se insere. Iniciamos com uma breve retomada das principais medidas para a igualdade e para os direitos das mulheres no contexto europeu para, em seguida, examinarmos a situação de Portugal.

Além das orientações internacionais já descritas anteriormente, nomeadamente por parte da ONU, o Conselho da Europa também tem demonstrado atenção para a situação das mulheres submetidas à violência há vários anos e de diversos modos. Assim, em 26 de Março de 1985 o Comité de Ministros adoptou a Recomendação R(85) 4 sobre a violência na família. Em 1987, realizou em Estrasburgo, Alemanha, um colóquio sobre a temática, no qual foi reconhecida a grande extensão do fenómeno e a necessidade de o analisar a fim de criar uma política de prevenção eficaz. Na sequência deste colóquio, foi aprovada a Recomendação R(90) 2 sobre medidas sociais relativas à violência na família. Após a Cimeira de Ministros do Conselho da Europa intitulada “A violência contra as mulheres: o papel dos média”, realizada em 1993, foram também aprovadas: uma Declaração sobre políticas de combate à violência contra as mulheres numa Europa democrática; uma Resolução sobre violação e agressões sexuais contra as mulheres; uma Declaração sobre a quarta conferência sobre as mulheres (realizada em Beijing, 1995) e uma Declaração sobre as violações dos direitos das mulheres nos antigos territórios da ex-Yugoslávia. E, na sequência de uma Resolução do Parlamento Europeu de 1997, durante o ano de 1999 decorreu a Campanha Europeia de Tolerância Zero Face à Violência Contra as Mulheres (CIDM, 2004).

Outra instância europeia de grande importância para a garantia dos direitos das mulheres (de um modo geral e não apenas com relação à violência) é a Convenção Europeia para os Direitos dos Homens (CEDH). Mas, os esforços para a garantia e a promoção dos direitos das mulheres no quadro do Conselho da Europa não se esgotam na referida CEDH. A

Carta Social Europeia, de 18 de Outubro de 1961 (revista em 03 de Maio de 1996) já previa, no seu artigo 20º, o direito à igualdade de oportunidades em matéria de emprego e profissão, sem discriminação fundamentada no sexo; e, no artigo 27º, consagrava que os trabalhadores e trabalhadoras deveriam ter as mesmas responsabilidades familiares e igualdade de oportunidades e tratamento. Além disto, o Conselho da Europa tem desenvolvido um esforço para a promoção e defesa da igualdade de direitos através da Assembleia Parlamentar e do Comité de Ministros, tendo especial destaque o “Comité Director para a Igualdade entre as Mulheres e os Homens” (Barreto, 2005).

Com relação ao tráfico de seres humanos, outro crime a que muitas mulheres estão expostas, em Fevereiro de 1997 o Conselho da Europa adoptou uma acção conjunta que instava os Estados-Membros da UE a reverem suas legislações penais com relação a este crime e à cooperação judiciária, bem como à protecção das vítimas nos procedimentos judiciais (a que Portugal respondeu com a revisão do seu Código Penal no âmbito dos crimes contra a liberdade e a auto-determinação sexual e com a elaboração da Lei nº 93/99, de 14 de Junho, que versa sobre a protecção das testemunhas).

Neste mesmo ano, foi lançada a Iniciativa DAPHNE para combater a violência exercida contra crianças, jovens e mulheres, a qual foi seguida pelo Programa DAPHNE, lançado em Dezembro de 2000, que trata da questão da violência contra as mulheres e as crianças em geral, inclusive o tráfico. Este programa destaca-se pelo facto de, embora ser aberto aos organismos públicos, destinar-se ao apoio ao papel exercido pelas Organizações Não-governamentais (ONG’s) na assistência a mulheres e crianças vítimas de violência.

O Tratado de Amesterdão, em vigor desde 1999, também fez referências explícitas ao tráfico de seres humanos e aos crimes contra as crianças, o que é abordado de modo mais específico no Plano de Acção de Viena, de 1998. E, ainda em 1999, as conclusões do Conselho da Europa de Tampere atribuíram prioridade à luta contra o tráfico de seres humanos. Contudo, as disparidades entre países persistiram, fazendo com que, em Dezembro de 2000, a Comissão Europeia apresentasse duas propostas de decisão-quadro: uma relativa à luta contra o tráfico de seres humanos e outra contra a exploração sexual de crianças e pornografia infantil. O objectivo destas propostas era a aproximação das legislações penais dos Estados-membros, estabelecendo incriminações comuns e cooperação policial e judiciária. Além disto, a proposta conferia urgência à necessidade de abordar a pornografia infantil na Internet. Por fim, destacam-se a Convenção sobre Criminalidade Transnacional

Organizada (adoptada pela ONU em Novembro de 2000) e seu Protocolo Adicional Sobre o Tráfico de Seres Humanos, bem como o Protocolo Opcional da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças, relativo à venda de crianças e prostituição infantil (Rodrigues A.M, 2005).

Fátima Jorge Monteiro (2005) também destaca as Declarações e Resoluções da 3ª Conferência Ministerial Europeia sobre Igualdade entre Mulheres e Homens e as Recomendações do Conselho da Europa sobre a violência na família (R(85)4 e R(90)2), bem como a elaboração de um conjunto de “medidas positivas” do Parlamento Europeu para confrontar as atitudes discriminatórias e abusivas dos direitos das mulheres e a cultura de violência nas relações sociais de género. São elas: a Resolução sobre a violência contra as mulheres, de 11.6.86 (JO C176, de 14.7.1986, p. 73); a Resolução sobre a pornografia, de 17.12.1993 (JO C 20, de 24.1.1996, p. 546); a Resolução sobre as violações das liberdades e dos direitos fundamentais das mulheres, de 6.5.1994 (JO C205, de 25.7.1994, p. 489) e a Resolução sobre tráfico de seres humanos, de 18.1.1996 (JO C32, de 5.2.1996, p. 88).

Posteriormente, em 30 de Abril de 2002, o Comité de Ministros adoptou a Recomendação Rec(2000) 5 sobre a protecção das mulheres contra a violência. Várias presidências da União Europeia mostraram particular sensibilidade sobre a violência doméstica e adoptaram recomendações para a temática, destacando-se neste aspecto, a Presidência Espanhola, em 2002 (CIDM, 2004).

Mais recentemente, em Janeiro de 2007, durante a Presidência Alemã da União Europeia, foi realizada a I Cimeira da Igualdade. Neste encontro, foram publicados os resultados de um inquérito realizado na União Europeia sobre a luta contra a discriminação em que 64% dos inquiridos afirmaram que a discriminação é muito comum. Desta forma, institui-se o ano de 2007 como Ano Europeu da Igualdade de Oportunidades para Todos. O objectivo geral desta iniciativa foi sensibilizar a população para os benefícios de uma sociedade mais justa e solidária, com iguais oportunidades para todas as pessoas, independentemente do sexo, idade, origem racial ou étnica, religião ou crença, deficiência ou orientação sexual. A cerimónia de encerramento desta iniciativa ocorreu em Lisboa, no âmbito da Presidência Portuguesa da União Europeia<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Informação disponível em [http://ec.europa.eu/employment\\_social/eyeq/index.cfm](http://ec.europa.eu/employment_social/eyeq/index.cfm), acesso em 27 de Junho de 2008.

## 2.2 Participação Portuguesa em Tratados Internacionais

Actualmente, Portugal mantém relações diplomáticas com quase todos os países do mundo, sendo membro fundador da Organização do Tratado do Atlântico Norte (NATO), desde 1949, da Organização das Nações Unidas (ONU), desde 1955, da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE), desde 1962, do Conselho da Europa, desde 1976 e da União Europeia (UE), desde 1986. Devido à participação nestas organizações internacionais, Portugal assumiu diversos compromissos, dentre os quais destacamos apenas aqueles que dizem respeito às mulheres e a violência (CIDM, 2004, p. 44 e ss.):

- No âmbito da União Europeia: o Tratado de Amesterdão consagrou a promoção da igualdade entre homens e mulheres como uma missão da Comunidade Europeia, com combate de todas as formas de discriminação e medidas de igualdade de tratamento em matéria de emprego. Especificamente com relação à violência, a Decisão nº 293/2000/CE, de 24 de Janeiro de 2000, adoptou um programa de acção comunitário para o combate à violência exercida contra as crianças, os adolescentes e as mulheres, o já citado Programa DAPHNE. E, em 19 de Julho de 2002, aprovou uma decisão-quadro relativa ao tráfico de seres humanos.

- No âmbito do Comité de Ministros do Conselho da Europa: Recomendação R(85)4, sobre a violência na família, de 26 de Março de 1985; recomendação R(90)2 sobre medidas sociais relativas à violência na família, recomendação R(91)11, sobre a exploração sexual, a pornografia, a prostituição e o tráfico de crianças e jovens, de 1991; recomendação R(2000)11, sobre a luta contra o tráfico de seres humanos para a exploração sexual, de 19 de Maio de 2000 e recomendação Rec(2002)5, sobre a protecção das mulheres contra a violência, de 30 de Abril de 2002;

- Conferências de Ministros Europeus Responsáveis pela Igualdade: a III Conferência Ministerial Europeia sobre a Igualdade entre Mulheres e Homens, realizada em Roma, no ano de 1993, estabeleceu diversas declarações e resoluções sobre estratégias para a eliminação da violência contra as mulheres na sociedade; e, conforme já apresentado, em 2007 foi realizada a I Cimeira da Igualdade, com a posterior designação do Ano Europeu da Igualdade de Oportunidades para Todos;

- Na Assembleia Parlamentar: recomendações e resoluções sobre o tráfico de mulheres e prostituição forçada nos Estados-membros do Conselho da Europa, em 1997;

- Na ONU: ratificação da Carta das Nações Unidas da Declaração Universal dos Direitos dos Homens; em 1980, ratificou a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW) e, em 1999, o seu Protocolo Opcional; em 1991, ratificou a Convenção para a supressão do tráfico de pessoas e da exploração da prostituição de outrem, de 1949; em 1993, assinou a Declaração para a Eliminação da Violência Contra as Mulheres e directivas comunitárias sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio da ONU.

Além destes documentos, o III Quadro Comunitário de Apoio (do qual Portugal foi beneficiário) determinou que todas as intervenções operacionais e os Fundos Estruturais que os integram deviam ser atravessados pelo objectivo de construção da igualdade de oportunidades (Roseira, 2005). Esta iniciativa se insere na constatação apontada por Lopes (2005) de que os direitos humanos das mulheres em Portugal estão sendo constantemente violados, apesar da legislação do país ser bastante avançada neste aspecto. O direito à educação é violado quando as meninas são obrigadas a cuidar da casa e da família ao invés de irem para a escola; tal facto irá condicionar o seu futuro, uma vez que limitará suas possibilidades de acesso ao trabalho/emprego e o seu nível de qualidade de vida. No trabalho e emprego, o acesso à progressão na carreira e ocupação de cargos de decisão é distinto para as mulheres e os homens. Ainda que sejam as empresas privadas que mais cometam tais violações, o Estado é complacente, não tomando medidas para que isto não ocorra e para que os culpados sejam punidos. Em Portugal, a pobreza também é eminentemente feminina, não só por causa dos obstáculos para a realização profissional das mulheres, mas também pela responsabilidade com o cuidado dos filhos. Nos casos de divórcios, normalmente as mulheres descem de nível económico, enquanto os homens ascendem. A limitação de apoios à infância é outro factor que cerceia a autonomia das mães. E, por fim, o direito à saúde não é usufruído por muitas mulheres, tanto por falta de meios quanto de assistência, informação, formação dos(as) profissionais de saúde e falta de respeito generalizado pelo corpo e pela saúde das mulheres.

A fim de enfrentar esta situação, conforme já vimos, em meados da década de 1970, iniciou-se um processo de aumento da consciencialização internacional sobre a necessidade de criação de organismos institucionais para garantir a melhoria das condições de vida das



mulheres. Contudo, em Portugal esta situação já existia anteriormente, conforme mostra a análise do desenvolvimento histórico da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (CIDM) que detalhamos a seguir. Sendo a CIDM a instância governamental responsável pela garantia dos direitos das mulheres em Portugal, parece-nos importante destacar seu papel e principais actuações no país e no contexto europeu.

### **2.3 O Percurso histórico da CIDM como mecanismo institucional para a igualdade<sup>12</sup>**

De acordo com Silva (2002), o ano de 1970 representou o início de um longo processo de institucionalização da luta pelos direitos das mulheres em Portugal, sendo a criação do “Grupo de Trabalho para a Participação da Mulher na Vida Económica e Social” o seu marco. Na sequência da instauração deste grupo, foi criada a “Comissão para a Política Social Relativa à Mulher”, em 1973. Esta comissão tinha um carácter consultivo e seu principal trabalho foi o levantamento das discriminações legais praticadas contra as mulheres e a elaboração das primeiras propostas de alteração no Direito de Família e na Legislação Trabalhista do país. Seguindo o momento de transformação e renovação posterior à Revolução dos Cravos, a “Comissão para a Política Social Relativa à Mulher” foi substituída pela “Comissão da Condição Feminina” (CCF), em 1975, ainda em regime de instalação, sendo finalmente institucionalizada em 1977.

Neste processo, a Constituição de 1976 foi de fundamental importância, pois estabeleceu a igualdade para homens e mulheres numa multiplicidade de domínios e permitiu a criação de um novo quadro jurídico com relação às mulheres e à igualdade. O Decreto-lei nº 485/77, de 17 de Novembro de 1977, estabeleceu o diploma orgânico da CCF, bem como seus objectivos e competências. Assim, seu grande objectivo era apoiar todas as formas de consciencialização sobre a condição feminina em Portugal e estimular a eliminação das discriminações praticadas contra as mulheres portuguesas. O diploma da Comissão continha alguns aspectos que hoje podem ser considerados pioneiros e inovadores, particularmente a criação de um Conselho Consultivo com duas vertentes: a Secção Interministerial (representantes dos departamentos governamentais das áreas da Administração Pública

---

<sup>12</sup> Devido à dificuldade em encontrar material bibliográfico, a maior parte das informações sobre o histórico da CIDM fundamentam-se no texto de Silva (2002).

consideradas de interesse para os objectivos da Comissão) e a Secção Organizações Não-governamentais (organizações representativas de mulheres).

Seguindo a divisão proposta pela autora, podemos dizer que a primeira fase da CCF, entre o final da década de 1970 e a primeira metade da década de 1980, caracterizou-se pelas seguintes tarefas: conhecimento da situação real das mulheres através de levantamentos estatísticos; alteração de legislação em áreas como direito de família, publicidade, nacionalidade, igualdade no trabalho e emprego; criação de serviços de atendimento ao público (gabinete de informação jurídica e centro de documentação); dinamização da investigação sobre as mulheres e criação de projectos especiais (informação e educação para o planeamento familiar, sensibilização e formação de professores para uma educação não-sexista, primeiras iniciativas sobre a participação política das mulheres e introdução do inquérito à fecundidade).

A alteração global da legislação no período posterior ao 25 de Abril de 1974 permitiu que, em 1980, Portugal fosse um dos primeiros países do mundo a ratificar, sem reservas, a Convenção das Nações Unidas para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, adoptada pela Assembleia Geral em 1979. Portugal participou activamente na preparação e negociação do texto desta Convenção, impulsionando seu processo de ratificação e apresentando a candidatura de uma perita portuguesa no primeiro Comité de Avaliação de Cumprimento da Convenção, o Comité CEDAW.

A entrada do país no Conselho da Europa, em 1976, e as já assinaladas reformadas implantadas, também fizeram com que fosse atribuída a Portugal (através da CCF) uma representação no primeiro Comité Europeu sobre a Situação das Mulheres. Este fórum configurou-se como um espaço de reconhecimento e prestígio para o país, tendo assumido sua presidência em 1983, 1984, 1988, 1989, 1992 e 1993. A adesão à Comunidade Económica Europeia (CEE), em 1986, foi outro marco significativo para a afirmação das questões da igualdade de género ainda que, de modo geral, o quadro legislativo nesta área já estivesse bastante de acordo com as disposições comunitárias. Novas perspectivas e oportunidades surgiram através dos financiamentos para projectos (especialmente na área da formação profissional) e da participação em redes de peritos(as) em diversas áreas (Silva, 2002).

Assim, passamos para uma segunda fase da Comissão (meados dos anos 1980 até meados de 1990), caracterizada por sua expansão e maior divulgação, com novos temas,

audiências e debates, os quais estão presentes nos diversos seminários organizados (por exemplo: ensino e investigação, mulheres agricultoras, igualdade e direitos humanos). Novos temas de preocupação e acção foram surgindo e, dentre estes, a violência contra as mulheres, sendo realizado, em 1995, o primeiro inquérito nacional sobre o tema (Lourenço, Lisboa & Pais, 1997)<sup>13</sup> e desenvolvidas acções de sensibilização junto de agentes de forças policiais. Além disto, permaneceu o trabalho de sensibilização da população para o tema da igualdade, integrando-se novos públicos: profissionais de saúde, média, políticos, comunidade académica e científica, mulheres migrantes e autárquicas. Neste período, seguindo o que ocorria no contexto internacional, ocorreu uma modificação de enfoque: de uma mera questão de justiça social, a igualdade passou a ser encarada como uma questão de democracia e direitos humanos. A participação política das mulheres assumiu maior importância, havendo acções conjuntas com ONGs junto a partidos políticos e debates sobre a plena participação das mulheres em todos os níveis de decisão e sobre os meios para alcançá-la.

No princípio dos anos 1990, depois de um longo processo de negociação, foi aprovado o novo diploma orgânico da Comissão, agora designada por “Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres” (CIDM), criada pelo decreto-lei 161/91, de 09 de Maio. Com isto, passou-se da “condição feminina”, algo específico às mulheres, para as noções de igualdade e direitos. A igualdade é concebida como direito fundamental para mulheres e homens, e os direitos das mulheres são vistos como o objectivo a atingir, uma vez que ainda subsistia a discriminação e a menoridade em muitos aspectos. Esta mudança reflecte o que acontecia em outros países europeus e coincide com a formulação da noção de género, conceito que explicita a construção social dos papéis designados aos homens e às mulheres. A construção da igualdade de género tornou-se uma questão social, de carácter global, multi-sectorial e eminentemente política.

Assim, existia no país a noção de que a igualdade, devido à sua natureza global, não poderia estar confinada a um ministério sectorial. Desde sua constituição, a Comissão foi integrada à Presidência do Conselho de Ministros, na dependência do Primeiro-Ministro, o que, em princípio, possibilitava uma horizontalidade do tratamento das questões, bem como diálogo e articulação com todas as áreas da Administração. Esta foi uma perspectiva pioneira, desde 1977, quando a maioria dos países mantinham seus mecanismos para a igualdade nas

---

<sup>13</sup> Descrição deste estudo no Capítulo 2 (2.6 – Primeiras investigações sobre mulheres e violência realizadas em Portugal).

áreas sociais e do trabalho, tendo sido interrompida apenas entre 1992 e 1996, quando a CIDM foi integrada ao Ministério do Emprego e Segurança Social.

Com isto, entramos na terceira fase da Comissão (meados da década de 1990 até os dias actuais), marcada pela mudança política ocorrida em 1996, a qual teve consequências a nível dos mecanismos constitucionais para a igualdade, bem como pela revisão constitucional de 1997, que deu nova legitimidade política às questões relativas à igualdade através do disposto no artigo 9 h)<sup>14</sup>. Com relação aos mecanismos nacionais, foi criada uma nova estrutura, o “Alto Comissariado para as Questões da Igualdade e da Família”, englobando as áreas da igualdade, infância e família, na dependência do Secretário de Estado da Presidência do Conselho de Ministros. Mais tarde, foi criada uma “Pasta Ministerial para a Igualdade”, essencialmente para a Presidência Portuguesa da União Europeia, a qual englobava todas as vertentes da igualdade, não apenas o que tange ao género. Em seguida, a CIDM foi colocada novamente sob o Ministro da Presidência, sem tutelas intermediárias. Por fim, foi criado o posto de “Secretária de Estado para a Igualdade”, desta vez apenas relativamente a homens e mulheres.

Percebemos que neste período houve uma flutuação de tutelas e modelos, bem como uma agregação de competências, o que nem sempre foi benéfico. Por exemplo, a junção de igualdade e família como se fossem áreas específicas ou preferenciais das mulheres está em desacordo com a noção de que o género é uma dimensão estrutural presente de forma horizontal em qualquer sociedade. Tal experimentação de modelos teve reflexos no nível de intervenção e visibilidade da CIDM, sendo, inevitavelmente, reduzidos. Nesta terceira fase, a acção da CIDM foi mais sectorial, aprofundando vertentes e áreas de trabalho, sendo consideradas áreas prioritárias:

- A violência, particularmente a violência doméstica, com a criação de uma “Linha Verde” e do apoio à criação de casas-abrigo; a criação do Plano Nacional contra a Violência Doméstica<sup>15</sup> e de novas disposições legais (nomeadamente, a possibilidade de afastamento do agressor e o estatuto de crime público para a violência doméstica);

- O tráfico de mulheres, uma forma de violência crescente;

---

<sup>14</sup> O artigo 9º da Constituição da República Portuguesa trata das tarefas fundamentais do Estado, estando, entre estas, “promover de igualdade entre homens e mulheres” (alínea h). Constituição da República Portuguesa (2004). Sexta revisão constitucional. Disponível em: [http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Portugal/Sistema\\_Politico/Constituicao/06Revisao/](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Portugal/Sistema_Politico/Constituicao/06Revisao/) (acesso em 20/6/07).

<sup>15</sup> Assuntos que abordaremos adiante.

- A descentralização, através do trabalho com autarquias para a criação de espaços de informação a nível local, formação de agentes autárquicos na área da igualdade, elaboração de materiais e apoio à criação de mecanismos para a igualdade nas Regiões Autónomas;

- A educação, com acções de sensibilização e formação de professores e agentes do sistema educativo;

- E, com menos destaque, a participação política e tomada de decisão e a conciliação trabalho-família.

Apesar destas flutuações, podemos dizer que a CIDM desempenhou um importante papel em todo o processo de consciencialização acerca das desigualdades e discriminações que as mulheres enfrentavam – e ainda enfrentam – em Portugal. Como instância governamental, foi essencialmente responsável pela formulação das políticas públicas para as mulheres, sofrendo com as dificuldades orçamentais do Estado. Mas, também realizou e apoiou a realização de diversos estudos, seminários e publicações e foi responsável pela gestão de diversos serviços dirigidos ao público em geral e a pesquisadores da área.

Na sede da CIDM, localizada em Lisboa, podemos encontrar um Centro de Documentação, criado em 1975 como suporte documental e teórico às actividades da Comissão e aos estudos sobre as mulheres. É constituído por obras actuais, portuguesas e estrangeiras, relacionadas com a questão da igualdade em diversas áreas, bem como por obras antigas que ajudam a reconstituir a memória histórica, cultural e política das mulheres portuguesas. Todo este material está disponibilizado em uma Biblioteca aberta ao público em geral. Desde de 1976, a Divisão de Assuntos Jurídicos mantém um Gabinete de Informação e Consulta Jurídica (nas áreas de competência da Comissão), aberto ao público e gratuito. Este gabinete efectua cerca de 800 atendimentos por ano, tanto na modalidade presencial, quanto por carta, telefone ou e-mail. Além deste serviço, a Divisão de Assuntos Jurídicos também colaborou na elaboração de diversos diplomas e alterações legais no sentido de uma maior igualdade entre mulheres e homens (CIDM, 2004).

Além da sede, em Lisboa, a CIDM possui a Delegação Regional do Norte, localizada na cidade do Porto, com o objectivo de propor e executar políticas e estratégias de acção, bem como articular as suas acções com os serviços centrais, regionais e outras instituições (governamentais ou não). Desde 1976, a Delegação do Norte também mantém um Gabinete

de Informação e Consulta Jurídica e Psico-Social, gratuito e aberto ao público, com atendimento presencial, por carta, telefone e e-mail. Desde Novembro de 1998, é responsável pelo funcionamento do Número Verde do Serviço de Informação às Vítimas de Violência Doméstica (800 202 148), que efectua cerca 350 atendimentos por mês. Desde Maio de 2003, este serviço é prestado com colaboração com a Divisão de Assuntos Jurídicos de Lisboa. Assim como a Sede, dispõe de uma Biblioteca especializada e informatizada aberta ao público.

Além destes serviços, a CIDM colabora com outras instituições nacionais e internacionais, desenvolve projectos relacionados à igualdade em diversas áreas (educação, formação profissional, estruturas para a igualdade, minorias étnicas, migrações, violência doméstica, etc.) e realiza e apoia seminários e colóquios. Neste aspecto, destacamos apenas os dirigidos para a violência contra as mulheres:

- Janeiro de 1994 (Lisboa): “Seminário sobre Direitos Humanos: Violência contra as Mulheres” (por iniciativa da Secretária da Justiça);

- Dezembro de 1999 (Porto): “Seminário Internacional Tráfico e Exploração Sexual de Mulheres” (com apoio da Comissão Europeia – Programa STOP);

- Maio de 2000 (Lisboa): “Seminário Internacional Violência Contra as Mulheres: Tolerância Zero. Encerramento da Campanha Europeia” (no âmbito da Presidência Portuguesa da União Europeia);

- Novembro de 2003 (Lisboa): Seminário “Mutilação Genital Feminina: direitos humanos e saúde”.

Dentre as publicações, existem periódicos e diversas colecções, donde destacamos apenas os números dirigidos ao tema da violência:

- Cadernos Condição Feminina: Violência Contra as Mulheres (nº 48, 1997); Prostituição e Tráfico de Mulheres e Crianças (colectânea de textos legais e de instrumentos internacionais, nº 55, 2000); Tráfico e Exploração Sexual de Mulheres (actas do I Seminário Internacional, nº 56, 2000); Violência Contra as Mulheres: Tolerância Zero. Encerramento da Campanha Europeia (actas da Conferência de Lisboa, nº 57, 2000)

- Coleção Ditos e Escritos: Trabalho e Assédio Sexual (nº 12, 1999); O Contexto Social da Violência Detectada nos Institutos de Medicina Legal (nº 16, 2003); Os Custos Sociais e Económicos da Violência contra as Mulheres (nº 17, 2003).

- Coleção Informar as Mulheres: Violência Contra as Mulheres na Família (nº 9, 1989, 7ª edição actualizada, 2003); Saúde e Violência Doméstica: uma questão de vida ou de morte (nº 21, 2001).

- Folhetos: Violência contra as mulheres na rua (1989, reeditado em 1999); Violência contra as mulheres na família (1989, reeditado em 1998);

- Estudos realizados pela CIDM e publicados por outras editoras: Mulheres Violentadas: cartas de mulheres espancadas, violadas, torturadas, discriminadas e de mães solteiras dirigidas à Comissão da Condição Feminina (Pires, A. Ed. A Regra do Jogo, 1985);

- Outros materiais: materiais audiovisuais, exposições fotográficas, cartazes e auto-colantes.

## **2.4 Políticas públicas para as mulheres em Portugal**

Conforme pudemos ver através do traçado histórico da CIDM, Portugal tem-se mostrado atento às questões e problemas relativos à condição das mulheres desde meados da década de 1970. Neste processo, a CIDM tem sido responsável pela maior visibilidade destes temas na sociedade em geral, muitas vezes actuando em articulação e com apoio de outras instituições (governamentais e não-governamentais). Para além dos seminários, publicações, projectos e publicações que organizou ou apoiou, foi responsável pela implantação de políticas públicas para a igualdade e para o combate à violência doméstica.

Em 1997, foi aprovado o primeiro “Plano Global para a Igualdade” (CIDM, 1997). Na sequência deste plano, e dentro da área temática prioritária da violência doméstica, em 27 de Maio de 1999 foi aprovado o primeiro “Plano Nacional de Combate à Violência Doméstica”. Neste, a violência doméstica foi assumida como “um flagelo que põe em causa o próprio cerne da vida em sociedade e a dignidade da pessoa humana” (Plano Nacional Contra a Violência Doméstica, 1999, p. 3426). Através de um conjunto de medidas adoptadas a vários

níveis (justiça, administração interna, saúde, educação e outros) e seguindo a orientação dos recentes documentos internacionais nesta matéria, Portugal ficou dotado de um plano nacional, com vigência de três anos (1999-2002). Dividido em três capítulos/objectivos (I – Sensibilizar e prevenir; II – Intervir para proteger a vítima de violência doméstica e III – Investigar/estudar), destaca-se o facto de assumir como vítimas não só as mulheres, mas também as crianças, os idosos e os portadores de deficiência de qualquer faixa etária.

Apesar do mérito desta iniciativa, algumas críticas foram feitas (APAV, 2003). Em primeiro lugar, a já discutida flutuação de tutelas e modelos na CIDM se reflectiu na desordem conceitual existente no I Plano Nacional Contra a Violência Doméstica. Na verdade, este I Plano nada mais era do que um aglomerado de intenções, sem indicação explícita dos operadores de cada medida, seu calendário e orçamento. Consequentemente, foi parcialmente cumprido, e as grandes medidas previstas resultaram frustradas, tendo sofrido tanto das mudanças a nível político como de suas próprias características internas, as quais não terão facilitado o cumprimento das medidas que previa. Em 2000, foi apresentado o “I Relatório Intercalar de Acompanhamento do Plano Nacional Contra a Violência Doméstica” pela comissão de peritos para o acompanhamento da execução do dito Plano à Ministra para a Igualdade. Esta comissão de peritos independentes foi nomeada, na verdade, com o objectivo de conferir uma nova orientação às suas medidas e acompanhar sua execução. Segundo a Comissão, embora a maioria das medidas previstas no Plano não tivessem sido cumpridas, diversas actividades, desenvolvidas sobretudo por ONG’s, podiam ser identificadas com as medidas propostas no Plano. Um segundo Relatório de Acompanhamento foi realizado no final da vigência do Plano, donde se concluiu que a maioria das medidas tinha ficado por cumprir. As actividades efectivamente desenvolvidas haviam sido feitas sobretudo pelas ONG’s, não por causa do Plano, mas devido aos estatutos das próprias instituições.

Apesar de suas fragilidades, este primeiro Plano Nacional de Combate à Violência Doméstica teve como mérito o facto de ser a primeira medida governamental destinada ao problema. A partir desta iniciativa, a violência doméstica passou a ter uma visibilidade maior perante a sociedade, surgindo novos serviços e associações destinadas a combatê-lo. Assim, em Novembro de 1998, a CIDM criou o Serviço de Informação às Vítimas de Violência Doméstica (SIVVD), através de uma linha telefónica gratuita (Linha Verde 800 202 148). Este serviço presta informação sumária sobre as providências adequadas às situações colocadas, bem como sobre os mecanismos e/ou procedimentos legais a serem activados.



Também durante a vigência deste Plano, diversas alterações legais foram implantadas, assunto que abordaremos mais adiante (CIDM, 2004).

Durante a presidência portuguesa da União Europeia, em 2000, coube à CIDM o importante papel de avaliação da Campanha Europeia contra a Violência e a organização do seminário internacional de avaliação dos progressos da Plataforma de Pequim, habitualmente conhecido por Pequim+5 (Silva, 2002). A respeito da campanha, o relator do Relatório Penélope (APAV, 2003) se fundamentou em dados apresentados pelo Centro de Estudos para a Intervenção Social no encerramento do Ano Europeu de Tolerância Zero com a Violência Doméstica para afirmar que esta não obteve um impacto significativo.

Em Julho de 2003, o Conselho de Ministros aprovou o II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica, com validade de três anos (2003-2006). Comparativamente ao plano anterior, nota-se que este é mais elaborado e extenso, composto por sete principais capítulos: 1) Informação, sensibilização e prevenção; 2) Formação; 3) Legislação e sua aplicação; 4) Protecção da vítima e integração social; 5) Investigação; 6) Mulheres imigrantes; 7) Avaliação. Apesar de reconhecer que a violência doméstica praticada sobre homens, crianças, pessoas idosas e portadoras de deficiências também constitui uma grave violação de direitos humanos, este II Plano Nacional assume como foco principal as mulheres, utilizando como justificativa o seguinte (CIDM, 2003a, p. 8):

- São as mulheres a grande maioria das vítimas de violência doméstica;
- Se conhece muito mal a realidade da violência praticada sobre crianças, pessoas idosas e pessoas deficientes (lacuna que, em parte, se pretendeu combater durante a vigência deste plano);
- Que é a Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres a dinamizadora deste plano;
- Que esta comissão não tem competências directas nas outras áreas (crianças, pessoas idosas e portadoras de deficiência);
- Que a violência sobre as mulheres radica na persistente desigualdade de condições entre as mulheres e os homens, e que muito embora nela também sejam englobadas outras

formas de violência sobre as mulheres (assédio, tráfico, etc.), é a violência doméstica que causa o maior número de mortes de mulheres entre os 16 e os 44 anos de idade.

Comparativamente ao anterior, o II Plano Nacional apresentou uma adequada conceitualização e ordenação das medidas previstas, já apresentando os operadores responsáveis por cada uma e a previsão de um calendário de execução, com prazos para o cumprimento de cada medida. Por outro lado, não apresentou o orçamento global disponível, tampouco o orçamento específico para cada medida, subentendendo-se que seus recursos financeiros provinham das verbas destinadas à CIDM. Além disso, constatou-se uma reduzida participação das ONG's na sua concepção e execução, contrariando muito ao que havia ocorrido no I Plano, quando estas organizações foram as suas principais executoras. Foram também efectuadas críticas ao estabelecimento de uma participação rotativa das ONG's no Observatório sobre a Violência Doméstica, impedindo um acompanhamento sistemático e continuado do processo desenvolvido (APAV, 2003).

Ainda no ano 2003, foi aprovado o II Plano Nacional para a Igualdade (CIDM, 2003b) para o período compreendido entre 2003 e 2006. O plano apresentou duas grandes áreas de intervenção: medidas estruturantes, destinadas especificamente à Administração Pública; e medidas por grandes áreas de intervenção (actividade profissional e vida familiar; educação, formação e informação; cidadania e inclusão social e cooperação com os países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa). Mais uma vez, a violência contra as mulheres surgiu como problema a ser enfrentado, sendo abordado dentro da área “cidadania e inclusão social”, em sintonia com as propostas do II Plano Nacional de Combate à Violência Doméstica.

Apesar de todas estas iniciativas e dos avanços já obtidos, a subalternização das mulheres portuguesas continua a impedir que a igualdade garantida na lei se consagre nas práticas quotidianas. Conforme o assume III Plano Nacional para a Igualdade – Cidadania e Género (2007), a fraca representação feminina na tomada de decisão é um problema persistente. Do mesmo modo, ainda que as mulheres constituam a maioria no ensino superior (65,9% dos diplomados em 2004), continua a existir uma forte segregação no mercado de trabalho, com diferenças salariais na ordem dos 20%. Na família, as desigualdades aparecem na repartição das responsabilidades domésticas e familiares, com uma diferença de três horas a mais gastas pelas mulheres com estas tarefas, bem como no número de ocorrências de violência doméstica registadas (20.595 no ano 2006), das quais cerca de 85% são de violência

conjugal. Adoptando como estratégia a integração do género nas diversas áreas de política (*mainstreaming de género*) e com validade para o período compreendido entre 2007 e 2010, o Plano assenta-se nas seguintes áreas estratégicas de intervenção: 1) Perspectiva de género nos diversos domínios de políticas como requisito de boa governação; 2) Perspectiva de género nos domínios prioritários de política; 3) Cidadania e género; 4) Violência de género e 5) Perspectiva de género na União Europeia, no Plano Internacional e na Cooperação para o Desenvolvimento. Como parte da estratégia de *gender mainstreaming*, a denominação da CIDM foi novamente alterada, passando a se chamar Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG).

Recentemente, também foi aprovado o III Plano Nacional de Combate à Violência Doméstica (2007), considerando-a um fenómeno que atravessa toda a sociedade portuguesa que apenas será travado com uma perspectiva transversal e integrada. Inserido numa política de prevenção e combate, actua através da promoção de uma cultura para a igualdade e a cidadania, do reforço de campanhas de informação e de formação e do apoio e acolhimento das vítimas numa lógica de reinserção e autonomia. Mais uma vez, apesar de identificar como alvos da violência doméstica crianças, idosos e pessoas portadoras de deficiência, as mulheres são colocadas como o grupo onde se verifica a maior parte das agressões, sendo por isto o principal grupo beneficiário do Plano. Com validade para o período compreendido entre 2007 e 2010, apresenta cinco áreas estratégicas de intervenção: 1) Informar, sensibilizar e educar; 2) Proteger as vítimas e prevenir a re-vitimização; 3) Capacitar e reinserir as vítimas de violência doméstica; 4) Qualificar os profissionais e 5) Aprofundar o conhecimento sobre o fenómeno da violência doméstica.

E, por fim, também em 2007, foi aprovado pela primeira vez um I Plano Nacional de Combate ao Tráfico de Seres Humanos (2007), com validade para o período compreendido entre 2007 e 2010. Este Plano surgiu da necessidade de enfrentar um problema oculto na sociedade portuguesa, cujas dinâmicas e elementos identificadores não têm sido objecto de uma análise profunda nas suas variadas vertentes. Adoptando as recentes evoluções internacionais do fenómeno, o Plano não se circunscreve apenas ao tráfico para a exploração sexual de mulheres, mas também aquele vocacionado para a exploração laboral de adultos(as) e o tráfico de crianças para exploração sexual e laboral, abordados em áreas específicas. Encontra-se estruturado em quatro áreas estratégicas complementares, a saber: 1) Conhecer e

disseminar informação; 2) Prevenir, sensibilizar e formar; 3) Proteger, apoiar e integrar e 4) Investigar criminalmente e reprimir o tráfico.

Este conjunto de medidas (Planos Nacionais para a Igualdade, Planos Nacionais contra a Violência Doméstica e I Plano Nacional de Combate ao Tráfico de Seres Humanos) mostra a preocupação que o país tem apresentado não só com relação às desigualdades de género, mas aos problemas das minorias em geral. A igualdade de oportunidades tem sido alvo de interesse de Portugal e da Comunidade Europeia, tal como demonstra a já citada iniciativa de designação do ano de 2007 como “Ano Europeu para a Igualdade”. Percebemos que o país se encontra alinhado aos objectivos e preceitos de associações internacionais de direitos humanos, sendo signatário de seus tratados e convenções desde os finais da década de 1970. A constituição do Grupo de Trabalho para a Participação da Mulher na Vida Económica e Social, ainda durante o regime fascista, e a Comissões que o sucederam (CCF, CIDM, CIG) mostram o esforço empenhado pelo Estado português em prol da igualdade de oportunidades para as mulheres. Como instância governamental, seu papel tem sido fundamental para o estímulo destas discussões na sociedade portuguesa (ainda que muitas vezes também tenha sido limitado pelas flutuações de governos e pela falta de verbas), especialmente com a criação dos Planos Nacionais para a Igualdade, para o Combate à Violência Doméstica e o Tráfico de Seres Humanos (Azambuja, Nogueira & Saavedra, 2007).

Neste aspecto, Portugal encontra-se à frente de outros países europeus, nomeadamente os do sul da Europa, conforme apresenta o relatório do Projecto Penélope (APAV, 2003). A comparação das diferentes realidades encontradas em Portugal, Espanha, França, Itália e Grécia realizada entre 2002 e 2003 mostrou que, na época, apenas nos dois primeiros países existem planos nacionais para a igualdade e para o combate à violência doméstica, bem como observatórios nacionais sobre a temática. Contudo, ambos também apresentavam diversas dificuldades - mais acentuadas na realidade portuguesa - e encontravam-se bastante desfasados com relação às práticas e políticas existentes nos países do norte da Europa, geralmente tidas como exemplares.

Ainda assim, no decorrer das políticas para as mulheres implantadas em Portugal, percebemos um avanço nas propostas e nos conceitos que as fundamentam. De uma questão meramente feminina (na época da fundação da Comissão para a Condição Feminina), passamos para a discussão sobre a igualdade entre homens e mulheres (com a constituição da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres) e, finalmente, para as questões de

género e *gender mainstreaming* (com a constituição da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género). Seguindo a divisão por fases proposta por Silva (2002) para o histórico da CIDM, podemos dizer que a nova nomenclatura para a Comissão, em 2007, representa o início de uma quarta fase do percurso histórico da CCF/CIDM/CIG. A adopção do conceito de género implica não só uma mudança de terminologia, mas também de práticas, no sentido de uma abordagem mais holística, que incorpora as relações entre homens e mulheres e os jogos de poder entre os diversos grupos da sociedade (homens, mulheres, homossexuais, étnicos, religiosos e outras minorias) (Azambuja, Nogueira & Saavedra, op cit).

Do mesmo modo, o campo da justiça passou por transformações, com a incorporação de novos modelos, conceitos e práticas de intervenção sobre a violência doméstica. Neste aspecto, como já citado, a CIDM/CIG, por intermédio da sua Divisão de Assuntos Jurídicos e em conjunto com outras organizações, foi uma das forças impulsionadoras de alterações nos textos legais, assunto que abordamos a seguir.

## **2.5. Principais alterações legais no âmbito da violência contra as mulheres**

Maria Teresa Féria (2005) e Teresa Beleza (2007) nos lembram que a consciência social da censurabilidade das condutas que integram as práticas de violência contra as mulheres na família é uma aquisição muito recente. Durante muito tempo, não só eram toleradas, mas também vistas como algo que escapava por completo à tutela do Estado e do Direito, uma vez que este apenas dava legitimidade à intervenção do Estado na vida familiar quando estavam em causa direitos patrimoniais inerentes às relações familiares. Desta forma, as situações de violências praticadas contra as mulheres no seio da família apenas eventualmente eram consideradas um excesso ou abuso do direito que decorria da obrigação de obediência a que estavam legalmente sujeitas as mulheres casadas. Nestes casos, o que estava em causa não era a censura da conduta, mas sim o seu grau de exercício.

Adicionalmente, as leis que intervinham na esfera privada adoptavam atitudes diferenciadas quanto aos sexos, promovendo desigualdade e injustiças e constituindo apenas o sujeito masculino como sujeito de direito. Assim, a legislação portuguesa permitia, até 1852, o marido bater na mulher, assim como o Código Penal de 1886 chegava a considerar o adultério da esposa como atenuante para o homicídio conjugal (o que significava que a pena

aplicada poderia ser, por exemplo, a mudança de povoação do homicida por seis meses). Porém, a mesma atenuante não era válida para as mulheres, sendo-lhes apenas desculpado o homicídio do marido quando este a obrigava a co-habitar com sua amante no domicílio conjugal. Tais disposições se mantiveram até 1974. A infidelidade conjugal, até 1982, foi considerada crime e, nesta matéria, mais uma vez, são nítidas as assimetrias quanto ao sexo: até 1910, o adultério era considerado um crime exclusivamente feminino (Pais, 1998).

O Código Civil Português de 1867 impunha à mulher o dever de obediência ao seu marido, a quem competia dirigir a mulher. Esta situação de subalternidade das mulheres perante seus maridos se manteve substancialmente intacta no Código Civil de 1966 e vigente até a reforma de 1977. Nestes textos, não havia qualquer censura aos maus-tratos conjugais. Pelo contrário, havia uma legitimidade social ao exercício do poder de direcção do marido, bem como um enquadramento jurídico-penal diferenciado entre o adultério do marido e da esposa e permissão de violação da correspondência desta por parte do marido (Féria, 2005).

Segundo Teresa Beleza (2007), parte destas normas foram expressamente revogadas antes mesmo da promulgação da Constituição de 1976, enquanto outras foram por esta invalidadas. Contudo, a substituição de alguns dos inaceitáveis regimes ou de alguns de seus aspectos ficou mais clara apenas com a publicação do Código Penal de 1982 (e suas posteriores revisões). Assim, com o “Novo Código Penal”, o crime de maus-tratos conjugais foi pela primeira vez punido (prisão de seis meses a três anos e multa até 100 dias), sendo também considerado de natureza pública (ou seja, não necessita de apresentação de queixa por parte da vítima para instauração do processo).

A Lei nº 61/91, de 13 de Agosto, introduziu algumas alterações na disciplina jurídico-penal do crime de maus-tratos, todas de carácter processual. A definição e a natureza do tipo legal e a medida da pena permaneceram inalteradas, mas estabeleceu-se um regime específico para a suspensão provisória do processo (possível apenas na condição de não dar continuidade aos maus-tratos) e implantou-se a possibilidade de aplicação da medida de coação de afastamento da residência. Contudo, esta Lei nunca foi regulamentada, causando grande constrangimento às pessoas que a procuravam aplicar. Desta forma, em 1996, a Associação Portuguesa de Mulheres Juristas (APMJ) alertou o Procurador-Geral da República sobre a necessidade de ser promovida pelo Ministério Público a aplicação da medida de coação de afastamento da residência, o que teve como resultado a emissão de uma Circular endereçada a

todos os(as) Magistrados(as) do Ministério Público para que utilizassem esta medida de coação (Féria, 2005).

Em 1995, uma nova alteração do Código Penal trouxe algumas alterações positivas: a conduta de maus-tratos passou a ser passível de punição, foram incluídos os maus-tratos psíquicos, passou-se a considerar como agente do crime não apenas o marido, mas também as pessoas equiparadas ao cônjuge, e a moldura penal para tal crime passou a ser a prisão de 1 a 5 anos. Contudo, como alteração negativa (ou como um retrocesso), destacamos o facto de sua natureza também ter sido alterada: de crime público, passou a ser considerado de natureza particular, fazendo com que dependesse de queixa para o procedimento criminal. Este último aspecto foi alvo de nova regulamentação com a alteração do Código Penal introduzida pela Lei nº 65/98, passando a ter uma natureza de crime “quase público”. Contudo, a interpretação feita pela jurisprudência que se seguiu levou a uma relativa inutilização deste preceito, pois o carácter de crime semi-público significava não só a exigência de queixa para a abertura de inquérito, como também permitia a desistência ou o perdão e a caducidade em um prazo curto do direito de queixa. O procedimento criminal permaneceu dependente de queixa, mas se conferiu legitimidade ao Ministério Público para o iniciar sempre que o interesse da vítima se impusesse e desde que, até a apuração da acusação, o ofendido não manifestasse a sua oposição (Féria, 2005).

Em 03 de Agosto de 1999, foi aprovada a Lei nº 107/99, estabelecendo o quadro geral da rede pública de casas de apoio às mulheres vítimas de violência, cabendo ao Estado, através do Governo, assegurar a sua criação, instalação, funcionamento e manutenção. De acordo com esta lei, a rede pública de casas de apoio deve ser constituída por, no mínimo, uma casa em cada distrito no continente (ou duas, no caso das regiões metropolitanas de Lisboa e Porto) e em cada uma das Regiões Autónomas. A casa de apoio deve ser constituída por uma casa de abrigo e um ou mais centros de atendimentos para tratamento e reencaminhamento de mulheres vítimas de violência, sendo todos os serviços oferecidos gratuitamente. Esta lei posteriormente foi objecto de regulamentação pelo Decreto-Lei nº 323/2000, em 19 de Dezembro de 2000 (CIDM, 2004).

Actualmente, e de acordo com o “Guia de Recursos na Área da Violência Doméstica” elaborado pela Estrutura de Missão Contra a Violência Doméstica (2006), a rede de apoio à violência doméstica é assegurada por acções de instituições das seguintes áreas:

- Protecção e Integração Social: estruturas de atendimento especializado (rede nacional de núcleos de atendimento para vítimas de violência doméstica e núcleos, centros e gabinetes de atendimento) e estruturas de atendimento não-especializado (ISS, IP/Centros Distritais de Segurança Social, Serviços Locais, Espaços de Informação Mulher, Gabinetes para a Igualdade);

- Segurança e Justiça: Guarda Nacional Republicana (Núcleos Mulher-Menor, Equipes de Investigação e Inquérito e Postos Territoriais), Polícia de Segurança Pública (Equipes de Proximidade e Apoio às Vítimas – EPAV, esquadras), serviços e piquetes da Polícia Judiciária, Ministério Público/Tribunais e delegações e gabinetes médico-legais do Instituto Nacional de Medicina Legal;

- Acesso ao direito (gabinetes de consulta jurídica da Ordem dos Advogados);

- Saúde (Centros de Saúde e Hospitais);

- Emprego e formação profissional (centros de emprego, centros de formação profissional de gestão directa, unidades de inserção na vida activa, clubes de emprego);

- Imigração (centros locais de apoio à integração de imigrantes, centros nacionais de apoio ao imigrante);

- Protecção de crianças e jovens (comissões de protecção de crianças e jovens em risco);

- Intervenção com agressores (direcções do Instituto de Reinserção Social e programas de Universidades).

Na época da elaboração deste guia de recursos (2006), existiam 34 casas-abrigo, distribuídas por 12 distritos de Portugal Continental e regiões autónomas dos Açores e Madeira, na sua totalidade geridas e dinamizadas por instituições sociais e organizações não-governamentais. Este facto fez com que a APAV (2003) afirmasse que não existe uma verdadeira rede “pública” de casas de apoio, estando os serviços de atendimento e acolhimento de mulheres vítimas de violência conjugal muito descoordenados entre si, não obedecendo a padrões comuns de qualidade e tampouco sendo avaliados por uma única entidade. Não podem, portanto, ser efectivamente consideradas uma “rede pública nacional”.



Ainda no ano de 1999, a Lei nº 129/99, de 20 de Agosto, aprovou o regime aplicável ao adiantamento pelo Estado da indemnização devida às vítimas de violência conjugal, sendo consideradas beneficiárias as mulheres vítimas do crime de maus-tratos praticado em território português (ou estrangeiro, no caso da vítima ter nacionalidade portuguesa e não ter direito a indemnização pelo Estado em cujo território se verificarem os factos) e que incorram em situação de grave carência económica em consequência deste crime (CIDM, 2004). De acordo com Dália Costa (2005), o princípio de indemnização das vítimas é preconizado como um dos deveres do Estado por duas principais razões: por este ter falhado na garantia da ordem pública ou por assentar-se na noção de reparação social sustentada pelo imperativo da solidariedade social. Em Portugal, limita-se às vítimas de crimes graves (entre os quais a violência doméstica), desde que o prejuízo tenha provocado uma perturbação considerável na vida do(a) lesado(a). De acordo com seu diploma legislativo, fundamenta-se na noção de solidariedade social, não podendo o Estado ser responsabilizado por tais actos.

O regime penal dos maus-tratos foi novamente alterado em 2000, com a publicação da Lei nº 7/00, de 27 de Maio. Foi alargado ao progenitor de descendente comum em 1º grau a qualidade de sujeito passivo do crime de maus-tratos e acrescentada à pena principal – cuja moldura penal mantém – uma pena acessória de proibição de contactos com a vítima, incluindo o afastamento da residência desta por um período máximo de dois anos. A natureza do crime também foi alterada, voltando a ser considerado público, isto é, não necessita mais de apresentação de queixa por parte da vítima para instauração de processo (Féria, 2005).

Portanto, de um modo geral, podemos afirmar que a intervenção do Estado Português na violência contra as mulheres se assenta, quase exclusivamente, na sua vertente “doméstica” e no recurso à via penal, através da criminalização de certas condutas. A intervenção cível, de menor medida, resume-se no divórcio decretado pelo juiz (permitido, nestes casos, desde de 1977) e na punição de pagamento de indemnização à vítima por parte do infractor. Quanto às incriminações possíveis para os casos de violência doméstica, o crime base é o de maus-tratos a cônjuge ou convivente em condições análogas às do cônjuge, conforme consta no artigo 152º, nº 2 do Código Penal. Contudo, também é possível identificar o crime de maus-tratos como outras infracções, sendo as mais comuns (APAV, 2003, p.18):

- 1) Crime de ofensas à integridade física (artigo 143º e seguintes do Código Penal);
- 2) Crime de homicídio (artigo 131º e seguintes do Código Penal);

- 3) Crime de coação sexual/crime de violação (artigo 136º e 164º do Código Penal);
- 4) Crime de ameaças/crime de coação (artigo 153º e 154º do Código Penal);
- 5) Crime de difamação/crime de injúrias (artigo 180º e 181º do Código Penal);
- 6) Crime de violação das obrigações de alimentos (artigo 250º do Código Penal);

Ainda que não haja números oficialmente disponíveis sobre as sanções geralmente aplicadas aos agressores, a APAV (2003, p. 23) afirma que existe uma tendência para que, sempre que o crime em causa admita a punição com pena de multa ou de prisão, o Tribunal opte, preferencialmente, por aquela (quando o arguido é primário). Nos casos de reincidência ou de gravidade acentuada, o Tribunal opta pela prisão, ainda que, sempre que possível, suspenda sua execução (e desde que o condenado cumpra certas injunções e regras de conduta, tal como a obrigação de indemnizar a vítima pelos danos causados e/ou obrigação de não se aproximar dela). A opção pelo cumprimento efectivo da pena de prisão é sempre o último recurso, apenas utilizado quando os factos e a culpa do agente têm particular gravidade. Outro aspecto bastante comum é a requisição, pela própria vítima, de suspensão do processo, embora este procedimento apenas seja possível quando não tenha sido aplicada ao arguido medida similar por infracção da mesma natureza. Quanto ao início do procedimento criminal, conforme já discutido, por se tratar de um crime público, pode ser denunciado por qualquer pessoa ou entidade (não apenas pela vítima). Porém, destacamos a compreensão da APAV (2003, p. 26), que afirma, na acepção do artigo 286º do Código Penal, ser obrigatória para as entidades policiais e para os funcionários públicos a denúncia quanto aos crimes que tomarem conhecimento no exercício de suas funções e por causa delas.

Em 2007, houve novas alterações ao Código Penal e ao Código de Processo Penal, cujos reflexos no âmbito da violência doméstica podem ser sistematizadas no seguinte (Beleza, 2007, p.8 e ss.):

- A separação entre a violência doméstica (art.º 152º), os (outros) maus-tratos (art.º 152º-A) e a violação de regras de segurança (art.º 152º-B). Esta separação é plenamente justificada, uma vez que a mistura dos preceitos não só era de fundamentação duvidosa (quanto aos bens jurídicos protegidos com as incriminações) como também tornava o texto do artigo acentuadamente confuso e obscuro;

- A epígrafe do art.º 152º recebe agora expressamente o termo “violência doméstica”. É claro que nem todas as situações previstas no art.º 152º dizem respeito a situações em que existe uma relação familiar em sentido estrito (pessoas vulneráveis que coabitem com o agressor, sem qualquer vínculo de parentesco, afinidade ou outro, podem ser vítimas deste crime), mas também cabem aqui situações que, em um sentido muito amplo, podem-se designar como domésticas (como o caso de maus-tratos entre pessoas que, sem nunca terem coabitado, têm um filho em comum);

- A descrição do facto típico: o texto da lei refere agora a infligção de “maus-tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais”, “de modo reiterado ou não”. Nem a referência à desnecessidade de reiteração, nem a inclusão expressa dos actos designados como castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais constavam da versão anterior. Estas inovações estão ligadas à evolução da jurisprudência e às críticas apresentadas durante a discussão pública do projecto, por exemplo, pela Associação Portuguesa de Mulheres Juristas (APMJ);

- Entre as possíveis vítimas, encontra-se a “pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação”. O Código refere agora expressamente a pessoa do mesmo sexo, cuja inclusão na versão anterior era problemática, dado que a lei que protege a união de facto, incluindo casais formados por pessoas do mesmo sexo (Lei nº7/2001, de 11 de Maio) é posterior à revisão do Código Penal de 2000, e dado que se trata de matéria penal, com restrições constitucionais fortes em matéria de interpretação e aplicação. Por outro lado, a relação pode existir ou ter existido no momento da prática do facto, o que não estava previsto na versão anterior. E, finalmente, o Código dispensa expressamente a existência de co-habitação, o que torna possível a inclusão de situações em que juridicamente a qualificação como “união de facto” seria inviável face à lei citada;

- Entre as múltiplas agravantes, surge a hipótese de “o agente praticar o facto contra menor, na presença de menor, no domicílio comum ou no domicílio da vítima”, que faz o mínimo da moldura penal subir de um para dois anos, mantendo-se o máximo nos cinco anos. As agravações pelo resultado preterintencional mantêm-se: a provocação negligente (art.º 18º) de ofensa à integridade física grave eleva a pena de a dois a oito anos; a de morte, para a moldura de três a dez anos;

- A possibilidade de imposição de penas acessórias também sofre modificações: a pena de proibição de contacto com a vítima pode incluir não só o afastamento da residência desta, mas também o do seu local de trabalho e o cumprimento da medida pode ser fiscalizado por meios técnicos de controlo à distância. A duração alongou-se: pode ir até cinco anos e o mínimo está fixado em seis meses; acrescenta-se a proibição de uso e porte de armas como garantia acrescida de segurança da vítima; e a tudo isto acresce ainda a possibilidade de o condenado ser sujeito à obrigação de frequência de programas específicos de prevenção da violência doméstica.

Embora represente mais um avanço, estas alterações logo foram alvo de críticas por parte da APMJ, tal como podemos conferir em documento enviado ao Procurador-Geral da República em Novembro de 2007 (Almeida, 2007). Um primeiro ponto discutido é a apreensão quanto à aplicação de algumas medidas das novas normas penais e processuais quanto ao crime de violência doméstica, especialmente a concepção de que não abrange um crime contra bens pessoais se estiverem em causa múltiplas vítimas. Em segundo lugar, contesta a noção da reiteração da actividade criminosa como um “crime continuado”, visto que esta moldura pressupõe uma atenuação da culpa fundamentada na suposta “ausência de resistência da vítima”. Ora, nos casos de violência familiar, por diversas razões, a vítima se encontra em um estado tal de fragilidade que lhe é impossibilitado a resistência, chegando mesmo a desejar que tudo acabe o mais rápido possível. Desta forma, sua passividade não configura um consentimento, mas uma estratégia de sobrevivência. Na verdade, a execução de vários crimes contra a pessoa só aumenta a culpa, pois indica uma firmeza de intenção. Compreendendo o enquadramento da violência doméstica na moldura de crime continuado como uma forma de vitimização secundária, a APMJ solicitou a inconstitucionalidade da norma constante do n.º 3 do artigo 30º do Código Penal.

A APMJ contestou também a lei no 48/2007, de 28 de Agosto, que procede à revisão do Código de Processo Penal e inclui o crime de violência doméstica na categoria de “criminalidade violenta”. Como tal, recebe um regime de “processo sumário”, o qual dificulta a necessária protecção imediata das vítimas. A instauração da prática de mediação penal também é alvo de preocupação quanto à possibilidade de vir a ser aplicada em situações de violência familiar devido à possibilidade de virem a ser enquadradas como “injúrias, ameaças ou ofensas à integridade”, isto é, consideradas como de menor potencial ofensivo. Contudo, devido ao carácter recente das alterações (e das críticas a elas efectuadas), ainda não é

possível efectuar uma análise mais detalhada de suas vantagens e desvantagens, cabendo ao futuro estas considerações.

Como vemos, de um modo geral, Portugal encontra-se dotado de um conjunto de iniciativas e leis que procuram colmatar este problema. Contudo, como bem lembra Elza Pais (1998), as mudanças legais demoram a se concretizar no senso comum, fazendo com que as dificuldades das mulheres estejam muito mais no plano da legitimidade do que da legalidade, uma vez que as próprias mulheres compartilham as determinações ideológicas que favorecem a supremacia do poder masculino. Neste sentido, a acção dos movimentos feministas tem sido fundamental para desfazer e questionar os padrões sociais androcentricos.

## **2.6 Principais investigações sobre mulheres e violência realizadas em Portugal<sup>16</sup>**

A violência contra as mulheres é um tema que surgiu com maior intensidade no contexto académico internacional principalmente a partir da década de 1990, muito impulsionado pela importância dada ao problema no campo dos Direitos Humanos e da Saúde Pública, conforme já observarmos. Portugal seguiu essa tendência, sendo apenas nesta mesma época que os primeiros estudos sobre a temática começaram a ter uma maior visibilidade. Ainda assim, na década de 1980, encontramos algumas primeiras iniciativas neste sentido, como o estudo realizado em 1984 por Luísa Silva (citada por Costa, 2005), que apresentou ao *Institut de Travail Social et Recherches Sociales* uma pesquisa sobre o sistema familiar do ponto de vista da violência contra as mulheres. Utilizou uma amostra composta por dois grupos: mulheres seguidas por um serviço psiquiátrico em Portugal e mulheres portuguesas emigradas em Paris. Seu objectivo era comparar os efeitos da mudança de uma sociedade tradicional (Portugal) para um sistema social desenvolvido (França). Os resultados confirmaram a modificação de papéis, com uma conformação ao de esposa em mãe no grupo de mulheres residentes em Portugal e uma maior exigência da participação do marido na família entre as emigrantes, com uma rejeição do modelo de submissão feminina. Em 1991, esta mesma pesquisadora publicou outro estudo sociológico sobre violência familiar contra mulheres e crianças cujas conclusões apontam que a agressão física contra a esposa é um tipo de comportamento socialmente regulamentado, sem confirmar-se uma situação inversa (da

---

<sup>16</sup> Um estudo sobre as Teses de Doutoramento e Dissertações de Mestrado que abordam o tema mulheres e violência é apresentado no Capítulo 7 (Estudo I). Devido à dificuldade em entrar em contacto com o texto completo de todas as investigações, alguns dados aqui apresentados são provenientes apenas dos resumos ou citações em outras obras, o que explica as diferenças nas descrições dos estudos.

mulher sobre o marido). De modo semelhante, a agressão física contra crianças como prática punitiva é bastante tolerada.

Em 1985, Manuel Fernandes Pinheiro, no curso de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa realizou uma investigação sobre violência conjugal numa zona degradada do Porto, o qual destaca-se não só pela preocupação pioneira com um problema que passaria a ter mais atenção apenas nas décadas seguinte<sup>17</sup>, mas também pelo facto de ser realizado por um homem numa época em que este era apenas um “assunto de mulheres”. Igualmente, a publicação de “Mulheres em Discurso” por Ana Vicente, neste mesmo ano (citada por Costa, 2005), pode ser considerada como uma das primeiras caracterizações da violência doméstica publicadas no país. Trata-se de um estudo sobre os testemunhos de técnicos de serviço social, profissionais de saúde, professores e outros registados em cartas enviadas ao Serviço de Informação Jurídica da Comissão para a Condição Feminina (actual CIG). Ana Vicente constatou que a incidência de maus-tratos físicos e psíquicos contra mulheres e seus filhos é elevada, sendo os agressores geralmente pais ou marido da vítima, num contexto de tolerância social. Dentre as conclusões, aponta para a relação entre a estrutura patriarcal da sociedade e da família (compartilhadas por homens e mulheres) e reflecte sobre as dificuldades sentidas pelas mulheres ao lidarem com os procedimentos jurídicos. Anteriormente, mais precisamente em 1982, a mesma pesquisadora já havia realizado um estudo de opinião da população geral sobre a violência conjugal (citado por Costa, 2005). Dos resultados, destacamos o facto de 80% dos inquiridos referir nunca ser admissível os maridos baterem nas esposas, embora haja 16% que considere admissível em certas circunstâncias e 2% que ache ser sempre admissível, sendo estes últimos maioritariamente homens, acima dos 55 anos, residentes no litoral e no interior norte e em localidades com menos de 2.000 habitantes. Quanto à reacção da mulher, 31% considera que deve enfrentar o marido, 27% que deve suportar a agressão, 20% que deve deixar a casa e 14% que deve queixar-se às autoridades. As mulheres são mais da opinião de que devem enfrentar o marido e menos de que devem suportar a agressão. As opiniões são semelhantes em ambos os sexos quanto ao sair da casa, sendo as diferenças mais visíveis no registo de queixa às autoridades, mais admitido pelas mulheres.

Já na década de 1990, em 1993, o Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Justiça realizou um estudo sobre vitimação sob a responsabilidade de Crucho de Almeida

---

<sup>17</sup> Infelizmente, porém, não foi possível ter acesso a esta publicação.

(citado por Monteiro F. J., 2005), revelando que os crimes de violência doméstica são superiores às estatísticas criminais oficiais, pois a taxa das denúncias efectivas reduz quando existe uma relação familiar com os autores da agressão. Dentre as causas apontadas pelos(as) respondentes para a não denúncia está o facto de acreditarem que a polícia “não pode fazer muito” ou “não se interessa pelo assunto”. Dentre os autores de crime de natureza pessoal, 77% são homens e, em 29% das situações, familiares das vítimas.

Em 1995, L.F. Silva publicou o livro “Entre marido e mulher, alguém meta a colher”. Nesta obra, a violência foi conceptualizada como problema público e questionada a tolerância social de familiares, amigos, vizinhos e profissionais, tornando-se uma referência citada em muitos estudos posteriores (por exemplo, Monteiro F.J., 2005). Ainda em 1995, a partir de um protocolo de cooperação entre a Universidade Nova de Lisboa e a CIDM, foi realizado o primeiro inquérito nacional sobre violência e mulheres (Lourenço, Lisboa & Pais, 1997). Fundamentando-se na experiência de mais de 20 anos do Serviço de Atendimento Jurídico da CIDM, o instrumento de pesquisa foi construído com base nas queixas apresentadas neste serviço, abrangendo os 52 actos mais comuns com relação à discriminação sociocultural, violência psicológica, sexual e física. Com uma amostra significativa da população feminina acima de 18 anos residente em Portugal Continental, os resultados do inquérito se referem apenas à violência declarada pelas respondentes. O estudo abrangia quatro conjuntos de actos de violência (física, psicológica, sexual e discriminação sociocultural), sendo que a maioria das mulheres (52,2%) afirmou ter sido alvo de pelo menos um acto de violência. De modo geral, as mulheres que diziam terem sido mais atingidas por actos de violência eram as mais novas, que viviam nas regiões urbanizadas e com nível de instrução mais elevado. Estes dados levaram à conclusão de que a violência (ou sua percepção) e sua denúncia eram efectuadas principalmente pelos grupos sociais expostos às recentes mudanças na sociedade e na família. No entanto, percebeu-se diferenças no modo como os vários estratos se comportavam diante os diferentes tipos de violência:

- A violência psicológica apresentava valores mais elevados, tendo sido referida por mais da metade das entrevistadas (50,7%). Foi mais referida por mulheres com nível de instrução entre o preparatório e o universitário, de categorias socioprofissionais diversificadas (desde operárias, desempregadas e domésticas até pequenas e médias patroas e quadros superiores e profissões liberais);

- A violência sexual foi referida por 28,1% e a discriminação sociocultural por 14,1% das mulheres, ambas tendo sido referenciadas principalmente por aquelas que possuem níveis de instrução mais elevados, pertencentes a quadros superiores e profissões liberais, de estrato social médio e alto, mais jovens e residentes em meios mais urbanizados;

- A violência física apresentou os valores mais baixos, referida principalmente por mulheres com níveis de instrução mais baixos, operárias, de estratos sociais baixo e médio-baixo e mais velhas;

- Quanto ao local das agressões: a violência física e psicológica ocorriam principalmente nos espaços domésticos, em contextos de grande proximidade entre vítima e agressor, enquanto a discriminação sociocultural ocorria principalmente no local de trabalho e a violência sexual nos espaços públicos, entre pessoas distantes e desconhecidas. Contudo, os autores observaram que a referência dos espaços públicos como local privilegiados dos actos de violência contrariava o que tem sido apontado pela maioria dos estudos na área, que referem a casa como um dos espaços onde mais acontece a violência sexual. Concluem com a hipótese de que este é um fenómeno que ainda não possuía a visibilidade alcançada em outros contextos socioculturais.

- Quanto aos agressores, são fundamentalmente do sexo masculino, marido/companheiro da vítima, com idades entre os 25 e os 44 anos, geralmente pertencentes aos estratos sociais mais baixos, com formação entre o primário e o secundário. Nos casos da discriminação sociocultural e da violência psicológica, cerca de 11,6% foi cometida por mulheres.

- Quanto à associação com álcool e outras drogas, apesar de haver referências a este tipo de consumo em 16% dos casos, não foi possível estabelecer uma relação causal quanto à violência. Contudo, chama a atenção o facto de as explicações dadas pelas mulheres que sofrem violência não terem sido coincidentes, havendo referências à dominação masculina e machismo (29%), ao consumo de álcool e drogas (15,8%) e má formação moral (13,3%). Portanto, foi dada uma valoração ao alcoolismo como causa da violência que não correspondeu às práticas relatadas.

- Quanto às reacções das mulheres, de modo geral, foram poucas (11,7%), com excepção para a violência física, onde se registaram um número significativo de reacções,



algumas sendo também de violência. Na opinião dos realizadores do estudo, a passividade da grande maioria das mulheres traduzia o silenciamento a que o fenómeno era submetido devido à dificuldade de alterar atitudes e comportamentos enraizados.

Elza Pais, uma das autoras deste estudo, concluiu o Mestrado em Sociologia na Universidade Nova de Lisboa, sob orientação do Dr. Nélson Lisboa (coordenador do inquérito), em 1996, sendo a investigação posteriormente publicada na forma de livro (Pais, 1998). Tomando a família como objecto de estudo e espaço privilegiado de afectividade e violência, o homicídio conjugal foi compreendido como uma forma de violência física extrema que ocorre no contexto das rupturas violentas da conjugalidade. Dentre todos os tipos de crime, o homicídio é o que apresenta o menor “número negro”, não se afastando os valores da criminalidade legal da real, e por isso foi escolhido como “chave interpretativa” da criminalidade.

Devido à insuficiência de outros estudos semelhantes, esta investigação foi de tipo exploratório, utilizando uma metodologia mista. Os estudos quantitativos procuraram apresentar uma visão global e genérica do homicídio conjugal em Portugal, apresentando as principais características sócio gráficas dos actores de violência conjugal extrema. A parte qualitativa procurou valorizar as manifestações subjectivas e comportamentais dos actores de homicídio conjugal e compreender as dinâmicas e condicionantes sociais em que tais práticas se inscrevem. Os sujeitos foram todos os indivíduos condenados por homicídio conjugal a cumprir pena de prisão em 1994. Para as entrevistas, foi seleccionada uma amostra sociologicamente representativa desta população, compondo um total de 36 indivíduos (26 homens e 10 mulheres).

A análise comparativa dos homicídios em geral com os homicídios conjugais mostrou que os últimos correspondem a 15% do total de homicídios, havendo uma clara diferenciação de género. Os homens são os principais autores de crimes violentos, correspondendo os homicídios conjugais a 13% deste tipo de crime. No caso das mulheres, a maioria comete o homicídio no contexto familiar (em 1994, mais de 50% das reclusas por homicídio cometeram o crime no quadro da conjugalidade).

As mulheres homicidas conjugais: situam-se principalmente nas faixas etárias dos 25 aos 39 anos (35,6%) e dos 40 aos 59 anos (45%). As mais novas são dos meios peri-urbanos e

as mais velhas dos meios urbanos. A principal vítima das mulheres é o marido/companheiro, podendo também ser os ex-maridos/ex-companheiros e os amantes.

Os homens homicidas conjugais: os mais novos geralmente são dos meios menos urbanos e os mais velhos estão distribuídos uniformemente em todos os meios. As vítimas dos homens são mais variadas, abarcando tanto a esposa/companheira, a ex-esposa/ex-companheira, os maridos das amantes, ex-cônjuges da companheira e actuais companheiros da ex-esposa. Portanto, é comum em situações de triangulação amorosa.

Quanto à pena de prisão aplicada, novamente são identificadas diferenças de género. Para os homens, as penas mais elevadas se situam acima dos 13 anos de prisão. Para as mulheres, as penas mais elevadas se situam entre os 09 e os 16 anos de prisão, sendo também as penas mais baixas (até 08 anos de prisão) aplicadas a elas. A casa é, indiscutivelmente, o local privilegiado do homicídio conjugal quando a vítima é o/a cônjuge e, dentro desta, a cozinha e o quarto. Os crimes que ocorrem na rua são praticados contra o/a amante ou os “outros” que perturbam a relação afectiva (ex-marido da companheira, actual companheiro da ex-mulher). A grande maioria dos crimes não é premeditada, considerada por muitos/as como um “acidente”. A auto-denúncia surge mais frequentemente em situações de forte legitimidade social (por exemplo, o marido traído que mata a esposa ou o amante desta ou a mulher que, após anos de maus-tratos, mata o marido). Os instrumentos utilizados por ambos os sexos fazem parte do quotidiano, são facas, paus, ferros e armas de fogo (estando esta em primeiro lugar). Por outro lado, a “porrada” é um instrumento exclusivamente masculino, enquanto o envenenamento não se confirmou como um instrumento tipicamente feminino (diferentemente do estereótipo comum na literatura policial). As armas utilizadas pelas mulheres geralmente não lhes pertencem, mas aos seus companheiros.

A análise dos contextos sociais mostra que o homicídio conjugal é um crime dos estratos sociais mais baixos (86% nos estratos sociais D e E), não tendo sido encontrado nenhum caso no estrato social mais elevado (A), e apenas 2% no estrato social médio-alto. Contudo, é importante reassegurar que a violência contra as mulheres é um fenómeno transversal a todas as classes, ainda que existam especificidades no tipo de violência praticada/vivida conforme a classe social, sendo a violência física mais comum nos estratos mais baixos e a violência psicológica mais presente nos estratos altos (embora ocorra em todos os estratos).

A análise da relação entre vítimas e autores permitiu estabelecer quatro tipos de homicídio, com claras diferenças de género:

1 – Homicídio “maus-tratos”: cometido exclusivamente por mulheres sobre seu marido/companheiro, após terem sido vítimas prolongadas de maus-tratos por ele praticados. As mulheres autoras deste tipo de crime constituem o “protótipo da mulher maltratada” que, por diversos motivos, não conseguem acabar o relacionamento conflituoso. Entre estes motivos está tanto o facto de não admitirem o divórcio como uma solução para o problema (sobretudo as mais velhas e de meios rurais) quanto a impossibilidade de o concretizar devido às ameaças e coações do companheiro ou a falta de apoio social para a vivência de monoparentalidade (sobretudo mais novas e de meios urbanos). Embora não exista um padrão espacial/geográfico, pertencem, de modo geral, aos estratos sociais mais baixos. Todas estas mulheres assumem a autoria do crime, até porque se consideram também vítimas destes homens. À excepção de um crime premeditado (envenenamento), as demais agiram em momentos de cólera, sem ajuda de ninguém e com objectos contundentes que tinham à mão ou com armas de fogo do próprio marido/companheiro. Consoante com esta perspectiva, tendem a ter o apoio social de sua comunidade, embora, para o sistema jurídico-penal, sejam condenadas. Há, portanto, uma discordância entre a perspectiva jurídico-penal e a sociocultural.

2 – Homicídio “violência-conflito”: cometido exclusivamente por homens sobre mulheres (esposas ou companheiras) que, assim como as anteriores, viveram um longo percurso de violência conjugal. Diferentemente da situação anterior, nunca chegou a ocorrer a “inversão vítima-autora”, sendo as mulheres as únicas vítimas. Embora os homens cheguem a admitir, de modo dissimulado, a ocorrência de violências no relacionamento, o homicídio é narrado como um “acidente”. A negação ocorre principalmente porque não encontram justificação e aceitação social para o crime (geralmente, sequer as mulheres haviam praticado o adultério), sofrendo uma rejeição brutal de sua comunidade. As punições são, indiscutivelmente, mais pesadas do que no tipo anterior, embora existam punições semelhantes para homens e mulheres para crimes tão distintos sociologicamente. Principalmente neste tipo de crime, confirma-se a hipótese de que as relações de género são atravessadas por relações de poder, sendo a violência uma manifestação de impotência. Esta impotência surge de construções e representações sociais que, historicamente, impediram a aceitação de um lugar de igualdade entre homens e mulheres. As recentes modificações desta

situação em direcção a um maior equilíbrio não são vividas de forma pacífica pelos protagonistas deste tipo de homicídio conjugal.

3 – Homicídio “abandono-paixão”: também é um crime tipicamente masculino – embora tenha sido identificado um caso de uma mulher que mandou matar o marido por a ter deixado - sendo a vítima geralmente a mulher (esposa, ex-esposa ou amante) que desinvestiu da relação e a quer abandonar ou já a abandonou efectivamente. Os autores podem ter qualquer idade, residir em qualquer região do país e, embora pertençam sobretudo aos estratos sociais médio-baixo e baixo, podem pertencer a qualquer estrato social, excepto o alto. Os homens autores deste tipo de crime constituem o “protótipo do homem abandonado”, que fazem de tudo para preservar a relação, até mesmo aceitar o amante da companheira. Não falam de violência na relação, comovendo-se facilmente ao lembrar da “amada”. Em algumas situações, o abandono também é associado à vergonha do adultério ou ao ciúme. Desta forma, Pais (1998) coloca como hipótese o facto de o abandono ser vivenciado pelos homens como uma forma de violência (psicológica) semelhante aos maus-tratos para a mulher. A autora afirma (p. 167):

Ao que parece, enquanto a violência sobre a mulher se inscreve no âmbito das tradições socialmente legitimadas, a violência sobre o homem contraria os códigos sociais de conduta da masculinidade [podendo] levar os homens (...) a reconhecerem de forma inibida a rejeição, impedindo-os de a perceberem como violência, [o que] levá-los-ia ao reconhecimento da fragilidade e eventuais situações de dependência e subalternidade afectiva, o que contraria as identidades de masculinidade instituídas.

4 – Homicídio “posse-paixão”: pode ser cometido tanto por homens quanto por mulheres, sobretudo as mais jovens (menos de 39 anos), na figura não do objecto amado, mas daquele que perturba o (novo) relacionamento. Pode ocorrer em qualquer região do país, embora haja uma maior predominância nos meios menos urbanos. Os/as autores/as pertencem sobretudo aos estrato social médio-baixo, podendo pertencer também ao médio ou ao baixo.

Em 1998, foi concluída mais uma investigação de Mestrado sobre o tema, desta vez em Ciências Sociais, na Universidade de Lisboa. Cláudia Casimiro Costa (1998), sob orientação da Dr.<sup>a</sup> Ana Nunes Almeida, realizou um estudo sobre as representações sociais da violência conjugal. Foram entrevistadas 30 mulheres a viver em meio urbano, com filhos pequenos (até dez anos de idade), casadas ou a viver maritalmente e de meios sociais distintos

(14 de meio social privilegiado, nove de nível social intermediário e sete de classe social desfavorecida). A opção por entrevistar apenas mulheres prende-se ao facto de serem elas as principais vítimas de violência conjugal e, portanto, mais habilitadas a oferecer ideias a informações sobre o assunto, bem como às limitações temporais de um estudo de mestrado e a possível “interferência de género” no caso de serem realizadas entrevistas a homens. As entrevistadas foram seleccionadas por conveniência, sem conhecimento prévio do seu modo de relacionamento conjugal (com ou sem violência) e as questões diziam respeito à violência conjugal em geral, incluindo a violência física, psicológica, verbal, sexual e outras eventualmente nomeadas pelas próprias entrevistadas.

Os resultados do estudo indicam que a forma como é representada a violência conjugal está condicionada ao meio a que se pertence. As entrevistadas da franja social desfavorecida apresentaram a definição de violência conjugal a partir do relato de vivências pessoais, narrações extensas e pormenorizadas de quotidianos marcados pelas agressões conjugais a que, confessadamente, algumas se encontravam sujeitas. A proximidade que demonstram em relação ao problema, contrariamente do que se poderia supor, em nada as inibe ou condiciona a falar sobre o assunto. Em relação às mulheres de meio social considerado privilegiado, de modo geral, a postura é contida e reservada, e as definições e noções de violência conjugal que transmitem são feitas sob a forma de um “discurso sobre”, nunca com envolvimento pessoal. De forma visível, procuram proteger sua privacidade, acentuando e demarcando uma distância em relação ao problema. São discursos essencialmente racionais e analíticos.

As entrevistadas do grupo social mais desfavorecido julgam a violência conjugal como uma prática masculina exercida de forma continuada e premeditada e com a intenção explícita de ferir a mulher, mesmo que esta nada tenha feito para lhe provocar. Acreditam que seu uso tende a aumentar de intensidade e frequência, provocando situações de grande angústia e tensão, originando “ciclos de violência conjugal”. Para estas mulheres, a causa da violência conjugal reside na natureza do género masculino, inevitavelmente violento. Por esta razão, encaram a violência conjugal como uma espécie de destino incontornável, uma fatalidade, assumindo uma postura de resignação e passividade. As categorias homem/mulher surgem em clara oposição, revelando uma visão dicotómica do mundo. Empregam também muitas vezes o plural “nós”, reenviando para uma noção de um colectivo feminino, como se os “seus” destinos, como mulheres - vítimas e sofredoras – fossem muito diferente do “deles” que, como homens, dominam e triunfam.

As mulheres da franja social privilegiada consideraram poder ser a violência conjugal praticada tanto pelo homem quanto pela mulher. Talvez porque associem frequentemente a violência conjugal à violência verbal, tendem a encará-la como um acontecimento esporádico que surge de forma casual e sem premeditação por parte dos cônjuges. A violência conjugal é representada por estas mulheres, portanto, como um acontecimento negativo, mas imprevisto e accidental.

Do conjunto das entrevistas, ressalta a ideia de que ambos os meios sociais atribuem diferentes graus ou patamares à violência conjugal, num *continuum* entre actos considerados menos graves até pontos tidos como intoleráveis. Todavia, os limites que definem essas fronteiras variam de acordo com o meio social a que pertencem. Na medida em que a escolaridade é mais baixa e a profissão menos qualificada, aumenta a tolerância em relação à violência, verificando-se o oposto quando os capitais económicos, sociais e escolares são mais elevados. Assim, a “violência quotidiana” (birras, insultos, humilhações), embora seja percebida como uma forma de violência pelas mulheres das classes mais desfavorecidas, não é considerada tão grave quanto ser agredida fisicamente. A partir do momento em que o homem “toca” na mulher (violência física), espancando-a “a ponto de ir parar ao hospital”, aí é que consideram que se pode falar em “violência mesmo”, sendo o homicídio conjugal visto como a forma extrema desta violência. No que concerne às mulheres do meio social privilegiado, embora de certa forma tolerem a violência verbal, já a consideram como um acto de violência. Por outro lado, a violência psicológica (chantagens emocionais, falta de diálogo, imposição de ideias ou vontades, domínio da vida do outro) é considerada como uma forma muito mais grave de violência. Apontada como totalmente inadmissível, intolerável e ultrapassando os limites da razoabilidade, a violência física, justamente por estes factos, não parece merecer qualquer tipo de atenção ou destaque.

Por fim, o modo como concebem o relacionamento conjugal está relacionado à percepção que têm da violência conjugal. No caso das mulheres dos meios desfavorecidos, o facto de aceitarem o relacionamento conjugal nos moldes mais tradicionais, com uma hierarquia rígida e assimetria de papéis e funções, permite compreender porque não é considerado violência a mulher ceder a favor do marido, mesmo quando a razão parece estar ao seu lado. Este papel submisso interiorizado contribui para que, de forma legitimada, o homem continue representando o seu papel dominador e a quem assiste o direito de agredir. Em relação às entrevistadas da classe social privilegiada, uma vez que sua concepção de

casamento se associa a uma noção mais igualitária em termos de direitos e deveres, faz com que, por exemplo, considerem o não ajudar nas tarefas domésticas um acto, em si, de violência, pois defrauda suas expectativas e porque lhes dificulta a realização profissional. Igualmente considerado como violento é o facto de o homem querer conhecer, por uma questão de controlo e domínio, pormenores de seu quotidiano, o que se choca com o valor de autonomia que algumas destas mulheres parecem já ter fortemente incorporado. Mostrando-se muito menos dispostas a representar papéis passivos e subalternos, reivindicam poder e autoridade no seio da relação conjugal.

Ainda neste ano, Cidália Maria Neves Duarte (1998)<sup>18</sup> realizou um estudo no domínio da Psicologia, sob orientação da Dr.ª Maria Emília Costa na Universidade do Porto. Trata-se de uma investigação sobre violência conjugal junto a uma amostra de 310 casais portugueses com o objectivo de estudar diferencialmente, inter e intra-casal, as estratégias utilizadas para a resolução dos conflitos em função de diferentes áreas do relacionamento conjugal no sentido de melhor perceber a eventual incidência de violência conjugal. Para o efeito, foram utilizados os instrumentos *Conflicts Tactics Scale* e *Enriching and Nurturing Relationships Issues, Communication and Happiness*. Os resultados apontam para o facto de os homens se assumirem como mais violentos do que as mulheres; não havendo diferenças na variável idade, e sendo que os indivíduos de níveis socioeconómicos e cultural mais baixo se assumem como mais violentos; para a associação entre maior satisfação conjugal e o não recurso a estratégias violentas, entre outros.

Em 1998, João Marques apresentou à Universidade de Lisboa uma investigação sobre traumatismos dentários com interesse médico-legal para a obtenção do título de Doutor em Medicina Dentária. Os propósitos iniciais do trabalho eram o estudo de traumatismos com repercussão oral resultante de acidentes de viação, agressões físicas e acidentes de trabalho. A partir da consulta a 1570 relatórios periciais da Clínica Médico-Legal do Instituto de Medicina Legal de Lisboa, foram identificados 416 casos de acidentes de viação (tendo sido utilizados no estudo 407 registos) e 133 casos de agressões físicas, sendo praticamente inexistentes referências a acidentes de trabalho (1 caso), o que levou à eliminação deste objectivo. Com relação aos casos especificamente relacionados a traumatismos dentários, foram identificados 41 registos. Foi realizado também um levantamento de possíveis queixas de consumidores sobre lesões orais provocadas por objectos estranhos na alimentação, não

---

<sup>18</sup> Esta mesma autora prosseguiu investigando a temática, concluindo o Doutoramento em 2005.

tendo sido registada este tipo de queixa junto ao Instituto de Defesa do Consumidor, a Inspeção-Geral de Actividades Económicas e a Associação Portuguesa para a Defesa dos Consumidores (DECO). Alargando os propósitos iniciais do estudo, foram incluídas duas outras áreas com interesse para o traumatismo dentário, o abuso infantil e a tortura. Apesar a originalidade da abordagem e da importância de se considerar estes dois últimos temas, nos deteremos a apresentar os resultados relativos à agressão física e sua relação com a violência contra mulheres adultas.

Entre os 133 relatórios periciais de Clínica Médico-Legal referentes a agressões físicas analisados, 86% dos agredidos eram do sexo masculino e 47% do sexo feminino. Quanto ao sexo do agressor, 94,6% eram do sexo masculino, 2,7% do sexo feminino e 2,7% autores de ambos os sexos. No grau de relacionamento agredido/agressor, 39,8% era desconhecido, 21,2% conhecido, 12,4% familiar, 10,6% vizinho e 9,7% cônjuge ou equiparado, 5,3% agente policial e 0,9% casos de tortura, demonstrando que a agressão produzida por desconhecidos, embora importante, aparece com uma representação menor do que aquela cometida pelo somatório de conhecidos ou familiares.

A localização das lesões indica a importância para os traumatismos dentários, sendo 28,8% na face e 20,9% no crânio. Por outro lado, a menção a lesões orais é reduzida, o que não significa que estas não ocorram. Muito provavelmente, a menção às lesões orais é mais reduzida devido à gravidade das outras lesões ser maior. Em segundo lugar, em Portugal e diversos outros países, os médicos e outros profissionais de saúde estão pouco motivados para o despiste de lesões orais. Quanto ao objecto utilizado na agressão, é referido apenas um caso de mordedura, sendo a utilização das mãos (murros, bofetadas, empurrão) o meio preferencial da agressão.

Isolando apenas a violência física inter-conjugal, esta surge como uma representação baixa com relação à totalidade de casos (8,3%), embora não deixe de ser assinalável a sua ocorrência. Nos 11 casos de agressão inter-conjugal registados, 10 tiveram como vítimas mulheres e em apenas um a vítima era do sexo masculino, sendo este tipo de violência susceptível a provocar lesões em diferentes localizações, que podem ser graves e que são provocadas por diferentes objectos. Quanto à violência inter-familiar (pessoas com grau variável de parentesco), foram registados 14 casos, o que corresponde a 10,5% do total de agressões físicas estudadas, sendo 11 vítimas do sexo feminino e três do sexo masculino. O sexo do agressor é maioritariamente masculino (14 casos), havendo apenas duas mulheres



agressoras nesta situação (e sendo acompanhadas por elementos do sexo masculino sobre uma vítima mulher). As motivações para este tipo de violência são variadas, mas frequentemente associadas à violência conjugal.

Com relação aos estudos dos traumatismos dentários (41 casos), o autor (Marques, 1998) concluiu que as causas mais frequentes são os acidentes de viação, seguidos pelas agressões. Ficou demonstrado que nem sempre os traumatismos orais afiguram entre os primeiros exames periciais, sendo sua importância relegada para exames posteriores, o que talvez possa explicar o número reduzido de registos deste tipo. O sexo masculino e a idade adulta predominam entre os que sofrem traumatismos dentários. Os tipos de lesões são abundantes e variadas, sendo as fracturas dentárias as mais frequentes, seguidas pela perda de dentes. Dentre as conclusões do estudo, destaca-se a necessidade de adopção de classificações precisas e concretas dos traumatismos dentários a fim de que possam ser adequadamente estudados. Quanto às situações de tortura, fica evidente a sua relação ao sexo masculino como principal vítima, particularmente no contexto de detenções policiais, bem como a escassez de estudos que relacionem esta forma de violência à saúde oral.

Contudo, é apenas a partir de 2000 que percebemos um maior interesse pelo tema da violência praticada no contexto familiar, passando as crianças e jovens a também serem incluídas nas investigações. Detendo-nos apenas nos estudos dirigidos à violência conjugal/mulheres, encontramos o trabalho de Marlene Alexandra Veloso de Matos (2000), no Mestrado em Psicologia da Justiça da Universidade do Minho, sobre o processo de construção da identidade da mulher alvo de violência conjugal.<sup>19</sup> A partir de entrevistas qualitativas semi-estruturadas a mulheres acompanhadas em psicoterapia e com recurso à *Grounded Theory*, epistemologias feministas e construcionismo social, foi possível reiterar ideias presentes na literatura como:

1 - A violência conjugal está associada à precocidade do casamento, inexperiência relacional e desejo de emancipação da família de origem;

2 - O comportamento violento manifesta-se de forma contínua, discricionária e arbitrária. Qualquer coisa pode conduzir ao episódio violento, existindo alguma padronização temporal (e.g. ao fim de semana, à noite).

---

<sup>19</sup> Esta autora também prosseguiu investigando a temática, apresentando, em 2006, uma tese de doutoramento sobre a mudança psicoterapêutica na mulher vítima de violência conjugal.

3 – As dinâmicas abusivas manifestam-se em contextos de vitimações múltiplas (física, psicológica, sexual) e cíclicas em que os maus-tratos psicológicos são percebidos como de maior gravidade;

4 – O risco de violência aumenta em momentos interpretados pelo maltratante como “desafios” da mulher às suas prescrições;

5 – Os efeitos do problema acarretam em custos psicológicos e sociais.

Em segundo lugar, foi possível desconstruir determinadas concepções sobre o problema da violência conjugal e acerca das mulheres batidas, tais como:

a) A violência apenas ocorre em famílias de baixo estatuto socioeconómico em que a mulher assume sempre uma posição de inferioridade financeira, educacional e cultural: no estudo, a violência conjugal não é exclusiva de tais estratos, embora possa aí ser mais abundante e conferida maior visibilidade exterior. Pelo contrário, a violência pode ocorrer em situações de superioridade profissional, financeira e educacional da mulher em relação ao cônjuge. Nestes contextos, o masculino poderá usar sua força física para compensar a sua incapacidade de ser o “ganha-pão” da família, procurando restabelecer, através da violência, a sua autoridade. Na situação inversa, quando o marido tem um estatuto superior, a violência deve ser compreendida como um mecanismo de manutenção do domínio e controlo sobre sua companheira;

b) As mulheres que vivem experiência de violência na conjugalidade são passivas e necessitam de “tratamento” pela sua condição inerentemente patologizada: tal como ocorre com o grupo de homens maltratantes, não existe um perfil único de mulher maltratada. Além disso, as mulheres com experiência de violência conjugal resistem perante à vitimação e não sustentam indefinidamente uma auto-definição patologizada ou uma auto-responsabilização pela violência. Pelo contrário, afirmam que a sua “medicalização” não constitui uma via legítima de resolução de seu problema, o que é confirmado pela autora, pois nem todas as mulheres desenvolvem uma desordem psicológica que atinja o nível de um diagnóstico formal ou perfil específico, apesar de serem afectadas severamente e de mudarem enormemente suas vidas;

c) A violência conjugal está invariavelmente relacionada com a violência intergeracional e com o problema do alcoolismo: tais condições, além de não se evidenciarem de

modo homogêneo entre as entrevistadas, quando existentes, são narradas no conjunto de outros determinantes do problema, eventualmente mais complexos. Apenas uma minoria das mulheres falava no álcool e da sua importância exclusiva no comportamento do maltratante. Tampouco as participantes reportaram que suas mães foram vítimas das mesmas realidades, apesar da existência de outros problemas nas famílias de origem, dos quais as mulheres quiseram se libertar a partir do casamento.

Com relação à construção identitária das mulheres vítimas de violência conjugal, o estudo concluiu que a internalização do problema, promovida pela assimilação de determinados discursos (reproduzidos pelo maltratante e pelo colectivo), conduz a significações opressivas para a identidade da mulher (discurso de desqualificação), a situação conjugal, os outros e as alternativas para o problema. Os efeitos dominantes do problema (medo, vergonha) conduzem ao esmorecimento da “autoria” da mulher, a um debilitamento progressivo das capacidades, à diminuição do sentido de *self*, os quais resultam em falta de poder e, inevitavelmente, enfraquecem a mulher face ao problema. A “normalização social” e algumas atitudes da própria mulher (internalização de estereótipos de género) sustentam uma narrativa de justificação em torno dos maus-tratos e constituem-se como aliados do problema, implicando na co-responsabilização, busca de explicações para o abuso, crenças de legitimação dos maus-tratos, linguagens legitimadoras de violência (e.g., “merecer”) e desculpabilização do agressor. Tais elementos reforçam as posições de inanição e indecisão da mulher, viabilizando a interacção violenta. Deste modo, o discurso da vitimação reitera uma lógica centrada no problema e inviabiliza a “desidentificação” com o problema. O discurso patriarcal alargado constrange as narrativas individuais, exercendo um controlo sobre os géneros: não recrimina o maltratante por seus actos, banalizando a condição da mulher maltratada e silenciando a violência, além de “sacralizar” as posições de género através das práticas sociais sobre o casamento e a violência na conjugalidade. Portanto, os estereótipos culturais são promovidos por homens e mulheres, o que reforça a ideia de que a violência conjugal não é uma questão de e para mulheres, mas um fenómeno que alude à toda a sociedade.

Por outro lado, o discurso de sobrevivência constrói-se a partir de narrativas de ilação, desidentificação com o problema, consolidação de resultados únicos e de uma postura resistente face à narrativa cultural alargada. É caracterizado pelo re-aproveitamento do problema, expansão de progressos, contrastação de identidades a partir de uma posição de

poder. A desidentificação com o problema, associada à reconceptualização de si, do problema, à partilha e às mudanças sociais, constituem aliados da mulher face ao problema e para a mudança. Os obstáculos são a inexistência de condições objectivas para a sua efectivação (risco elevado, inexistência de estruturas de apoio especializado), momentos de maior fragilização ou recaída (medo, hipervigilância) e uma “voz colectiva” redutora de alternativas.

Para que a reorientação da conceptualização e da intervenção sobre o problema seja efectiva, é importante reconstruir algumas representações sociais sobre o problema. A construção social de género (de homem ou de mulher) não pode continuar a ser “essencializada” ou determinista quanto aos desempenhos e à identidade dos membros da família. A polarização masculino-feminino deve ser convertida em outras construções onde impere a complementaridade, o que envolve desconstruir a ideologia patriarcal dominante. A representação do casamento também deve ser reconstruída de modo a desresponsabilizar a mulher pelo seu sucesso ou fracasso, diminuindo a pressão para que mantenham a relação, apesar das experiências negativas (como os maus-tratos). As representações tradicionais do casamento contribuem para que as mulheres que optaram por deixar o relacionamento sintam-se sozinhas e isoladas socialmente. Do mesmo modo, é preciso reconstruir as noções de público e privado como processos dinâmicos, descritivos do mundo social, onde a interface entre diferentes dimensões aparece como inevitável. É preciso que a violência conjugal deixe de ser um problema privado para se tornar uma responsabilidade pública e colectiva.

A sobrevalorização das posições de vitimação significa correr certos riscos, como a estigmatização da mulher como agente sem poder e a omissão de outras identidades da mulher. Igualmente, a dicotomia “ficar-sair” da relação como resolução do problema é uma ilusão objectiva e linguística. Muitas vezes, “ficar” é apresentado como sinónimo social de aceitar a violência, de vitimação, ignorando que “sair” pode ser mais inseguro. No estudo, nem sempre sair é sinónimo de autonomia ou liberdade absoluta, tal como ficar sem sempre era sinónimo de incapacidade ou total opressão. Os riscos destas equações simplistas são vários: a individualização do processo ficar-sair esquece sua complexidade, sustentando a pretensão de que, depois de sair, a mulher estaria liberta de qualquer pressão, quando sabe-se que muitas vezes este é o momento em que a mulher se encontra mais vulnerável. Muitas vezes, sair é a decisão mais arriscada de todas. O privilégio dado à saída como a melhor resposta esquece as diversidades de tentativas para lidar e resistir à violência, além de

ênfatar a noção de fracasso e responsabilizar unicamente a mulher pela resolução do problema. Deste modo, “sair” não parece ser a questão fundamental para a resolução do problema, mas, antes, dar ênfase à agência individual de cada uma destas mulheres. Por fim, Marlene Matos (2000) conclui que a mudança no domínio sociopolítico é essencial, para além das mudanças nas dimensões sociais.

Ainda em 2000, Fátima Jorge Monteiro (2005) realizou um estudo qualitativo com sete mulheres sobreviventes de violência doméstica atendidas pela Associação de Mulheres Contra a Violência Doméstica (AMCVD), no âmbito do Mestrado em Estudos Sobre as Mulheres da Universidade Aberta. Esta investigação se destacou por assumir um posicionamento feminista frente ao problema - como sugere a utilização do termo “mulheres sobreviventes” em lugar de “mulheres vítimas” - tendo recebido o “Prémio Mulher Investigação – 1999”, concedido pelo Conselho Consultivo das Organizações Não-governamentais da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres. Dentre os resultados, destacamos:

- As mulheres entrevistadas tendem a ter uma avaliação negativa de seu estado de saúde (psicológica e/ou física);

- A análise da frequência e gravidade da violência a que estavam submetidas mostrou que não se tratavam de conflitos pessoais, mas de um padrão progressivo de violência;

- As mulheres sobreviventes de abuso invariavelmente contactam profissionais de saúde, tanto para tratamento de lesões graves como em consequência de danos emocionais ou físicos prolongados;

- A preocupação com o impacto da violência sobre seus filhos constitui um factor de interrupção do ciclo de violência quando os danos físicos e emocionais aparecem nas crianças e quando a mulher percebe a diminuição no desempenho de suas responsabilidades familiares;

- A maioria das mulheres entrevistadas relaciona directamente as agressões à precariedade de sua situação profissional actual (a maioria não possuía actividade profissional remunerada). Tal facto está relacionado com as estratégias abusivas utilizadas pelos maridos, como limitação do acesso ao emprego e aos recursos económicos do agregado familiar, além das agressões física e psicológica;

- A rede social de suporte natural (familiares, amigos e vizinhos) é avaliada de modo mais positivo do que a rede de suporte profissional, com especial destaque para o papel dos vizinhos, sendo mesmo referida como um dos factores determinantes para interrupção dos ciclos de violência;

- A rede de suporte profissional, de um modo geral, é avaliada negativamente pelas mulheres sobreviventes, sendo sua ausência/pouca efectividade considerada como um dos factores que dificultaram a saída do ciclo de violência.

Prosseguindo a parceria estabelecida entre a CIDM e a Universidade Nova de Lisboa, através do SociNova (Gabinete de Investigação em Sociologia Aplicada), no ano 2000 também foi realizado um estudo sobre a violência contra as mulheres detectada nos gabinetes de medicina legal (Lisboa, Barroso & Marteleira, 2003), considerados como espaços privilegiados para a observação de casos de violência extrema a partir das anotações dos processos clínicos e relatórios sociais. Devido ao elevado número de processos que dão entrada nos Gabinetes de Medicina Legal (GML), foram estudados apenas os casos de mulheres acima dos 18 anos registados no ano 2000 nos GML de Porto e Coimbra, constituindo 2160 processos, sendo 545 de Coimbra e 1615 do Porto. Os diversos actos de violência foram operacionalizados como violência física, violência sexual e violência psicológica, reconhecendo-se que podem ocorrer conjuntamente.

A violência física foi a forma mais frequente de violência em ambos os GML, com valores superiores a 80% e apresentando alguma expressão estatística quando associada à violência psicológica (14,2%). Os actos que caracterizam este tipo de violência são: sovas, ameaças e insultos, tentativas e práticas de homicídio, empurrões, sequestros, cabeçadas, violação e puxões de cabelo. Com menor expressão, apareceram também dentadas, arranhões, facadas e queimaduras. Os instrumentos mais utilizados para a agressão foram as capacidades físicas dos agressores, seguidos por objectos contundentes e armas brancas. Os casos em que foi possível a classificação da violência sexual têm uma percentagem mais modesta, inferior a 4%.

Quanto ao local da agressão, o espaço da casa-família é apontado como o mais provável para a ocorrência de actos de violência contra as mulheres (67,2%), seguido pelo espaço da rua, com uma percentagem inferior à metade (23,2%) e o local de trabalho (6,0%) ou outro local público (3,6%). A noite é o horário em que as agressões são mais prováveis,

seguida pela tarde e pela manhã. Estes dados, quando analisados em conjunto, permitem identificar um contexto de encobrimento da violência contra a mulher, geralmente ocorrida em casa e à noite, dificultando sua detecção e combate. Outro aspecto associado ao facto da casa ser o local mais provável da agressão é a presença de filhos/as (95,3%), que acabam também sendo alvo das agressões. Se, por um lado, isso pode representar um factor de inibição da reacção da mulher, também pode ser o argumento decisivo para que procurem auxílio.

As trajectórias de violência mostram que as situações mais frequentes de violência duraram mais de dez anos (36,6%), sendo o actual processo a primeira queixa feita às autoridades. Ou seja, apesar da gravidade de muitos actos, a maioria das mulheres permaneceu calada durante muito tempo. Dentre as causas apontadas pelas mulheres como origem da agressão, os ciúmes aparecem em primeiro lugar (44,4%), seguida pelo alcoolismo (19,7%), questões de vizinhança, desemprego, problemas económicos, questões laborais, assaltos e toxicodependência (esta com valor inferior ao que geralmente é dado socialmente).

Quanto às características socioculturais das vítimas, destaca-se que 95% dos casos eram de mulheres de nacionalidade portuguesa. Maioritariamente, apresentam idades inferiores aos 44 anos (70,5%), situando-se particularmente entre os 25 e os 44 anos e com um número muito reduzido de mulheres acima dos 55 anos (12,9%). As mulheres casadas representam mais de 50% dos casos, seguidas pelas solteiras e divorciadas (sendo que, em parte destes casos, a separação foi a saída para as situações de violência; em outra, há uma espécie de reprodução da violência nas novas relações). O nível de instrução primário é o que predomina (44%), seguido pelo secundário (29,7%), preparatório (17,8%), universitário (6,3%) e não alfabetizado (2,1%). Quanto à actividade profissional das vítimas, predominam as domésticas, seguidas pelas trabalhadoras não qualificadas e actividades relacionadas com prestação de serviços, vendas, operárias e estudantes e, com uma percentagem menor, as profissões científicas intelectuais e quadros superiores.

Com relação às variedades biográficas dos agressores, e à semelhança das vítimas, prevalecem as faixas etárias inferiores a 44 anos, de nacionalidade portuguesa, casados (seguidos dos solteiros, divorciados, em união de facto e separados). O grau de parentesco com as vítimas mostra que é no espaço da casa-família que as mulheres correm mais risco, pois em mais de 50% dos casos os agressores vivem com as vítimas (são maridos, companheiros, familiares e pais). Chama a atenção também o facto de em 7,5% dos casos os

agressores serem namorados das vítimas, mostrando que o percurso de vitimação começa logo no namoro. O nível de instrução prevalente é o primário, seguido do secundário, preparatório e, com valores mais modestos, o universitário, o que está em consonância com o perfil educacional das vítimas. A actividade profissional prevalente nos agressores é o trabalho não qualificado, havendo também uma semelhança no perfil das vítimas e dos agressores. Contudo, há mais casos de actividades sociais de maior prestígio (quadros superiores e dirigentes), o que pode representar uma relação de poder que pode estar associada ao exercício da violência.

A análise da percepção das vítimas sobre possíveis disfunções do agressor mostra que a agressão ocorre em um contexto maioritariamente sem disfunções do agressor (81,4%). Quanto tal se verifica, as disfunções mais referidas são o alcoolismo, a toxicodependência e as perturbações psicológicas. Tais dados levam à conclusão de que mesmo para as situações mais graves de violência praticadas contra as mulheres (atendidas nos GML) não devem ser procuradas explicações em factores excepcionais decorrentes da disfunção dos agressores, mas em contextos de normalidade social.

Em 2001, Suzana Gabriela da Silva Maria, sob orientação da Dr.<sup>a</sup> Teresa Joaquim, no Mestrado em Estudos sobre as Mulheres da Universidade Aberta, realizou uma investigação sobre mulheres sobreviventes à violação (Maria, 2001). Partindo da constatação de que a problemática da violência contra as mulheres tem vindo a ser enfatizada nos últimos tempos em Portugal, a autora afirma que, por outro lado, existem poucos estudos sobre violação. Desta forma, a pesquisa teve como objectivos: 1) desmistificar o crime de violação com base no testemunho das vítimas; 2) analisar o que, na perspectiva das vítimas/sobreviventes, é benéfico para a evolução positiva do seu percurso de vida (ou seja, para seu processo de recuperação) e 3) perceber quais medidas ainda são necessárias a fim de que sejam criadas condições para que a violação deixe de ser um crime escondido. Adoptando uma metodologia feminista participativa, foram realizadas 10 entrevistas com mulheres sobreviventes à violação contactadas a partir de duas instituições sociais de apoio (APAV e AMCV). Foi utilizado um instrumento de caracterização da amostra e um guião estruturado de entrevista (construído com base no instrumento utilizado e publicado por Hoff, em 1990). Ao longo do trabalho, tanto o termo “vítima” quanto “sobreviventes” é utilizado, embora a autora reconheça que o primeiro seja reducionista, pois remete a pessoa lesada apenas para a componente passiva do sofrimento do crime. O termo “sobrevivente” está associado à acção,



existência de recursos, força, coragem e orgulho, servindo para descrever as sobreviventes como mulheres que não ficam a reviver constantemente a sua vitimação. Devido ao facto do termo vítima ser o mais frequentemente utilizado no contexto legal e pelo público em geral, a autora considera difícil evitá-lo, visto que este é o estatuto/posição das pessoas que procuram a justiça para reparar o mal que lhes foi infligido. Desta forma, utiliza os dois termos em simultâneo.

Os resultados indicam que algumas das mulheres sobreviventes à violação entrevistadas compartilham mitos sobre a violação (causada por insinuação da vítima, por andar em lugares “errados” a horas inapropriadas, casamento como um espaço protegido, presença de perturbação psicológica no abusador). A interiorização destes mitos faz com que as vítimas/sobreviventes sintam culpa ou responsabilidade pela própria violação, o que demonstra uma resposta pouco saudável frente ao acontecido, impedindo seu processo de recuperação. Por outro lado, a interiorização destes mitos por outras pessoas com as quais as vítimas/sobreviventes contactam reforça os sentimentos de culpa e responsabilidade. Este facto também interfere na resposta adoptada pelas vítimas/sobreviventes quanto à denúncia do crime, tal como se pode ver pelas razões enumeradas para a não denúncia do agressor: 1) medo; 2) falta de confiança na justiça; 3) sentirem que ia sem culpabilizadas ou responsabilizadas; 4) vergonha e 5) quererem poupar mais sofrimentos aos outros e a elas próprias.

Embora a denúncia à entidade policial tenha sido efectuada por apenas quatro das dez mulheres entrevistadas, todas acabaram, de alguma forma, por revelar o sucedido (visto terem sido contactadas a partir de uma instituição de apoio) devido ao sofrimento sentido em virtude da violação. Além das quatro mulheres que recorreram à polícia, cinco recorreram a instituições de saúde (duas às urgências hospitalares e três ao centro de saúde) em consequência da violação. Todas as mulheres entrevistadas recorreram a APAV e, para além desta instituição, houve uma que procurou a CIDM e outra que procurou a AMCV. Quanto à forma com que foram recebidas por estas instituições, duas das que recorreram à polícia foram surpreendidas com o seu desempenho positivo (as demais não se manifestaram sobre a questão). Quanto às que procuraram as urgências hospitalares, ambas referiram algum desapontamento pela forma com que foram recebidas. Talvez isso ocorra porque não existe um serviço especializado para este tipo de vítimas, acarretando dificuldades ao trabalho dos médicos, que não sabem encaminhar ou dar respostas adequadas a este tipo de situações, visto

não receberem formação quanto à violência sexual. Relativamente aos exames forenses, ONGs europeias denunciam a existência de práticas inadequadas, recursos limitados e falhas na recolha de evidências, o que foi confirmado nos depoimentos deste estudo. Notou-se também uma desarticulação entre os serviços policiais, os serviços de saúde e o Instituto de Medicina Legal. As mulheres que contactaram o Centro de Saúde fizeram-no por razões muito específicas, indirectamente advindas da violação: necessidade de medicação psiquiátrica, violência doméstica e necessidade de fazer um aborto. Relativamente ao acompanhamento oferecido pela APAV e AMCV, as entrevistadas referem que a principal ajuda foi o apoio psicológico, tendo ficado bastante satisfeitas.

Quanto à revelação da violação, a maioria das mulheres entrevistadas fizeram-na primeiro a amigos(as), aos familiares e colegas de trabalho posteriormente. Em alguns casos, a reacção foi positiva, demonstrando apoio e compreensão. Em outros, foi negativa, principalmente com culpabilização da vítima (associada aos mitos sobre a violação, como tipo de roupa que a vítima vestia, lugar e horário em que se encontrava sozinha, etc.). Na análise do impacto da violação na vida de outras pessoas além da vítima/sobrevivente, em 80% dos casos as entrevistadas apontaram a existência de impacto sobre companheiros, filhos(as), pais/mães, irmã, avô e amiga que também já tinha sido violada. Quanto ao impacto em suas próprias vidas, todas afirmaram sentir que estavam com a vida ameaçada durante a violação e referiram alterações na vida diária provocadas pela violação, essencialmente de dois tipos: 1) alteração nas suas “forma de estar” e 2) modificações em alguns hábitos.

A maioria referiu que as suas relações com os outros ficaram afectadas, principalmente devido à perda de confiança nos outros (amigos ou desconhecidos). Quanto ao impacto nas relações afectivas, três mulheres iniciaram novos relacionamentos (sendo que em dois casos o violador era o companheiro anterior), uma terminou o relacionamento que mantinha no momento da violação e duas optaram por não revelar ao companheiro o sucedido, ficando a relação alterada, e apenas uma afirmou não ter tido a relação alterada, tendo o companheiro sido um grande apoio. Importa destacar que três mulheres entrevistadas permaneciam vivendo com os violadores na altura da investigação. Entre as que possuíam filhos(as), quatro consideram que essas relações foram de alguma forma afectadas devido à “falta de disponibilidade mental”, apesar de fazerem um esforço para que os filhos sofressem o mínimo possível. Uma afirmou que a relação ficou valorizada depois da violação e outra foi

afastada da sua filha em consequência da situação de violência em que vivia com o seu violador e companheiro.

Quanto ao impacto no emprego/profissão, quatro foram afectadas pelo facto de não poderem trabalhar durante um período de tempo. Uma considera que houve impacto no seu desempenho, causando seu despedimento, e outra que a violação afectou seu relacionamento com colegas de trabalho do sexo masculino. As consequências na saúde física e psicológica são muitas (principalmente na segunda), havendo apenas uma mulher que não identifica consequências da violação ao nível da saúde. Grande parte das entrevistadas sentiu necessidade e recorreu a calmantes e comprimidos para dormir e cerca de 80% das inquiridas fizeram tentativas/ameaças de suicídio e/ou homicídio.

Com relação ao que consideram ou considerariam útil para melhorar o processo pelo qual passaram, os apoios considerados mais relevantes podem ser organizados em dois grandes grupos: redes sociais naturais e redes sociais formais. Nas redes sociais naturais, foram referidos companheiros, amigos(as), filhos(as), professores(as), vizinhos(as) e a família. Na rede social formal, foram citados a APAV, AMCV, Médica de Família e polícia (com algumas limitações). Quanto aos apoios que deveriam existir, citam a criação de instituições de apoio, assim como a necessidade de justiça e sensibilização da comunidade em geral para estes casos.

No que diz respeito ao objectivo de desmistificação da violação, a análise das entrevistas permitiu constatar que, contrariamente ao senso comum, a maioria das violações foi cometida por pessoas conhecidas das vítimas, sendo 50% maridos, 10% tios e 20% conhecidos/amigos. No caso das violações maritais, a maioria ocorreu no contexto de relacionamentos agressivos. Outro mito é de que a violação pode ser evitada se as mulheres resistirem ou lutarem contra. No estudo, todas as mulheres referiram sentir que corriam risco de vida no momento da violação (apesar de em apenas um caso a vítima ter visto uma arma e em outros dois casos haver a ameaça de seu uso), recorrendo às seguintes estratégias de resistência: lutar, fugir ou gritar, apelar aos sentimentos do violador para o dissuadir, evitar proximidade com o violador e aceder ao que lhe era exigido para salvar a sua vida e/ou dos seus filhos ou para impedir maior sofrimento. O impacto devastador que a violação teve, a mais diversos níveis, nas vidas das vítimas, contesta os mitos de que as mulheres fantasiam acerca da violação e desejam ser violadas ou de que as mulheres provocam as violações através de comportamentos ousados, vestidos provocantes e etc. Por outro lado, a recusa

demonstrada em denunciar a violação contraria os mitos de que as mulheres acusam os homens de violação numa tentativa de os controlarem ou ofenderem e de que a maior parte das denuncias de violações são falsas. Com base nestes mitos, muitas pessoas atribuem às vítimas/sobreviventes a culpa ou responsabilidade pela própria violação.

Quanto aos aspectos considerados benéficos para sua recuperação, todas as mulheres referiram os contactos com as instituições de apoio e o auxílio de sua rede de suporte natural, as quais ajudaram a compreender que a culpa não era delas, passaram a ter esperança na justiça e “voltaram a ser o que eram”. O facto de ter sido violada por um estranho ou pessoa conhecida não parece fazer diferença no processo de recuperação. Dentre as medidas necessárias para que a violação deixe de ser um crime escondido, a autora aponta: qualificação dos serviços de atendimento (instituições de saúde ou policiais), treinamento dos profissionais envolvidos, adequação do sistema de justiça para que o violador efectivamente seja punido, melhor articulação entre as várias instituições (policiais, de saúde, jurídicas e de apoio), bem como divulgação do trabalho desenvolvido por estas entidades. Por outro lado, as mulheres entrevistadas sugerem: 1) criação ou proliferação de instituições de apoio que as acompanhem aos serviços de saúde, que lhes dêem apoio jurídico e que as encaminhem e dêem apoio aos seus processos de recuperação; 2) justiça mais adequada a este tipo de crime, garantindo que mais mulheres considerassem que vale a pena fazer a queixa e 3) maior sensibilização/educação/informação junto à comunidade em geral, diminuindo a relutância em denunciar as agressões devido ao medo das reacções dos outros e, por outro lado, maior ajuda e compreensão. Dentre as conclusões do estudo, para além dos resultados já apresentados, a autora considera necessária uma alteração na forma como o problema é encarado pela sociedade em geral. Sendo um problema com repercussões na saúde pública e, acima de tudo, uma violação dos direitos humanos, as medidas deverão passar pela prevenção e, também, pela garantia de que os serviços existentes dão respostas às necessidades das mulheres violadas e dos seus outros significativos.

Ainda em 2001, Carla Cruz, Dália Costa e Maria João Cunha compõem a equipe do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresas da Universidade Técnica de Lisboa que realizou uma caracterização da violência conjugal na Ilha da Madeira. A amostra foi representativa da população feminina da Ilha e o instrumento utilizado um questionário aplicado por pesquisadoras treinadas. Os resultados indicam que 52% das inquiridas conhece uma amiga/familiar que já foi maltratada pelo marido/companheiro, tendo um periodicidade

mensal (31%), semanal (19%), entre uma a três vezes por ano (19%) e mais do que diária (13%). A maioria das agressões ocorreu em casa (95%) e na presença de outras pessoas (70%), sendo estas, na maioria, filhos (88%). 59% das inquiridas que confirmou ter sido alvo de violência afirmou ter recebido auxílio durante a ocorrência de maus-tratos e 76% considerou que seu agressor estava sob o efeito de álcool/drogas durante a agressão. 48% das vítimas afirmou ter contado para alguém (familiar, amiga, colega de trabalho, polícia, médico, assistente social, padre) e 52% não falou para ninguém por “achar que não valia a pena”, por “ter perdoado o marido”, por “achar que ele tinha se arrependido”, “gostar dele” ou “ter vergonha” (citado por Costa, 2005).

Marlene Braz Rodrigues Lourenço, uma assistente social actuante no Serviço Social do Instituto de Medicina Legal de Lisboa, concluiu sua tese de Doutorado em Serviço Social em 2001 (Lourenço, 2001), realizada através de um convénio celebrado entre o Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa e a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Brasil). A experiência adquirida durante o exercício profissional no atendimento das vítimas de abuso sexual do Serviço de Clínica Médica-Legal (CML) do Instituto de Medicina Legal de Lisboa (IMLL) levou a autora a procurar identificar e caracterizar os principais vectores que configuram a violência sexual na contemporaneidade e os seus principais eixos de análise, nomeadamente:

a) Modernidade e transformações das formas de violência;

b) Modernidade e principais mecanismos de transformação da sexualidade e do prazer;

c) Transformações das imagens do corpo na modernidade;

d) Contributos para uma análise contextualizada da violência sexual: diferentes lógicas contemporâneas sobre a sexualidade (paradoxo entre permissividade e contenção). Apoiando-se principalmente nas ideias de Foucault sobre saber-poder e biopoder, a autora realiza uma ampla análise acerca da violação sexual, integrando estudos sobre:

- Textos práticos (jornais, revistas, programas televisivos, internet e filmes): análise da natureza do texto, circunstâncias da redacção (seus efeitos, correntes de ideias, opiniões, mentalidades, comportamento), a ideia geral, explicação dos detalhes (determinação do significado, utilidade e importância dos termos empregados e dos conceitos emitidos pelo

autor do documento) e alcance do texto (fase de análise, de síntese-conclusivas, evidenciando-se a importância e o valor do texto em si);

- Estatísticas judiciais sobre violência sexual: breve análise das estatísticas judiciais sobre violência sexual, tomando-as como uma “construção”, e não como uma “realidade”, procurando ilustrar a tendência da criminalidade no que diz respeito à violência sexual através da estatística judicial e da literatura penal e criminal;

- Estudo casuístico de processo de clínica médico-legal: pesquisa sistemática dos processos de 355 vítimas submetidas a exame de clínica médico-legal de natureza sexual entre 1994 e 1995. Esta tarefa tinha como objectivo efectuar uma triagem prévia de modo a descartar casos de alegadas vítimas do sexo masculino, com idade igual ou inferior a 14 anos e cujo alegado crime tivesse sido cometido por um familiar e proceder à listagem dos membros da população para seleccionar a amostra para as entrevistas. As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas a 43 mulheres vítimas de crime sexual com o objectivo de caracterizar as circunstâncias em que ocorreu o alegado crime sexual, identificar situações que se enquadrem em determinados mitos/preconceitos sobre este tipo de vítimas e identificar algumas formas de vitimação terciária através do circuito institucional percorrido pela alegada vítima.

A autora aponta a existência de três níveis de vitimação, que correspondem a um processo de violência que inclui o que chamou de “vitimação genérica” ou “pré-vitimação”, originada por determinados processos que ocorrem em espaços mais extensos que o público e o privado, não enquadrados pelo jurídico, e também pela forma como a imagem do corpo (dos indivíduos em geral e da mulher em especial) é possuída pelos *media* e pelas novas tecnologias electrónicas; a “vitimação actualizada”, enquadrada pelo jurídico (de que são exemplo os crimes sexuais e, dentre estes, a violação) e a “vitimação secundária” ou “dupla vitimação”, fruto das instâncias informais e formais (por exemplo, algumas práticas judiciais).

Deste modo, o estudo procurou mostrar que, antes da vitimização primária, existe uma vitimização genérica que pode se reflectir na vitimização actualizada, na medida em que cria condições para que a vitimização primária seja uma realidade. Ainda que, em termos discursivos, as disciplinas reconheçam a integridade ao corpo, à sexualidade, à liberdade individual, o facto é que as suas práticas, nomeadamente as práticas judiciais, geram a

dupla-vitimização ou a vitimização secundária. Verifica-se, portanto, uma discrepância entre o discurso penal e a prática judiciária onde determinados estereótipos e mitos em relação à mulher vítima de crime sexual se atravessam às instâncias formais, originando determinadas violências quotidianas, algumas das quais associadas a comportamentos de um leque vasto de autoridades policiais, médicos, juristas e outros profissionais que geram, não raras vezes, a dupla vitimização ou a vitimização secundária.

A partir dos relatos de 43 mulheres jovens e alegadamente vítimas de violação entrevistadas no Serviço de Clínica Médico-Legal do Instituto de Medicina Legal de Lisboa nos anos 1994 e 1995, a autora procurou dar expressão ao que a vítima sentiu e viveu. Através de uma comparação entre “vítimas ideais” (aquelas que manifestam uma vitimização genuína, incluída no padrão de comportamento irrepreensível e merecedoras de pleno apoio civil, penal e assistencial) e “vítimas não ideais” (aquelas cujo comportamento pode ser excluído do padrão de idealidade, sendo sua vitimização questionável), a autora constatou que 41% das vítimas não ideais relatou um atendimento por parte das autoridades e técnicos desadequado, ao passo que 64% das vítimas ideais consideraram o atendimento adequado, levando à conclusão de que as vítimas não ideais estão mais sujeitas à vitimização secundária ou dupla vitimização. Entre os factores que contribuem para essa dupla vitimização foram assinalados: a submissão da vítima a repetidos e penosos inquéritos, na maior parte das vezes sem que sejam realmente “escutadas”; procedimentos adoptados no momento da denúncia que, com alguma frequência, resultam de critérios individuais e subjectivos da autoridade policial que atende ao caso; impotência por parte das autoridades policiais por não possuírem formação adequada na área, especialmente ao nível do atendimento e do ulterior encaminhamento e desconhecimento dos procedimentos mais elementares (como recomendar à vítima que não se lave, que guarde peças de roupa com vestígios, etc.). Deste modo, a prova da violação sexual frequentemente surge associada à uma provação.

A análise do atendimento prestado às vítimas de crime sexual demonstra que o sistema jurídico-penal está centrado no crime e no agente do crime (vejam-se as estruturas operativas da Direcção-Geral dos Serviços Prisionais e do Instituto de Reinserção Social), reservando pouco espaço para a vítima. O espaço existente é circunscrito e, não raras vezes, gera efeitos perversos e contribuiu para a vitimização secundária. A fim de neutralizar estes efeitos, é preciso desmontar alguns dos elementos que tendem a enfatizar o papel da vítima no crime sexual, atribuindo-lhe uma quota-parte do resultado, como se a concretização do crime

dependesse em maior ou menor grau de incitamento, cumplicidade ou participação da própria vítima. Por outro lado, é preciso que o sistema estatal ofereça apoio às vítimas, ao invés de deixar esta responsabilidade exclusivamente a cargo de instituições particulares de solidariedade social. Uma vez que as vítimas são obrigadas a percorrer um longo circuito institucional (urgência hospitalar, autoridade policial, instituto de medicina legal, etc.), propõe-se uma intervenção centrada na vítima, sua segurança e bem-estar, tendo em conta seus sentimentos e sofrimentos, não apenas os procedimentos legais. Exige-se muito da vítima (não se lavar, não se despir, recordar todos os acontecimentos de forma precisa, etc.), mas pouco se oferece em troca. Deste modo, impõe-se um sistema de política criminal que não vise apenas o agressor, mas também as necessidades das vítimas e, para tal, deverão ser criados serviços que apoiem a vítima de crime sexual.

No ano seguinte, no Mestrado em Medicina Legal da Universidade de Coimbra, Suzana Pereira da Silva Tavares (2002) apresentou um estudo sobre a avaliação pericial em agressões sexuais. Contudo, não tivemos a oportunidade de entrar em contacto com este estudo.

A dissertação de mestrado em Sociologia de autoria de Dália Costa sobre a percepção social de mulher vítima de violência conjugal realizado em 2002 no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa foi posteriormente publicado na forma de livro (Costa, 2005). Tendo como universo a população residente no concelho de Lisboa, utilizou uma amostra probabilística composta por 400 indivíduos (50% feminino e 50% masculino) e um inquérito por questionário, bem como entrevistas com informantes qualificados (técnicos de instituições sociais de apoio à vítimas de violência doméstica). Os resultados mostraram que  $\frac{1}{4}$  da amostra referiu ter contacto com situações de maus-tratos conjugais (16% directamente e 9% indirectamente), estando esta associada ao sexo feminino, grau de escolaridade e estado civil. Com relação às expectativas de comportamento de uma mulher vítima de violência conjugal, a maioria da amostra (30%) referiu que esta deveria formalizar uma queixa policial. Em segundo lugar (23%), que deveria procurar ajuda numa organização de apoio social e, em terceiro lugar (21%), informar-se sobre seus direitos. Nota-se que há uma divisão na expectativa social quanto à reacção da mulher, pois tanto se espera uma reacção de pedido de auxílio do sistema formal (polícia) quanto do sistema de apoio social. A expectativa que corresponde ao recurso à polícia vai diminuindo conforme aumenta a idade dos sujeitos, tendendo os mais velhos a formular a expectativa de que a mulher deve



aguardar a mudança da situação, assim como aqueles que possuem um grau de escolaridade até o nono ano, bem como os reformados. Os sujeitos com escolaridade acima da mínima obrigatória mas sem frequência ao ensino superior, os que pertencem à categoria socioprofissional dos serviços e os que consideram pertencer à classe média tendem a ter a expectativa de que a mulher formalize uma queixa à polícia. Os solteiros tendem mais a ter como expectativa que a mulher maltrate o agressor e os viúvos tendem a prever reacções alternativas, sendo a separação a mais referida.

Com relação às medidas a aplicar ao agressor, foram propostas duas situações aos entrevistados, de acordo com a visibilidade ou não dos maus-tratos. Em situações em que os maus-tratos não são visíveis, a medida considerada mais apropriada foi o acompanhamento psicológico obrigatório (43%), seguida pela medida de prisão (23%). As medidas de prisão e indemnização das vítimas são tendencialmente consideradas mais adequadas por indivíduos mais jovens e o acompanhamento psicológico e social obrigatórios pelos situados entre os 30 e 39 anos de idade. Nas situações em que os maus-tratos são visíveis, a medida de prisão foi a primeira escolha (41%), seguida pelo acompanhamento psicológico obrigatório (30%).

A percepção comunitária das medidas tidas como mais adequadas a aplicar ao agressor definem uma tendência dos sujeitos mais jovens, solteiros, sem filhos e estudantes terem uma expectativa de reacção dependente do modelo de resposta judicial. Por outro lado, os mais velhos, com filhos, viúvos e domésticas tendem a manifestar expectativas de intervenção mais diversificadas, como o trabalho a favor da comunidade e o acompanhamento psicológico e social coercivo, o qual não depende completamente do controle social formal (legislativo, policial e judiciário). A investigadora apresenta duas hipóteses para este facto: a indicação de uma reacção terapêutica tem subjacente o valor de restabelecimento da família ou a valorização do modelo de intervenção se justifica por oferecer maior amplitude de opções de suporte para a vítima, enquanto o modelo de suporte social se encontra menos disponível a apoiar as decisões das vítimas, uma vez que segue procedimentos pré-estabelecidos.

A motivação para a intervenção em uma situação de violência conjugal apresenta como motivos mais mobilizadores a presença de crianças (36%), o barulho, com choros e gritos (18%) e a presença de armas no contexto do conflito (12%). Os mais novos, que se consideram pertencentes à classe média e que não têm filhos tendem a ser motivados a intervir quando há envolvimento de um familiar, assim como os indivíduos entre os 30 e 39 anos, que frequentam ou possuem ensino superior e exercem profissões administrativas. Os

indivíduos entre os 60 e 69 anos, de quadros superiores e profissionais intelectuais e científicos são mais motivados a intervir em situação de violência conjugal quando há presença de armas. A presença de crianças é motivadora para trabalhadores não qualificados, operários e indivíduos com filhos. O tipo de intervenção mais referido é institucional, sendo a polícia a categoria mais mencionada (52%), seguida pela intervenção de uma instituição de apoio social (09%). Tendencialmente, as mulheres retiravam as crianças do contexto, enquanto os homens tentavam acalmar o casal, prevendo ambas intervenções pessoais e não institucionais (esta mais associadas a sujeitos mais novos). A dimensão protectora (de familiares, crianças ou do próprio) parece subjacente à motivação para intervir numa situação de violência conjugal.

O tipo de intervenção, conjugado com a motivação para a intervenção dos sujeitos, indica que esta não se estende ao par envolvido na interacção violenta. A intervenção privilegiada é do tipo institucional, com o recurso à polícia. A hipótese que pode contribuir para a compreensão desta situação é a percepção subjectiva de vulnerabilidade, onde o indivíduo pode considerar que se expõe a uma situação de risco ao intervir num conflito, mesmo de índole familiar. De acordo com a autora (Costa, 2005), esta hipótese questiona a interpretação (principalmente feminista e de cunho patriarcal) que pressupõe uma desvalorização social da gravidade e do dano associado à situação quando os indivíduos a definem como privada. Desta forma, propõe outra hipótese, a de que pode ter havido uma alteração desta noção ou interpretação por parte da sociedade, tendo contribuído para isso as respostas dos sujeitos mais jovens, com graus de escolaridade mais elevados e situação de emprego mais privilegiadas, sendo que tais factores se revelaram como associados ao tipo de medida considerada mais adequada a aplicar ao agressor.

Em 2002, foram realizados mais dois trabalhos na Universidade do Porto os quais, infelizmente, não foram localizados. Trata-se da tese de doutoramento em sociologia de Maria Isabel Correia Dias, intitulada “Representações e práticas da violência doméstica em famílias de diferentes meios socioprofissionais”, e a dissertação de mestrado em psiquiatria e saúde mental “Violência familiar contra a mulher e saúde mental”, de autoria de Isilda Maria Oliveira Carvalho Ribeiro.

Procurando dar continuidade à compreensão da violência praticada contra as mulheres, em 2002 a CIDM encomendou um novo estudo à SociNova, desta vez sobre os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres (Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa, 2003).

Destacamos a observação presente na “nota prévia” (p. 8), de que os diversos estudos que vêm sendo realizados no país estão dando força à noção de que a violência contra as mulheres, doméstica ou não, constitui um fenómeno de género, com uma dimensão histórica, multifacetado do ponto de vista económico, político, social e cultural e irredutível a uma mera intervenção jurídica ou policial. Desta forma, foram analisadas as consequências da violência contra as mulheres: custos económicos e não económicos a nível da família, dos amigos, da actividade profissional, da saúde física e psicológica e da educação. O inquérito sociológico foi realizado com uma amostra representativa da população feminina acima de 18 anos de Portugal Continental, perfazendo um total de 1500 respondentes.

Nos resultados, destacamos que cerca de 30% da amostra se considera vítima de pelo menos um acto de violência no último ano. Destes, predominam as situações de violência física (29,3%), seguidas por situações em que há combinação de vários tipos de violência (23%), violência psicológica (19,4%) e violência social (19,6%). O constrangimento sociocultural, ainda que em menor intensidade (2,7%), surge como um tipo de violência que, embora tenha contornos pouco definidos, corresponde a um conjunto de actos que afectam as condutas sociais das mulheres. A análise dos tempos em que os actos de violência ocorreram permitiu identificar o predomínio de situações que ocorreram há mais de 12 meses da data de realização da entrevista (45,8%), sendo também considerável o peso das mulheres em que há uma trajectória de violência que se prolonga desde o passado até a actualidade (29,2%). Analisando mais especificamente estes casos, constatou-se que em 39% a violência se prolonga por um período superior a dez anos, informação que pode ser agregada ao resultado do estudo realizado em 2000 (Lisboa, Barroso & Marteleira, 2003), em que já durante o namoro são encontradas situações de violência.

De modo semelhante ao que vem sendo encontrado em estudos anteriores, o espaço da casa/família continua a ser apontado em primeiro lugar como local mais provável de ocorrência de agressão contra a mulher, seguido pelo local de trabalho e os espaços públicos. A relação entre agressor e vítima é maioritariamente de conjugalidade, sendo os autores principalmente os actuais e ex-maridos/companheiros (40%), seguidos pelos que não tem qualquer relação (37,9%), da entidade patronal (9,8%), de diversos familiares (7,7%) e dos pais (4,7%). Quanto ao género do autor do acto de violência considerado como o mais grave no último ano, o masculino prevalece em 81,5% dos casos, sendo ainda mais acentuado nos actos dos anos anteriores (87,8%). Quanto às suas características sociais, predominam os que

têm 40 anos ou mais (mais de 50%), com instrução secundária e preparatória (46,3%), sendo que os que têm nível secundário igualam os do primário (11,2%). Dentre as actividades profissionais dos actores dos actos mais graves de violência do último ano, predominam os operários (28,2%), seguidos pelos quadros superiores, profissões liberais, intelectuais e científicas (13,4%) e prestadores de serviços (10,4%).

Assim como no estudo realizado em 1995 (Lourenço, Lisboa & Pais, 1997), a maioria das mulheres tem uma reacção do tipo “passivo” (57,5%). As demais procuram evitar a situação (14,2%), recorrem a instituições como polícia, tribunais, CIDM e outras (14,6%) e reagem violentamente (13,8%). Dentre as instituições procuradas, a polícia é a mais contactada (10,4%). Ou seja, comparando com o estudo de 2000 (Lisboa, Barroso & Marteleira, 2003), notou-se um aumento de mulheres que têm uma reacção do tipo “legal” (policías, advogados e tribunais). A comparação entre os grupos “vítimas” e “não vítimas” permitiu constatar que os actos de violência estão disseminados por todo o território nacional, ainda que de forma ligeiramente mais acentuada nos distritos de Viseu, Porto, Leiria, Lisboa e Coimbra. De modo semelhante, a distribuição em relação à idade é relativamente homogénea, com uma concentração ligeiramente superior nas faixas etárias 25-34 anos e 45-64 anos. Apesar da violência poder ocorrer e ser percebida em todos os estratos sociais, o estudo mostrou que está particularmente associada a contextos socialmente polarizados e diferenciados. Num dos pólos, a probabilidade de vitimação aumenta quando têm níveis de instrução mais baixos, actividades profissionais pouco qualificadas, são desempregadas ou reformadas, têm rendimentos baixos e dependem economicamente do marido. No outro pólo, estão as que possuem rendimentos elevados e níveis médios de instrução.

Assim como no estudo de 1995 (Lourenço, Lisboa & Pais, 1997), constatou-se que a conduta e/ou percepção dos actos de violência é socialmente diferenciada. No inquérito de 2002 (Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa, 2003), a violência física é referida sobretudo por mulheres mais velhas, divorciadas/separadas ou viúvas, que vivem sozinhas ou com os filhos/enteados, com níveis de instrução baixos, domésticas, reformadas, operárias ou com actividades profissionais pouco qualificadas, com rendimentos familiares baixos, dependentes dos maridos ou das reformas. Por outro lado, a percepção da violência sexual (relativamente inferior ao estudo anterior) prevalece nas mulheres mais novas, solteiras, a viver com os pais ou outros familiares, estudantes e trabalhadoras em serviços, com ordenados próprios ou dependentes dos pais. A violência psicológica é mais relatada por mulheres casadas, que

vivem com os companheiros/maridos e filhos/enteados, domésticas e dependentes economicamente (ainda que em alguns casos tenham ordenados próprios).

A análise dos locais de ocorrência e os vários tipos de agressão mostrou que a probabilidade de ocorrência varia conforme os espaços. Assim, em casa há uma particular incidências de actos de violência física e psicológica, ao passo que no trabalho prevalece a discriminação sociocultural e, nos espaços públicos, a violência/condicionamento social e a violência sexual. Do mesmo modo, o perfil das vítimas varia conforme os locais da agressão: na casa, são sobretudo mulheres casadas, mais velhas, que vivem com o marido, viúvas ou divorciadas, têm níveis de instrução baixos, são domésticas, reformadas ou têm actividades profissionais pouco qualificadas, dependendo economicamente do marido/companheiro ou da reforma, com um nível de rendimento baixo. No trabalho, são tanto solteiras quanto casadas, com níveis de instrução médio ou superior, trabalhadoras dos serviços com profissões intermediárias e, em alguns casos, desempregadas, com rendimento médio resultante de ordenado próprio ou do marido. Nos espaços públicos, os perfis são semelhantes aos dos locais de trabalho, ainda que haja uma maior probabilidade de serem solteiras, com níveis de instrução mais elevados, a viverem com os pais, estudantes ou com profissões liberais, dependentes economicamente dos pais ou com rendimentos elevados. Neste espaço, também se percebe que as mulheres são mais sensíveis ao que tem sido chamado por “violência/condicionamento social”.

A análise dos custos sociais da violência foi realizada com relação a duas dimensões: a estruturação dos afectos (nos espaços da casa-família e dos amigos) e a actividade profissional. Na primeira dimensão, cerca de metade das mulheres vítimas inquiridas estabeleceu uma relação de causalidade entre a violência e efeitos negativos sobre sua família e amigos (47,3%), tendo destaque os membros da família (40,2%), sendo na sua maioria filhos (58,8%). A análise de situações de separação forçada de pessoas consideradas importantes para estas mulheres mostrou que existe uma probabilidade de separação três vezes superior quando a mulher sofre violência, sendo a desarticulação das redes sociais próximas um custo social a curto prazo que, ao longo do tempo, também apresentará custos a longo prazo. Além disto, muitas vezes os elementos mais afectados pela violência contra as mulheres são os filhos, seja directamente, quando também são alvo de agressões ou assistem tais actos, ou indirectamente, quando são socializados em um clima afectivo perturbado.

Neste sentido, constatou-se que a probabilidade das mulheres vítimas de maus-tratos terem tido filhos doentes no último ano é 50% superior às não vítimas.

No âmbito do contexto profissional, os autores do estudo admitem que, na sociedade portuguesa, a simples condição de ser mulher tem sido, por si, um factor de discriminação social com relação ao homem, ainda que algumas melhorias já sejam notadas. Desta forma, além do custo social inerente ao género, existem custos profissionais decorrentes da situação de violência. Desta forma, 15,2% das mulheres vítimas admitiu que as violências que sofreram têm ou teve consequências para a sua vida profissional futura. A análise cruzada de aspectos como a dificuldade de obter emprego, em ser promovida e o despedimento com a vitimação mostrou que as mulheres vítimas de violência têm uma maior dificuldade de conseguir emprego. Depois de inseridas no mercado de trabalho, a probabilidade de encontrar dificuldades para serem promovidas também é superior entre as vítimas. E, para aquelas que estão ou já estiveram inseridas no mercado de trabalho, um dos maiores custos em termos profissionais é o despedimento, o que ocorreu em 17,2% das vítimas. Estes dados são corroborados pela opinião das próprias vítimas, sendo que  $\frac{1}{4}$  estabelece uma relação de causalidade entre vitimação e despedimento. A partir destes dados, os autores concluíram que as mulheres vítimas de violência têm uma maior probabilidade de serem penalizadas com custos adicionais, ainda que em diferentes níveis.

Com relação aos custos com a saúde física, apesar de difíceis de precisar, foram utilizados como indicadores a utilização de serviços hospitalares, dos centros de saúde e dos médicos privados. De modo geral, as mulheres entrevistadas – vítimas ou não – apresentam uma elevada taxa de procura por hospitais (93,4%), o que mostra que provavelmente as mulheres adultas procuram mais estes serviços do que os Centros de Saúde. Quanto a este serviço, 77% das mulheres os procuraram uma ou duas vezes no último ano, valor manifestadamente superior ao que procurou médicos privados no mesmo período (47,3%). A análise estatística da probabilidade das vítimas recorrerem a tais serviços é muito semelhante às não vítimas, não sendo possível estabelecer uma associação estatística entre os dois fenómenos. Contudo, foi possível realizar uma análise detalhada do modo como as vítimas recorrem a estes serviços. Assim, 6,6% de todas as idas das mulheres acima de 18 anos inquiridas foram provocadas por situações de violência de que tenham sido vítimas. Contudo, a análise apenas do grupo de vítimas mostrou que somente 21% afirma ter buscado

atendimento hospitalar devido a alguma violência sofrida. Ficou em aberto a resposta de porque as demais não o fizeram.

A gravidade das consequências da violência pode ser avaliada pelo tipo de atendimento hospitalar recebido: 28,6% ficaram internadas mais de 24h e, do total de respondentes, cinco tiveram que ser operadas. A tipificação das lesões também é um bom indicador da gravidade da violência, sendo: 15,7% equimoses, 6,7% fracturas, 3,4% hematomas e 2,2% feridas. Portanto, pode-se dizer que a maioria da violência exercida não deixa sequelas que necessitem internamento ou intervenção cirúrgica e, eventualmente, aquelas mulheres que não recorrem aos hospitais poderão apresentar sequelas idênticas, explicando a razão de não procurarem atendimento. Quanto aos gastos dispendidos, o mais habitual é não haver referências a custos financeiros ou estes serem bastante reduzidos, uma vez que o Sistema Nacional de Saúde é tendencialmente gratuito. Contudo, de particular destaque é o facto de cerca de 30% das respondentes não ter contado ao médico que estava procurando atendimento devido à violência.

Com relação à procura pelos Centros de Saúde nos últimos 12 meses, constatou-se que estes são menos utilizados do que os hospitais para as situações de violência, com uma taxa de 16%. O tipo de feridas provocadas pelas agressões (equimoses, hematomas, etc.) indica que poderiam ser tratadas e acolhidas nos Centros de Saúde de forma mais personalizada e menos traumatizante do que em um grande hospital. Todavia, esta não é a prática mais empregada pelas mulheres. O recurso a médicos privados nos últimos 12 meses devido a actos de violência é o que apresenta a menor percentagem (8%), sendo isto especialmente válido para situações em que as sequelas foram graves (ocorreu apenas em dois casos de violações). Provavelmente, isto se deve ao facto de, além de ser um recurso dispendioso, impossibilita a utilização de meios auxiliares de diagnósticos gratuitos ou semi-gratuitos.

A análise do uso dos serviços de saúde de acordo com o tipo de violência mostrou que as mulheres que sofrem maus-tratos psicológicos são as que menos procuram atendimento hospitalar, opondo-se às vítimas de maus-tratos físicos (probabilidade de recurso hospitalar quatro vezes superior) e de violência sexual (probabilidade dupla). Relativamente ao recurso habitual ao Centro de Saúde, as mulheres vítimas de violência apresentam uma taxa de procura ligeiramente superior para todos os tipos de violência (ainda que haja também uma ligeira maior incidência nos casos de violência psicológica e violência/constrangimento social). Quanto ao recurso aos médicos privados, nota-se que, apesar da menor probabilidade

das vítimas buscarem este serviço, há uma particular incidência em relação à violência psicológica e à violência sexual. Relativamente às incapacidades, do total de mulheres que sofreu violências, 4,6% ficaram com incapacidades, sendo 1,1% incapacidades parciais. Os restantes casos dizem respeito a dificuldades para executar “trabalhos pesados” ou “médios”, sendo também de destacar as situações que, apesar de não provocarem incapacidades para o trabalho, poderem levar as mulheres a se sentirem diminuídas, tais como queimaduras.

Os custos psicológicos da violência podem ser estimados a partir de uma auto-avaliação sobre a saúde em geral, tendo a maioria das mulheres classificado-a como razoável (40,1%) e boa (39%). Contudo, ao analisar apenas o grupo das mulheres vítimas, a apreciação mais incidente é da saúde fraca, especialmente entre as que foram alvo de violência física. Outra forma de avaliar os custos com a saúde psicológica é a análise das idas a um psiquiatra ou psicólogo. Na pesquisa, cerca de um quinto das mulheres inquiridas já consultou com um destes profissionais devido à perturbação emocional (21,4%), sendo a probabilidade das mulheres vítimas quase o dobro das não vítimas (33,3% e 16,4%, respectivamente). A análise apenas do grupo das vítimas mostrou que quase metade (49%) procurou psiquiatras/psicólogos devido aos actos de violência sofridos. Os vários tipos de violência (43,1%) e a violência psicológica (36%) vivida nos últimos tempos são as razões de perturbações emocionais que mais levaram as mulheres ao contacto com psiquiatras ou psicólogos.

Avaliando-se os indicadores – sintomas e doenças – percebeu-se que a maioria das mulheres inquiridas afirma sentir-se ansiosa há “algum tempo” (35,7%), sendo que um número bastante reduzido (5,7%) diz “nunca” ter sentido ansiedade. Porém, os índices mais elevados de ansiedade estão entre as mulheres vítimas, sendo a probabilidade de estarem sempre ou a maior parte do tempo ansiosas dupla quando comparadas às não vítimas, especialmente entre as vítimas de violência física. Com relação ao indicador “felicidade”, os resultados são ainda mais marcantes em termos de custos psicológicos. Perante um quadro em que a maioria das mulheres diz sentir-se “feliz” nos últimos tempos a maior parte do tempo (24,2%), é entre as vítimas que ocorrem as maiores incidências de respostas “nunca” ou “pouco tempo” feliz. Os valores são tão significativos que a probabilidade de uma vítima nunca ter se sentido feliz é seis vezes superior a de uma não vítima, principalmente entre as que sofrem violência física. Recorrendo a uma bateria de sintomas de doenças psicológicas, quando comparadas vítimas e não vítimas, as primeiras têm maior probabilidade de



apresentarem irrequietude e ansiedade, dificuldade em se descontraír, em tomar decisões, choro fácil, pensamentos ou sonhos assustadores, dificuldades em expressar sentimentos, de concentração e de memória. Contudo, sintomas como a solidão e a falta de esperança adquirem uma dimensão mais expressiva, com uma probabilidade de ocorrência dupla entre as vítimas e, especialmente, os pensamentos de suicídio, que apresentam uma probabilidade quatro ou cinco vezes superior entre as vítimas.

Outra dimensão importante para a observação da doença psicológica das mulheres inquiridas é o seu quadro comportamental. Neste sentido, a grande maioria das mulheres (79%) não apresenta qualquer dos comportamentos inquiridos. Contudo, os resultados são bastante diferentes quando comparados os dois grupos: a probabilidade de apresentar tentativas de suicídio é quase nove vezes superior entre as vítimas, assim como comportamentos violentos face a outros (seis vezes superior), medos excessivos (quatro vezes superior), comportamentos destrutivos de bens e propriedades (três vezes superior) e problemas com a comida e comportamento alimentar (duas vezes superior).

Os custos sociais relativos à educação foram agrupados em dois campos: mulheres e filhos de mulheres. Contudo, estes dados devem ser lidos com precaução, pois dizem respeito sobretudo à percepção das mulheres e o modo como constroem sua relação com a escola. Além disto, a literatura especializada mostra que existe uma tendência de desvalorizar as consequências da violência no plano escolar, assim como os diversos tipos de violência a que as mulheres podem ser submetidas tornam sua análise mais complexa. Por fim, um último cuidado deve ser tomado no sentido de evitar “rotular” as mulheres vítimas de violência através da criação de novas categorias e novas discriminações. As análises mostraram que não existem grandes diferenças quantitativas entre as mulheres vítimas e não vítimas. Porém, uma análise mais refinada revela de forma sistemática e consistente uma regularidade no prejuízo das mulheres vítimas: no insucesso escolar, na frequência às aulas, na integração na escola, etc. Esta regularidade, ao invés de ser desconsiderada, deve ser valorizada como problemática, pois sabe-se que o investimento na educação das mulheres tem consequências socioeconómicas mais significativas do que o investimento na educação dos homens, uma vez que este efeito se multiplica na educação dos filhos.

A auto-avaliação sobre o sucesso escolar mostrou que as mulheres vítimas de maus-tratos apresentam uma percepção de insucesso significativamente maior do que as não vítimas, ainda que, de modo geral, apenas 12,2% de todas as mulheres considere ter tido “más

notas” na escola. Quanto à frequência escolar, a maioria das mulheres diz que não costumava faltar muito às aulas. Contudo, entre as que admitiam o absentismo, há uma clara associação às situações de violência, com uma probabilidade de 70%. Quanto ao relacionamento interpessoal, a maioria das inquiridas considera que tinham boas relações com colegas e professores, com uma tendência de guardar uma memória positiva dos tempos escolares. Confirmando a noção de que a escola é um ambiente relativamente protegido, a percentagem de mulheres que afirmou não gostar de ir à escola é muito reduzida. Porém, a percentagem das mulheres vítimas que não gosta de ir à escola é o dobro das que não possuem vivências de violência. O menor interesse pela escola entre as vítimas se manifesta tanto entre as que ainda estudam quanto entre as que já não frequentam o sistema de ensino. Com relação às expectativas escolares e profissionais, de modo geral, foram realizadas. Todavia, quando se compara vítimas com não vítimas, constata-se que a probabilidade das mulheres vítimas desejarem uma formação complementar é cerca do dobro, o que pode revelar um desejo de mudança, como mostra a alta perspectiva de concluir um curso universitário (72,8% entre as não vítimas e 82,9% entre as vítimas). Por fim, a 79,8% das mulheres inquiridas considerou que a falta de estudos condicionou suas possibilidades de sucesso profissional, com uma nítida percepção da importância do “capital escolar” na definição dos percursos profissionais.

No que diz respeito ao sucesso escolar dos filhos das mulheres inquiridas, a maioria considera que eles costumam ter boas notas. Na comparação entre os dois grupos de mulheres, entre as que dizem que os filhos não costumam ter boas notas a probabilidade destes apresentarem insucesso escolar é cerca de duas vezes maior nas que foram vítimas de violência. Esta situação se confirma quando as mulheres são directamente inquiridas se os filhos já reprovaram na escola. Quase um terço dos filhos de todas as mulheres já reprovou pelo menos uma vez, sendo esta tendência mais forte nos filhos das mulheres vítimas de violência. Estes dados comprovam a hipótese de que as crianças que testemunham actos de violência doméstica apresentam consequências negativas na vida escolar. Neste sentido, o ambiente de trabalho em casa tem sido apontado como um dos factores mais importantes do sucesso escolar, sendo que 13,6% das mulheres vítimas de violência considera que este não é bom, contra apenas 0,6% das não vítimas. Este é um dos resultados mais significativos do inquérito, marcando uma situação que é potencialmente geradora de estresse e insucesso escolar. Estes dados também corroboram dados do estudo realizado nos Gabinetes de Medicina Legal anteriormente descrito, onde em 95% dos processos analisados os filhos assistiam às agressões e também eram alvos da violência. No que tange ao absentismo

escolar, é mais significativo entre os filhos das mulheres que foram vítimas de violência. Do mesmo modo, o gosto em ir à escola é menos presente entre as mulheres que dizem ter sido vítimas de violência, ainda que, de um modo geral, a grande maioria das mulheres com filhos que ainda frequentam a escola considere que eles têm uma boa integração. Assim como ocorreu com as mulheres, existe uma elevada expectativa quanto à importância da escola para um futuro mais promissor das crianças, especialmente quanto à frequência a um curso superior universitário (82,6%).

Para além destes inquéritos nacionais encomendados pela CIDM e dos trabalhos académicos, outros estudos foram desenvolvidos. Dentre as iniciativas levadas a cabo por organizações sociais, relatamos os resultados do Projecto Penélope (APAV, 2003) sobre violência doméstica no Sul da Europa, co-financiado pela Comissão Europeia através do já citado Programa DAPHNE e executado, em Portugal, pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) entre Novembro de 2002 e Novembro de 2003. O objectivo deste projecto foi a execução de um relatório sobre o estado da violência doméstica nos países do sul da Europa (Portugal, Espanha, França, Itália e Grécia), tendo surgido da constatação de uma insuficiência de informações a respeito da violência doméstica, impedindo o conhecimento adequado do problema e, consequentemente, uma intervenção efectiva e eficaz. Esta realidade é bastante diferente da encontrada no norte da Europa, onde os contextos históricos e sociais são mais favoráveis ao confronto do problema.

Bastante extenso, o relatório se apresenta dividido em três partes. Na primeira, cada país apresenta o conceito de violência doméstica dominante no contexto nacional, bem como um inventário das disposições legislativas regulamentares e administrativas que permitem identificar os comportamentos/conduitas que integram o conceito de violência doméstica. Na segunda parte, foram traçados os perfis das vítimas e dos agressores e o tipo de apoio que recebem em cada país. A terceira parte foi destinada a apresentar informações sobre os atendimentos prestados às vítimas de violência doméstica em entidades governamentais e não-governamentais e traçar um perfil das iniciativas de prevenção e intervenção destas instituições. Um aspecto a destacar neste relatório com relação aos agressores é a constatação da inexistência, em Portugal, de um registo específico de agressores, tal como existe na Itália. Além disto, afirma que o estudo da temática no país ainda é recente, sendo difícil estabelecer um perfil quantitativo e qualitativo das vítimas e dos agressores (estes últimos, geralmente pouco enfocados nos estudos).

Em 2003, a equipe do SociNova realizou um estudo apoiado pela Direcção-Geral da Saúde para verificar a associação entre alguns indicadores de saúde e actos de violência a que as mulheres tenham sido vítimas (Lisboa, Vicente & Barroso, 2005). Para isto, foi utilizado uma amostra de 2300 mulheres acima de 18 anos usuárias dos Centros de Saúde de Portugal Continental. Ficaram excluídas as mulheres abaixo dos 18 anos, as que não se dirigem aos Centros de Saúde e as moradoras dos Territórios Autónomos (Madeira e Açores). Deste modo, neste estudo não é possível fazer qualquer extrapolação a nível nacional. Ainda assim, foram tomados cuidados com a escolha dos Centros de Saúde, realizada a partir de critérios estatísticos definidos (distritos, número de utilizadoras, prevalência de vitimação na população feminina portuguesa, etc.), e das mulheres inquiridas (aleatoriamente, eram convidadas a participar no estudo após a consulta no Centro de Saúde). O questionário foi aplicado por entrevistadoras especializadas, abrangendo quatro módulos: controle da administração, caracterização sociocultural das inquiridas, indicadores de saúde física e psicológica e vitimação.

A caracterização sociocultural da amostra mostrou que há uma prevalência das mulheres casadas ou em união de facto (63,3%), seguidas pelas solteiras (19,8%), viúvas (12,8%) e divorciadas/separadas (4,1%). No que diz respeito ao grau de instrução formal, 41,4% possuem o 1º ciclo do ensino básico, 13,15% o ensino secundário, 14,4% o 3º ciclo do ensino básico, 12,% o 2º ciclo do ensino básico, 9,5% o ensino superior e 8% não sabe ler nem escrever, estrutura bastante semelhante aos dados do Recenseamento Geral da População de 2001. Contudo, nota-se que há uma menor representação de mulheres com níveis de instrução mais altos e mais baixos, o que, segundo os autores, é sociologicamente compreensível face ao tipo de frequência expectável nos Centros de Saúde.

A prevalência total de vitimação obtida nos Centros de Saúde é de 33,6%, em relação aos actos percebidos pelas inquiridas como violentos nas dimensões física, sexual, psicológica e de discriminação sociocultural, com uma predominância da combinação de vários tipos de violência (49,5%), seguida pela violência psicológica (30,5%) e da violência física isoladamente (12,8%). A percentagem de mulheres que refere ter sido vítima de vários actos de violência mostra que um mesmo acto pode ser percebido como violento em várias dimensões e que estes ocorrem de modo articulado entre si. Com relação ao local onde ocorrem as agressões, semelhantemente ao encontrado nos estudos anteriores (Lourenço, Lisboa & Pais, 1997; Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa, 2003), a casa/família é apontada em

primeiro lugar, seguida pelo local de trabalho e os espaços públicos. A análise mais apurada destes dados mostra que a casa/família é o espaço mais provável de ocorrência de violência física e de combinação de vários tipos de violência. Por sua vez, o local de trabalho é onde os actos de violência psicológica e de discriminação sociocultural acontecem com mais frequência.

A análise das trajetórias de violência mostra que geralmente este não é um acto isolado. Assim, cerca de um quarto das situações (22,5%) remete para uma trajetória de violência, sendo que 39% destes casos se prolongam por um período superior a dez anos. As reacções das vítimas geralmente são do tipo “passivo” (30,2%), seguida por “desabafar com outra pessoa” (30,2%), “evitar a situação” (14,2%) e a reacção mais explícita, de tipo violento (11,2%). O conjunto de situações em que as mulheres buscam auxílio na polícia, tribunal ou advogados e instituições como a APAV ou a CIDM é de 11,1%. Estes dados, quando comparados aos estudos anteriores já citados, mostram que está havendo uma alteração na conduta das mulheres vítimas (em 1997 e em 2003, o número de mulheres que buscava a polícia ou o sistema judicial era muito reduzido). Considerando que boa parte destes actos se referem à violência doméstica, considerada crime público, fica o questionamento do porquê estas mulheres se calam. Por outro lado, este “calar-se” e “não fazer nada” muitas vezes tem por detrás processos psicossociais complexos que se expressam em doenças de natureza psicossomática.

A análise comparativa das características socioculturais de vítimas e não vítimas mostra que existem algumas associações significativas com a vitimação. Assim, há uma maior percentagem de vítimas entre os 45 e 54 anos. Igualmente, há uma associação significativa com o estado civil, com uma maior probabilidade das vítimas possuírem “união de facto/juntas” e serem “separadas” e “divorciadas” (sendo que, nestas situações, a violência muitas vezes se refere a relacionamentos anteriores). Quanto à mobilidade geográfica, há uma maior probabilidade das vítimas terem nascido em distritos diferentes do que actualmente residem, o que pode ser também um indicador de maior fragilidade de suas relações sociais devido à mobilidade geográfica. Neste aspecto, a probabilidade de encontrar uma mulher vítima entre as que “não costumam falar e conviver com outras pessoas” é 50% superior do que entre as que não vivem tal isolamento. Os maridos e ex-maridos são os principais autores da violência contra as mulheres, surgindo com valores mais reduzidos outros familiares, a

entidade patronal e os desconhecidos (sobretudo quando o local é a rua e outros espaços públicos).

No que tange à relação entre saúde e violência, um primeiro indicador pode ser a constatação de que as mulheres vítimas têm maior probabilidade de recorrerem a Hospitais e Centros de Saúde do que as não vítimas. Na saúde física, a probabilidade das vítimas apresentarem equimoses e hematomas é 1,8 vezes superior do que as não vítimas, sendo os hematomas geralmente provocados na cabeça (provavelmente esta parte do corpo é um alvo privilegiado por permitir que as lesões sejam ocultas pelos cabelos). Igualmente, a probabilidade de haver feridas nas vítimas é dupla da verificada nas não vítimas, sendo os membros superiores os mais atingidos. Também a probabilidade de ocorrência de coma e hemorragias é superior entre as vítimas (1,9 vezes), ainda que a primeira situação tenha uma prevalência baixa no conjunto da amostra inquirida.

Em seguida, aparece um conjunto de outros indicadores (intoxicações, lesões genitais e obesidade) que, apesar terem valores menos expressivos quanto à diferença de probabilidade de ocorrência entre vítimas e não vítimas, representam entre 55% e 80% de maior probabilidade de surgirem entre as vítimas. Assim, as intoxicações estão presentes em 83,7% das vítimas e em 9,1% das não vítimas; as lesões genitais em 87,2% das vítimas e 7,4% das não vítimas e a obesidade em 87,9% das vítimas e 7,7% das não vítimas. Por fim, existe um conjunto de sintomas, doenças e lesões que estão estatisticamente associados à vitimação, ainda que com valores menos expressivos do que os anteriores, sendo a probabilidade de ocorrência entre as vítimas superior quando comparada a das não vítimas: asma e queimaduras (46% maior), palpitações (44% maior), tremores (43% maior), colite (42% maior), cefaleia, vômitos frequentes e sensação de aperto na garganta (40% maior), dermatite, úlcera gastro-duodenal e dificuldades respiratórias (37% maior), sudação e peso/dor na zona abdominal (36% maior), dor/pressão no peito (30% maior), náuseas (29% maior), hipertensão arterial, vertigens e secura da boca (26% maior) e insónias (24% maior). E, ainda que com características diferentes dos indicadores analisados anteriormente, a probabilidade de modificação do desejo/resposta sexual é 1,6 vezes superior entre as vítimas.

No que diz respeito ao nível de saúde psicológica, os valores obtidos são particularmente expressivos. Nos indicadores cuja probabilidade de ocorrência entre as vítimas é maior do que entre as não vítimas, destacam-se a auto-mutilação, as tentativas de suicídio, ideação suicida, pânico, ideias delirantes, outros comportamentos destrutivos,

alucinações auditivas e visuais, fobias e medos excessivos, falta de esperança e sentimento de solidão, sendo estes dois últimos indicadores os que apresentam os valores mais elevados na amostra inquirida (34,2% e 45%, respectivamente), com uma probabilidade 1,6 vezes superior entre as vítimas. Concluindo, os resultados deste inquérito indicam que é mais provável encontrar sintomas e outras manifestações de doenças físicas e psicológicas entre as mulheres vítimas do que entre as não vítimas.

Em 2003, sob orientação da Dr.<sup>a</sup> Carla Machado, Cátia Ferreira concluiu uma investigação de Mestrado em Psicologia na Universidade do Minho onde analisou o discurso de juízes sobre a violação. Fundamentando-se no Construcionismo Social e utilizando a *Grounded Theory*, foram realizadas entrevistas com oito juízes com experiência em casos de violação. As conclusões do estudo indicam que a definição de vítima assume diferentes formas, representadas em diferentes níveis discursivos, baseados na experiência pessoal e profissional dos juízes, bem como influenciadas social e culturalmente pelo que se descreve e prescreve para a figura de vítima. Uma vez que a investigação partiu de questões relativas à violação sexual (e não ao abuso), era esperado que os participantes se centrassem na vítima adulta, o que não aconteceu. O único consenso parece ser o facto de a vítima geralmente conhecer o ofensor, assim como a pertença a um meio socioeconómico baixo.

O facto de ser mais fácil aos entrevistados descrever a vítima como uma criança/adolescente vai ao encontro da ideia de que o conceito de vítima está intimamente relacionado com a construção social de um “ideal de vítima”, a qual corresponde a uma menor de idade, cujas características de inocência e vulnerabilidade a colocam em uma situação em que dificilmente se possa conceber que não seja completamente irresponsável pelo mal que lhe foi infligido. A noção de inocência, neste caso, está associada à inexperiência sexual, a qual define a impossibilidade de desejar o acto sexual. Já no caso da mulher adulta, os participantes entendem que não acontece o mesmo, uma vez que esta sabe que certos comportamentos podem suscitar nos homens o desejo sexual (o que, na nossa sociedade, é arriscado). Para que a mulher adulta seja enquadrada na categoria de “vítima ideal” é preciso cumprir certos requisitos adicionais: ter em atenção por onde anda, as horas que escolhe para andar sozinha, não deve ignorar as normas de comportamento e nem o tipo de pessoas com que se associa. A esta vítima “perfeita” é associado um ofensor que corresponde a um estranho, que surge inesperadamente e pratica um ataque violento.

Portanto, os estereótipos são visíveis: a contribuição da vítima apenas é percebida como nula em circunstâncias muito particulares e pouco frequentes.

Por outro lado, a avaliação da contribuição é realizada por factores que vão além do comportamento manifestado pela mulher, tal como a imagem associada a seu estado civil, onde o facto de ser casada exclui a possibilidade de sentir o mínimo desejo por um estranho que a aborde na rua. Trata-se de uma indisponibilidade sexual inferida pelo seu envolvimento amoroso estável, assim como o pode ser pela sua idade ou virgindade. Prevalece, portanto, a ideia de que “às boas meninas não lhes acontece nada de mal” e, se acontecer, merecem empatia incondicional. Esta definição de “vítima ideal” parece estar por detrás do facto de os participantes insistentemente desviarem o discurso para a vítima menor sempre que falam em vítima. O que parece tornar a mulher adulta “menos ideal” enquanto vítima não é tanto a capacidade de resistência, uma vez que aceitam que, perante uma situação de medo ou ameaça, uma mulher opte por não resistir sem que isso sirva como argumento para justificar consentimento. A diferença está na experiência sexual, onde a respeitabilidade da vítima, avaliada a partir de sua vida sexual, está associada a uma menor atribuição de responsabilidade pelo crime.

Em oposição a esta “vítima ideal”, está a “vítima culturalmente legitimada”, isto é, aquela que é responsabilizada pelo crime. Apesar de afirmarem que a existência do crime é inegável, os juizes entrevistados consideraram que, em certos casos, a gravidade é atenuada e as reacções com relação à vítima mais atenuadas. Este tipo de vítima é descrita como uma mulher adulta, solteira, com experiência sexual e que frequenta bares e se envolve em relacionamentos amorosos menos “sérios”. Nestes casos, o agressor é alguém conhecido, muitas vezes com um relacionamento amoroso anterior. Também são incluídas situações em que a mulher manifesta um interesse explícito pelo agressor, adoptando comportamentos de sedução que não se adequam à imagem de “boa menina”. Desta forma, o comportamento sedutor da mulher infere um consentimento para o acto sexual, podendo ser justificada ou menos condenada a imposição deste acto.

O “típico violador” é descrito em relação ao tipo de vítima que os entrevistados têm em mente. Assim, é um estranho que ataca repentinamente a vítima quando se recorre ao imaginário da violação como crime brutal. Por outro lado, o violador conhecido da vítima é atribuído a situações em que a mulher não se enquadra consensualmente no estereótipo de vítima e, portanto, não está completamente inocente, o que corresponde à maioria dos casos.



Nestas situações, a gravidade do crime não será tão intensa quanto na situação anterior (que raramente aparece nos Tribunais). Portanto, os crimes de maior incidência são justamente os que acabam por ser menos condenados socialmente. A experiência profissional dos entrevistados os leva a afirmar que o ofensor não se apresenta como um doente ou psicopata; pelo contrário, é alguém semelhante ao resto da população. Contudo, mais uma vez, o discurso social faz surgir nos discursos dos juízes uma outra imagem de criminoso que nem sempre corresponde claramente à realidade: apesar de identificarem a “vítima típica” como uma menor de idade, o violador típico que descrevem não se aplica a esta vítima. Assim, a violação de menores é percebida como praticada por alguém próximo, que vive na mesma casa, é casado e partilha um ambiente de promiscuidade com a criança. Contudo, quando solicitados a descrever as características do típico violador, geralmente apresentam a imagem de um indivíduo excluído da sociedade, com poucas realizações pessoais e profissionais e, por isso, com dificuldades em estabelecer relações de intimidade, o que corresponde à imagem do agressor desconhecido da vítima (adulto ideal). Por outro lado, o violador conhecido da vítima, que desrespeita a vontade da mulher por se considerar neste direito (o violador que corresponde à vítima “menos perfeita”) não é referido, apesar de ser uma imagem mais próxima da generalidade das pessoas. Outro factor que leva os participantes a crer que os violadores são portadores de características internas diferenciadoras dos demais é o facto de a maioria não acreditar na sua reabilitação, sendo o sistema prisional o mais adequado para lidar com eles.

Percebe-se, deste modo, que há uma diferenciação entre “nós” (juízes, pessoas “normais”) e “eles” (violadores, com características internas diferentes). Ainda assim, existem contradições nesta diferenciação, na medida em que, em certas circunstâncias, parecem tender a desculpabilizar ou “empatizar” com os ofensores. Na verdade, a maioria considera que o crime de violação deva ser atenuado no caso de a mulher, apesar de se recusar, ter provocado o agressor através do comportamento sedutor. Portanto, é aceite que a provocação feminina possa desinibir o violador, o que é visto como susceptível de acontecer com a maioria dos homens, o que representa uma incongruência com o que é defendido pela lei.

Quanto às diferenças nos discursos dos juízes de sexo feminino e masculino, há uma tendência do discurso das participantes femininas serem mais tolerantes com as vítimas de violação, o que é comprovado pelo facto de apenas as mulheres recusarem a noção de responsabilização da vítima, assim como questões relacionadas a sua experiência profissional.

Apesar de elas também terem identificado mais facilmente a vítima menor de idade como a “vítima ideal”, o facto de não darem tanta importância à virgindade ou suposta provocação da vítima pode sugerir que sua noção de “inocência” está mais afastada da questão da experiência sexual e mais relacionada com a vulnerabilidade perante o agressor. Do mesmo modo, apenas as juízas referiram a violação como um acto de exercício de poder, assim como a violência psicológica teve mais expressão no seu discurso. A recusa da responsabilização das vítimas também parece indicar uma atenção maior ao direito da mulher determinar livremente com quem e quando deseja manter relações sexuais, independentemente de seu comportamento, o que leva a crer que as juízas condenam mais severamente o comportamento do violador, não aceitando justificativas como a incontrolabilidade perante um estímulo sexual intenso. Do mesmo modo, manifestam uma maior tendência em se centrar exclusivamente na vontade expressa da vítima, deixando menos espaço para inferências quanto a sua personalidade ou motivações. Portanto, o discurso das juízas sugere uma menor tolerância para os crimes de violação.

Em 2004, Ana Sofia Alves Tello-Gonçalves concluiu sua investigação sobre as representações sociais de profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra as mulheres no Mestrado em Saúde Pública da Universidade de Coimbra. Entretanto, não foi possível localizar este trabalho.

Os anos seguintes apresentam um incremento no número de trabalhos académicos sobre a temática, em diversas universidades e domínios científicos, mostrando que esta é uma área ainda em expansão. Na Universidade do Minho, Ana Sofia Antunes das Neves, sob orientação da Dr.<sup>a</sup> Conceição Nogueira, defendeu o único trabalho que assume uma perspectiva declaradamente feminista, como o próprio título indica: “A (des)construção dos discursos genderizados sobre o amor, o poder e a violência nas relações íntimas: metodologias feministas na psicologia social crítica” (Neves, 2005). Trata-se de uma extensa investigação, composta por quatro estudos: grupos de discussão com mulheres residentes em casas de acolhimento para vítimas de violência na intimidade; entrevistas de histórias de vida com quatro mulheres participantes destes grupos; inquérito por questionário (Discursos sobre a Intimidade – Questionário de Auto-reflexão) a 450 mulheres estudantes e 11 vítimas de violência na intimidade e administração da “Escala de Auto-Silenciamento”, da autora Dana Jack, às mesmas amostras referidas. Importa destacar que este trabalho recebeu o “Prémio Mulher Investigação 2006 – Carolina Michaelis de Vasconcellos”, promovido pelas

Organizações Não-Governamentais do Conselho Consultivo da CIDM com o intuito de distinguir o melhor estudo de investigação e análise da situação das mulheres em Portugal.

Segundo a autora (Neves, 2005, p. 471), “este trabalho pretendeu constituir-se como uma proposta de ruptura com a psicologia tradicional, revisitando métodos e epistemologias alternativas [onde] a perspectiva feminista crítica promove leituras subjectivas da realidade social, considerando-a como um universo político, cultural e histórico (...)”. O propósito central da dissertação foi “dar voz” às mulheres, assumindo que a ciência psicológica vedou, durante décadas, seu acesso ao conhecimento científico. Desta forma, a investigadora pretendeu perceber até que ponto os discursos de género partilhados colectivamente contribuem para sustentar os discursos sobre o amor, o poder e a violência nas relações íntimas heterossexuais, procurando verificar se são ou não “discursos genderizados”.

Os resultados indicam que, de facto, são discursos claramente genderizados, no sentido em que sofrem influências de “*scripts* culturais” que balizam formas correctas de “ser mulher” e de “se dizer mulher”. Os modos femininos de fazer e viver a intimidade ainda são interpelados pelas exigências tradicionais, especialmente no que respeita à visão do amor. Contudo, os discursos das mulheres tendem a se tornar cada vez mais “a-tradicionais” no que diz respeito às questões de violência e poder, em direcção à igualdade entre os géneros. Assistimos, portanto, a uma fase de mudança geracional, onde as diferenças de género ditam modos díspares de experimentar a intimidade, levando as mulheres a assumirem o mito do amor romântico, mas este já não serve para justificar a desigualdade entre os sexos em termos de poder e violência. Esta mudança geracional se traduz na consciencialização das gerações mais novas face aos seus direitos relacionais, amando romanticamente, mas salvaguardando o seu lugar na relação.

Embora as estudantes continuem privilegiando o amor romântico e a emocionalidade como garantias de felicidade, a investigação constatou que existe uma parte considerável de mulheres que manifesta uma postura em prol da igualdade e da construção da intimidade em suas relações, especialmente nas mulheres mais jovens, que vivenciam relações de intimidade mais igualitárias. São também as mais jovens e com relacionamentos menos duradouros as que menos inibem suas necessidades pessoais, o que demonstra uma diminuta associação aos padrões femininos tradicionais. Igualmente, são as mais jovens, com parceiros também mais jovens, as que menos experimentam situações de desequilíbrio de poder e menos situações de violência. Entretanto, existem evidências de que a violência psicológica, física e sexual existe

especialmente nas mulheres com idades entre os 36 e 45 anos. Desta forma, o factor idade foi um elemento central em toda a investigação, indicando que, ao lado de outros factores, determina índices diferenciados de poder, amor, violência e igualdade nas relações íntimas. A faixa etária dos 36-45 anos constitui um factor de risco para a violência e a desigualdade, quer para as mulheres estudantes, quer para as vítimas de violência na intimidade, o que se coaduna com os dados estatísticos nacionais disponíveis. No que se refere às mulheres estudantes, este intervalo etário também é um factor de risco para o auto-silenciamento. Tais dados podem servir para o planeamento de acções de prevenção e sensibilização dirigidas a este público-alvo. Existem também evidências de que a duração da relação influencia as experiências das mulheres: nas estudantes, relações com duração entre 3-5 anos são as que apresentam indicadores mais consistentes de igualdade.

No caso das mulheres vítimas, os discursos sobre o amor, o poder, a violência e a igualdade ganham contornos diferentes do das estudantes, uma vez que experimentam menos controlo e maior desequilíbrio de poder, assim como se auto-silenciam mais do que as estudantes. As vítimas de violência são particularmente vulneráveis a experiências de iniquidade relacional, sendo que o facto de serem mais jovens ou de terem relações menos prolongadas no tempo não as impede de serem alvo de acções criminosas por parte de seus companheiros, embora as mulheres entre os 36-45 anos pareçam estar mais expostas à violência. O estado civil também parece intervir nos percursos, onde o facto de ser solteira, em ambos os grupos (estudantes e vítimas), protege-as um pouco mais das situações de desigualdade do que o facto de ser casada ou divorciada, embora no caso das vítimas este dado não seja tão marcante. Portanto, a formalidade das relações é um elemento facilitador da desigualdade, estando as solteiras menos vulneráveis a tais situações. O nível de habilitações literárias não se afigurou como variável muito significativa para as análises efectuadas, ao contrário do que acontece com a escolaridade dos progenitores e do parceiro. A escolaridade superior dos pais e mães das inquiridas contribuiu para uma diminuição do auto-silenciamento das filhas e a escolaridade superior dos parceiros interferiu também de forma positiva na autonomização das inquiridas.

As mulheres vítimas com idades entre 36-45 anos são as que se auto-silenciam menos, o que sugere que o facto de serem mais alvo de violência não significa que inibam mais suas necessidades. Esta evidência parece traduzir uma relação pouco significativa entre a violência e o auto-silenciamento, pelo menos nos casos em que a violência já está instalada.

De acordo com as cifras policiais e de dados de instituições de apoio, esta faixa etária também corresponde às mulheres que mais expõem suas situações de violência, o que pode indicar que estão mais centradas nas suas necessidades pessoais do que nas de seus parceiros e, portanto, se auto-silenciam menos. Portanto, esta idade pode ser um factor de risco para a violência, mas não um factor de risco para o auto-silenciamento, no caso das vítimas. O amor romântico tradicional é um dos mais sérios factores de risco para a cronicidade da violência no caso das mulheres vítimas. Contudo, a experiência da violência na intimidade é assinalada pelo sofrimento e angústia, tendo um grande impacto em todas suas áreas de funcionamento. Além disso, a violência na intimidade deixa consequências severas do ponto de vista físico e psicológico.

Como pistas para o futuro, a autora (Neves, 2005, p. 478) aponta ser fundamental o apoio responsável e eficaz às vítimas, o que passa pela politização dos espaços domésticos, onde a criação de uma consciência colectiva sobre o fenómeno e a adopção de estratégias activas de cidadania poderá fomentar a responsabilização social face à violência na intimidade. Também considera fundamental utilizar os espaços de intervenção terapêutica e social junto a mulheres vítimas de violência para capacitá-las quanto aos seus direitos e suas potencialidades, sendo os “grupos de tomada da consciência” ou o investimento nas terapias feministas ferramentas úteis para este fim. Adicionalmente, constata que a criminalização da violência na intimidade não tem sido suficiente para “mudar as mentalidades”, sendo urgente introduzir nos discursos sociais elementos educacionais que insurjam contra os sistemas patriarcais opressivos vigentes.

No mesmo ano de 2005, a violência contra as mulheres foi analisada nos *media* com a publicação da dissertação de mestrado em Ciências da Comunicação de Rita Joana Basílio Simões, na Universidade de Coimbra. Todavia, também não foi possível entrar em contacto com este material.

Na Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto, Cidália Duarte (2005) concluiu a tese de doutoramento intitulada “Percepções de Conflito e Violência Conjugal”. Com base em uma metodologia quantitativa, o estudo propôs-se a analisar: a) as variáveis e dinâmicas relacionais subjacentes ao conflito e à violência conjugal, analisando as diferentes estratégias de resolução de conflito e de violência usadas pelos casais; b) estudar o papel que as variáveis género, nível socioeconómico e cultural, idade, parentalidade, religiosidade, duração da relação, padrões conjugais e estilos de vinculação possuem nessas mesmas estratégias; c) as

(des)continuidades entre os dois membros do casal no que concerne àquelas estratégias e comportamentos. Junto a 250 casais, foram utilizados o “Questionário de Vinculação Amorosa”, o “*Inventory of Specific Relationship Standards-III*”, a “*Conflict Resolution Inventory*”, a “*Non-Physical Abuse of Partner Scale*” e a “*Partner Abuse Scale*”. Dos resultados, destacamos que as mulheres se percebem como mais envolvidas nos conflitos (assim sendo também percebidas pelos homens), enquanto os homens se percebem como mais retirantes (reconhecidos da mesma forma pelas mulheres). O estilo de vinculação mais frequente nas relações românticas é o “seguro”, associado a estratégias construtivas de resolução de conflitos. As mulheres percebem seus companheiros como mais violentos em associação com o álcool e, finalmente, a centralidade dos padrões tende a diminuir com o tempo da relação, sugerindo que o tempo seja um facto pacificador das relações de intimidade.

Cátia Rodrigues (2005) apresentou à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto a dissertação de mestrado intitulada “Estudo de um Caso de Abuso Sexual à Luz da Fenomenologia”, na qual abordou questões relacionadas com o impacto que este crime causa na vítima, nomeadamente no modo como vivencia a sua experiência de vitimação. Pretendeu estudar também as principais alterações que as vítimas de crimes sexuais podem vir a manifestar, designadamente ao nível dos afectos e cognições, na postura adoptada, na adopção de comportamentos desviantes e outras alterações possíveis. Para tal, foram utilizadas entrevistas e alguns documentos escritos por uma jovem do sexo feminino que foi vítima de abuso sexual na adolescência, material obtido em contexto de consulta psicológica. Nas conclusões, a autora sugere que se abordem em estudos futuros aspectos como mitos frequentemente associados às vítimas de crimes sexuais, a atitude e o papel que as comunidades locais e os respectivos serviços implicados devem adoptar perante vítimas de crimes sexuais (comunicação interdisciplinar de modo a evitar a vitimação secundária) e trabalho junto a familiares e amigos da vítima a fim de evitar a vitimação vicariante.

Ainda em 2005, na Universidade Nova de Lisboa, Zélia Maria Barroso apresentou uma análise sociológica dos casos de violência detectados nos Institutos de Medicina Legal de Coimbra e do Porto, cujo resultados preliminares deste estudo foram apresentados em Lisboa, Barroso e Marteleira (2003)<sup>20</sup>. Neste mesmo ano, na Universidade do Porto, temos a dissertação de mestrado em Sociologia de Maria Joana Vinagre Marques da Silva Patel

---

<sup>20</sup> Uma vez que estes dados já foram aqui apresentados, não serão retomados.

intitulada “Família, Trabalho e Relações Conjugais: Perspectivas de Dominação e de Igualdade no Feminino e no Masculino”, com a qual não pudemos contactar.

No ano 2006, Ana Rita Conde Dias apresentou a dissertação de mestrado em Psicologia Clínica na Universidade do Minho sobre os discursos culturais sobre a mulher, relações de género e violência conjugal, mais especificamente os retratados na imprensa não jornalística (revistas). Partindo de uma abordagem cultural, dos estudos de género e do construcionismo social, a autora analisou uma amostragem de 10 revistas nacionais voltadas para o público feminino, juvenil, masculino e geral ao longo de 40 anos (1965-2005), de forma a incluir materiais correspondentes a diferentes fases significativas do percurso histórico-político do país. Foram seleccionadas as revistas de maior tiragem/acessibilidade durante cada período, tendo como critério os seus diferentes públicos-alvo. O objectivo era realizar uma análise crítica dos discursos mediáticos acerca das relações de género e das construções/definições de género subjacentes à violência conjugal. As conclusões apontam que as relações de conjugalidade/amorosas (casamento, vida em comum, sexualidade, amor e namoro) são a principal agenda mediática ao longo dos 40 anos abrangidos na análise comparativamente a outros temas, como o trabalho ou a análise crítica da situação da mulher. De acordo com a pesquisadora, o foco na temática da conjugalidade traduz a tendência para situar e centrar a mulher preferencialmente numa esfera familiar restrita, distanciando-a das esferas pública e social. Foi constatada a existência de três períodos distintos no discurso mediático:

(i) os anos de 1965 e 1970, caracterizados por um forte discurso tradicional sobre a mulher e as relações de género, remetendo-a essencialmente para a esfera privada (mãe, dona de casa e esposa) e restringindo sua actuação em outras esferas e sua liberdade. Reflete o contexto político ditatorial e traduz a defesa de uma ideologia patriarcal explícita perante um crescente desconforto face aos sinais internacionais de mudança dos paradigmas relacionais;

(ii) o ano de 1975, que se caracteriza pela sua especificidade, com um discurso crítico e reivindicativo quanto à posição, direitos e estatuto da mulher a todos os níveis, traduzindo o clima revolucionário e reflectindo um período de grandes transformações sociais no que se refere ao estatuto da mulher;

(iii) de 1980 a 2006, caracterizado pela ambiguidade e multiplicidade, com co-ocorrência de noções tradicionais acerca da mulher e das relações de género, que se

mantiveram desde o primeiro período temporal, a par de inúmeras transformações que se foram introduzindo ao longo dos anos, reflectindo uma sociedade em permanente mutação, perdida entre a nostalgia do passado e a fragmentação das alternativas na actualidade.

Portanto, existem continuidades, descontinuidades e rupturas no discurso. As continuidades provocam o questionamento sobre a dimensão real das transformações, sendo verificadas essencialmente nas temáticas relacionadas com as relações de conjugalidade/amorosas e a maternidade. A definição de feminilidade permanece associada preferencialmente à esfera familiar e relacional e o discurso parece constranger sua vivência a estes domínios, na medida em que veicula a noção de que sua felicidade e realização pessoal residem na maternidade e conjugalidade. As transformações no discurso são mais visíveis na temática do trabalho, na análise da situação da mulher e na sexualidade, acabando por acarretar duplos padrões de exigência à mulher, continuando a assentar-se numa clara assimetria de género em todos os domínios.

No domínio conjugal/familiar, apesar da maior flexibilidade nas relações, continua a existir a expectativa de que a mulher mantenha uma relação estável e duradoura, o que implica a aceitação de vários constrangimentos em prol da vida familiar (ao nível pessoal e da relação, mas também no campo profissional e social). No profissional/social, apesar do trabalho feminino surgir como algo esperado e desejado e de ser explicitado que a mulher deve ser mais activa, há um discurso “de risco” sobre estas matérias: por um lado, são áreas que não são suficientes para a realização feminina, implicando até ameaças de perda de feminilidade e, por outro, a intervenção nestes domínios recorrentemente é associada a dificuldades e obstáculos na conciliação com o seu “contexto natural” (casa/família), constituindo forte conflito e tensão para a própria mulher. Actualmente, e em contraste com os primeiros anos, a sexualidade feminina é conotada positivamente. No entanto, há uma exigência de “dosar” sua vivência: deve ser sexualmente activa, mas no contexto de uma relação de amor/afecto. Pode possuir vários parceiros (sequenciais), mas ficará sujeita à crítica social e à necessidade de sua ocultação. Deve ter iniciativa e ser experiente, mas, simultaneamente, recatada e passiva.

A assimetria de género está no facto destas ambiguidades serem formuladas no feminino, dado que as hipotéticas dificuldades e constrangimentos são apenas associados à mulher, sendo, portanto, sofridas apenas por ela. Destacam-se também as ambiguidades com que as mulheres são representadas e as transformações em seu estatuto e papel na sociedade,



ao mesmo tempo em que existe uma continuidade do estereótipo masculino como “D. Juan”, apenas pontualmente acompanhado de referências a novos papéis e expectativas. Logo, as transformações sociais e culturais ao nível das relações de género não foram tão profundas quanto uma análise superficial poderia indicar. De modo geral, o discurso mediático não rompeu com a definição tradicional de feminilidade. À excepção do período de 1975, as revistas femininas não apresentam discursos que procuram romper com a perspectiva tradicional, continuando a veicular a associação da realização da mulher ao contexto da conjugalidade e maternidade, impondo o ideal de “super-mulher”, capaz de conciliar responsabilidades familiares, profissionais, sociais e pessoais. No entanto, a autora considera que esta tensão também pode abrir outras alternativas para a construção da feminilidade e novas possibilidades para o questionamento dos modelos tradicionais e dos papéis de género.

No que se refere à violência conjugal, a autora constata uma escassa representação e problematização por parte do discurso mediático, o que a leva a hipotetizar que traduz o legado da privacidade do problema e de uma cultura tolerante face à violência contra a mulher. Há, por um lado, uma representação patologizante e situacional da agressão masculina e a sua associação à dimensão passional, o que leva à sua legitimação ou desresponsabilização. Por outro lado, há uma exploração de novos ângulos para o problema, que acaba por obscurecer a violência mais típica, isto é, a perpetrada pelo masculino e sofrida no feminino. Este efeito de obscurecimento da violência dominante no mundo social é reforçado pela forma mais negativa e "demonizada" com que é retratada a violência praticada por mulheres. Portanto, os discursos dos *média* sobre as temáticas acima analisadas também influenciam/constrangem a vivência de violência conjugal. Nos primeiros anos, foram identificadas várias crenças que têm sido apontadas como relacionadas à violência, tal como a “santidade” e a privacidade tradicional da família, a autoridade do marido como chefe da família e a submissão feminina. Tais crenças contribuíram para a ocultação do problema, fazendo com que o tema da violência conjugal não tenha aparecido no primeiro período. Entretanto, na actualidade ainda existem crenças que contribuem para esse ocultamento, tal como a associação da violência à passividade/amor e o discurso “romantizado” sobre as relações de amor/conjugais, que podem reforçar a tolerância por parte da vítima e legitimar seu uso pelo agressor. A associação da felicidade/realização feminina ao contexto das relações pode influenciar a mulher a manter-se na relação abusiva, não só para sustentar a relação, mas também pela responsabilidade que recai sobre ela quando a relação fracassa. Do mesmo modo, a ênfase na maternidade pode levá-la a manter-se na relação em prol dos filhos,

enquanto a associação do homem ao exercício de poder pode levá-lo, em situações que coloquem em causa esta imagem, a usar a violência como forma de restabelecer sua “masculinidade.

Por fim, os *média* analisados não parecem contribuir para uma maior consciencialização social face ao problema da violência conjugal. Apesar de uma maior visibilidade, o discurso mediático não veicula uma noção do problema como uma questão pública e social. Na verdade, parte do discurso remete a responsabilidade de acabar com a violência para a mulher vítima (ajudar o marido/deixar a relação). Deste modo, as raízes sociais do problema permanecem obscurecidas, desresponsabilizando a sociedade da obrigação de agir em prol da mudança. Ainda assim, a autora reconhece que a multiplicidade e a diversidade de significados veiculados sobre a feminilidade e as relações de género poderá ter também repercussões nas vivências de violência conjugal.

Na Universidade do Porto, Luísa Sousela apresentou no ano de 2006 a dissertação intitulada “Violência Conjugal Feminina: Contextos, Motivos e Consequências” para a obtenção do título de Mestre em Psicologia do Comportamento Desviante: Violência, Crime e Vítimas (Sousela, 2006), abordando a violência conjugal praticada por mulheres. Foram realizados dois estudos, um quantitativo e outro qualitativo. O estudo quantitativo teve como base um estudo epidemiológico prévio realizado por Carla Machado (2005, citado por Sousela, op cit), cujos dados foram recolhidos a partir de quatro escalas: Inventário de Práticas Educativas, Escala de Crenças acerca da Punição Física, Inventário de Violência Conjugal e Escala de Crenças Sobre Violência Conjugal. Os participantes que constituem a amostra global foram seleccionados através de um processo de quotas definidas pelo Instituto Nacional de Estatística de acordo com a população das seguintes regiões geográficas: Minho-Lima; Cávado, Grande Porto, Ave; Tâmega; Entre-Douro e Vouga; Douro e Alto Trás-os-Montes, compondo um total de 2391 sujeitos. Apenas um elemento por casal respondeu ao inquérito, individualmente ou com ajuda do investigador, em casos de particular necessidade.

Os resultados deste primeiro estudo indicam que, ao tomar a violência conjugal como um todo (isto é, violência física, emocional e sexual), os homens são mais agressores do que as mulheres. Apesar de grande parte da prevalência de violência conjugal encontrada no estudo englobar o abuso emocional (23,7% dos agressores e vítimas 20,8%), a análise centrou-se nos maus-tratos físicos. Neste aspecto, são os homens que cometem mais agressões físicas (incluindo nesta a agressão sexual), contrariando os resultados de estudos de

sociólogos do conflito familiar norte-americanos (como Strauss, 1993 e Gelles & Strauss, 1980, citados por Sousela, op cit) que apontam para um equilíbrio de género na perpetração feminina de violência íntima física (ou seja, as mulheres cometeriam actos de violência física contra seus parceiros na mesma medida do que os homens). Na amostra do estudo, limitada ao norte de Portugal, houve uma diferença bastante significativa entre os sexos, onde os homens são os que mais admitem praticar actos de violência contra suas companheiras e as mulheres são as que se consideram mais frequentemente vítimas deste problema. Apesar de não haver outros estudos análogos, estes dados são compatíveis com o que vem sendo assinalado nas estatísticas da APAV, podendo indicar que prevalece no país uma estrutura familiar de cariz patriarcal, onde o homem se impõe através da força física, o que pode reflectir uma aceitação cultural da violência como forma de resolução de conflitos e de controlo da relação conjugal.

Analisando particularmente os tipos de violência e vitimização física encontradas (severa ou leve), são os homens que mais admitem cometer actos de violência física leve (como dar bofetadas ou atirar objectos à outra pessoa). Da mesma forma, foram as mulheres que mais admitiram serem vítimas deste tipo de agressão. Contudo, com relação à violência física severa, não existem diferenças significativas entre os sexos (ou seja, homens e mulheres declaram praticar actos de violência física severa em igual medida). Por outro lado, ao analisar apenas a violência sofrida (comportamentos relatados como tendo sido perpetrados contra si pelo/a companheiro/a), são as mulheres que mais admitem terem sido vítimas de violência física severa, com uma diferença bastante significativa e acentuada. Há, portanto, uma aparente contradição: os níveis de perpetração de violência física admitidos são idênticos em homens e mulheres, enquanto os níveis de vitimação relatada são significativamente mais acentuados para as mulheres. Todavia, esta contradição pode revelar um efeito do auto-relato, onde outros estudos indicam que os homens tendem a sub-reportar os comportamentos de violência praticados, assim como minimizar a severidade das agressões causadas, o que pode se relacionar ao facto de tratar-se de um comportamento socialmente inadequado.

O efeito do auto-relato também parece ter interferido nas respostas quanto às consequências da violência física exercida por ambos os sexos. Quando se trata de admitir que se provocou este tipo de ferimento no/a parceiro/a, não existe qualquer diferença entre os sexos, o que poderia sugerir que ambos provocam ferimentos com ou sem necessidade de assistência médica no/a parceiro/a de forma equilibrada. Por outro lado, os índices de

vitimização relatada mostram diferenças significativas, sendo as mulheres as que mais assumem sofrer sequelas físicas decorrentes da violência, sejam elas com ou sem necessidade de assistência médica. De acordo com a autora (Sousela, 2006), tais conclusões vão ao encontro do que é defendido pelas teorias feministas: mesmo tendo em conta que as mulheres podem se tornar fisicamente maltratantes, o impacto da violência exercida pelos homens é mais acentuado, sendo as mulheres quem mais recorre ao sistema médico e jurídico na sequência da vitimação. Desta forma, os resultados contrariam os achados de estudos epidemiológicos realizados por sociólogos do conflito familiar, os quais defendem a existência de uma simetria entre géneros quanto à perpetração da violência íntima, pois, no presente estudo, de modo geral os homens surgem como mais violentos. Os homens também são os que apresentam, de modo significativamente mais elevado do que as mulheres, comportamentos com a intenção de assustar, coagir ou controlar a companheira, tendo sido verificada uma relação significativa entre exercício da violência física e controlo coercivo, o que, mais uma vez, confirma as teorias feministas.

Isolando o grupo de mulheres que se assumiram como agressores (138 mulheres, o que corresponde a 11,2% das participantes femininas e 5,8% da amostra global), constatou que a maioria possui um nível de instrução e profissional baixo, assim como um nível socioeconómico baixo, distribuindo-se de modo relativamente equilibrado em todas as faixas etárias e sendo provenientes principalmente das zonas do Grande Porto, Tâmega e Ave. Deste modo, confirmou-se que a violência está relacionada à pobreza, embora esta relação não possa ser estabelecida de modo causal, estando mais associada ao facto de a violência ser mais visível nesta camada e a problemas como a precariedade do emprego, baixo nível de instrução, criminalidade, dificuldades económicas ou alcoolismo, os quais podem ser precipitantes de situações de violência conjugal, ainda que este seja um fenómeno que perpassa todas as classes sociais, podendo ser menos visível ou menos admitido por pessoas de níveis socioeconómicos mais altos devido ao efeito da desejabilidade social. Ainda assim, é considerável o número de ofensoras de nível socioeconómico alto encontrado no estudo (cerca de 30% das ofensoras).

A maioria da violência exercida pelas mulheres é considerada leve (94%), expressando um tipo de violência possivelmente mais expressiva, de natureza reactiva e que não controla a dinâmica da relação conjugal, o que é confirmado pelo facto de a maioria das ofensoras físicas (78,8%) relatarem ser alvo de violência física, com correlações estatísticas entre ser

agressora física e ser vítima de violência física, assim como ser ofensora leve e sofrer violência leve. Deste modo, grande parte da violência física admitida pelas mulheres era bidireccional ou mútua, concordando em parte com os já referidos teóricos do conflito familiar. Paralelamente, pelo facto de se tratar de agressões leves, pode-se estar diante de uma forma comum de violência entre parceiros a que Johnson (citado por Sousela, op cit) chama de “violência situacional entre o casal”, uma resposta violenta mais leve, intermitente e com maior probabilidade de ser recíproca, normalmente em resposta a conflitos pontuais. Com relação às ofensoras físicas severas, apesar de serem um número muito menor, também são, na sua maioria, vítimas de violência física severa, existindo uma correlação entre perpetração e vitimização deste tipo de ofensas, o que pode indicar uma bidireccionalidade ou mutualidade na violência exercida pelas mulheres. Tais dados indicam a existência de uma “resistência violenta”, ou seja, uma resposta a retaliações do parceiro. Por fim, o número de “ofensoras puras”, isto é, mulheres que admitem praticar violência física contra seu companheiro sem admitir sofrer violência é muito reduzido (22, correspondendo a 0,92%). Destas, apenas 10 (cerca de 0,4% da amostra total) foram consideradas ofensoras puras severas, o que mostra que existem mulheres que podem agredir na ausência de agressão prévia e que tentam controlar o seu parceiro com recurso a violência severa, mas este número é muito inferior ao dos homens em igual situação.

Procurando aprofundar estes achados, foi realizado um segundo estudo, qualitativo, com recurso a entrevistas a mulheres ofensoras e fundamentado na *Grounded Theory*. Primeiramente, a pesquisadora tentou contactar mulheres consideradas como agressoras físicas integrantes da amostra do estudo quantitativo. Contudo, devido à indisponibilidade da maioria das contactadas (apenas duas aceitaram conceder a entrevista), foi preciso recorrer a mulheres acompanhadas em instituições como a APAV do Porto (três entrevistadas) e a associação “Fraterna” de Guimarães (duas entrevistadas), compondo um total de sete mulheres sinalizadas como agredindo fisicamente os seus maridos ao longo da sua relação conjugal, independentemente do tipo ou motivo da agressão. Constatada a similitude discursiva acerca do tema neste grupo, foi contactada a Direcção-Geral dos Serviços Prisionais para localizar mulheres que tivessem provocado ofensas físicas letais aos seus maridos ou, eventualmente, “ofensoras puras”, isto é, que tivessem agredido os companheiros sem terem sido previamente agredidas por eles. O objectivo era introduzir alguma variabilidade nos discursos analisados, o que acabou por não ser totalmente sucedido, pois os discursos destas mulheres, apesar de algumas diferenças, mostraram-se bastante semelhantes.

Portanto, a amostra do estudo qualitativo é composta por 10 mulheres, sendo sete seleccionadas pela perpetração de algum tipo de violência física ao marido e três reclusas do Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo, sinalizadas por ofensas letais aos maridos.

Os resultados qualitativos e quantitativos mostraram-se concordantes quanto à perpetração da violência íntima feminina, inserindo-se de acordo com a posição da corrente teórica e metodológica feminista, concluindo-se que existe uma assimetria entre géneros na perpetração da violência íntima, a qual difere:

- No tipo: as mulheres cometem mais actos de violência menor ou leve, ao passo que os homens recorrem mais vezes a actos severos e à violência sexual;

- Na frequência: as mulheres agridem menos vezes que os homens;

- Na motivação: as mulheres, quando agridem, fazem-no como uma forma de auto-defesa, retaliação e resistência activa, enquanto os homens procuram mais o controlo e a dominação;

- No contexto elicitor do episódio: as mulheres agridem após a agressão inicial do marido, ao contrário dos homens, que agridem de forma continuada;

- Nas consequências da violência: o impacto físico decorrente da agressão feminina, quando existe, encerra usualmente pouca gravidade. Há, portanto, discrepâncias entre os ofensores e assimetria de género na perpetração da violência íntima, sendo que estas diferenças residem mais no tipo de metodologia utilizada do que na incorrecção das suas leituras. A componente qualitativa da investigação confirmou que a violência cometida pelas mulheres é maioritariamente do tipo “resistência violenta”.

Também em 2006, Paula Nogueira (2006) apresentou a dissertação de mestrado em Psicologia do Comportamento Desviante da Universidade do Porto sob o título "Esta e a tua casa, agora! Crianças, mulheres e violência: incursões etnográficas" cujo objectivo é desvelar o quotidiano de uma casa-abrigo. Através de uma etnografia institucional com carácter exploratório, procurou caracterizar uma casa-abrigo para mulheres e crianças vítimas de violência doméstica através da análise dos seguintes temas<sup>21</sup>:

---

<sup>21</sup> Infelizmente, através do resumo, não foi possível identificar mais informações sobre o estudo.

- “O que se faz lá dentro?”, e/ou “Hotel para Madames”, ou (Más)Dames: interação residentes-comunidade;

- Mais do mesmo? Institucionalização;

- Identidades partilhadas? Interação residentes-residentes;

- A ilusão da empatia: tríade comunicacional técnicos-funcionários-residentes;

- A ideia do “eterno retorno”: período pós-institucionalização.

Um último trabalho académico sobre mulheres e violência realizado em 2006 é de autoria de Marlene Alexandra Veloso de Matos (2006), apresentado ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho para a obtenção do título de Doutor em Psicologia. Trata-se de um estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher vítima de violência nas relações de intimidade, um desdobramento da dissertação de mestrado da autora, apresentada em 2000.

O estudo empírico buscava compreender como se constrói a mudança no contexto psicoterapêutico da mulher vítima de violência nas relações íntimas, tendo como amostra dez participantes e organizando-se em duas partes: o estudo dos resultados psicoterapêuticos, essencialmente quantitativo, e o estudo do processo terapêutico, quanti e qualitativo. Este último envolveu especificamente o estudo dos “resultados únicos” (RU) no contexto das sessões.

O primeiro estudo permitiu constituir dois grupos contrastantes (sucesso *versus* insucesso terapêutico) e concluir que a maioria dos casos que completaram a intervenção progrediu favoravelmente, já que houve uma cessação do abuso físico e sexual na fase inicial ou intermediária do processo. A evidência deste resultado em ambos os grupos revela que a eficácia a este nível não é garantia de êxito terapêutico, embora essa seja uma condição fundamental para que este ocorra e para que haja uma maior magnitude de mudança. Por sua vez, a interrupção da violência representa um desafio mais exigente para aqueles que intervêm na terapia, sobretudo quando a co-habitação se mantém. A esse nível, a autora conclui que a violência psicológica, num padrão de frequência rara, não compromete o sucesso. Porém, a sua frequência regular pode ajudar a explicar a diferença entre o sucesso e o insucesso terapêutico.

No segundo estudo, a autora concluiu que o poder dos RUs para construir mudança está relacionado com certas dimensões que estão associadas à sua narração: um movimento progressivo ao nível da frequência, da saliência e da diversidade dos RUs, uma clara elaboração narrativa e, ainda, o tipo de RUs narrados. A este propósito, a articulação entre os diferentes RUs possibilita a criação de um ciclo virtuoso de episódios únicos na terapia, o qual permite que a mudança se organize numa direcção mais favorável. Nesse sentido, diferentes ciclos de exploração de novidade (diversos tipos de RUs) são necessários para a construção da mudança. Reunidas essas condições, os RUs amplificam o seu potencial para criar algo novo na experiência do cliente, possibilitando a evolução dos episódios únicos para histórias preferenciais.

Assim, no plano terapêutico, o estudo corrobora a ideia de que narrar uma história acerca da experiência de maus tratos é importante, mas por si só pode não ser suficiente para construir uma realidade alternativa. As experiências de vida destas mulheres, no sentido mais amplo, devem ocupar um lugar central na psicoterapia, desde o seu início, e não apenas as manifestações do problema e as dificuldades que dele decorrem. É importante o terapeuta estar atento aos problemas e, simultaneamente, às suas excepções (aos RUs). Só dessa forma é que os encontros terapêuticos poderão contribuir para a construção da re-autoria. Se isso não acontecer, isto é, se o terapeuta prestar mais atenção ao problema do que às suas excepções estará, entre outros aspectos, a comprometer a validação de narrativas alternativas. O estudo destaca, em particular, a relevância clínica dos RUs serem narrados, reconhecidos, validados e amplificados na conversação terapêutica. Outra das evidências deste trabalho relaciona-se com o facto de a construção da mudança terapêutica não se ter processado de forma universal para o conjunto de mulheres que experimentaram os maus-tratos do parceiro. Por exemplo, a evolução do grupo com sucesso envolveu trajectos muito diversos e, por isso mesmo, originais entre si. Embora comungassem de muitos aspectos (e.g., em termos de frequência, saliência, diversidade de RUs), cada uma dessas participantes construiu o seu percurso, de forma mais ou menos amplificada. Assim, independentemente da sua trajectória nas sessões, o mais importante é que os RUs adquiram potencial de mudança ao longo da terapia.

Na busca pelas principais investigações sobre mulheres e violência em Portugal, identificamos também um importante relatório sobre a situação de Portugal face à violência doméstica praticada contra as mulheres apresentado pela Amnistia Internacional (Alvim, 2006). Reunindo informações teóricas e dados sobre o registo de ocorrência de violência



doméstica no período compreendido entre 2004 e 2005, também analisa as informações sobre mulheres imigrantes, ilegais, contrabandeadas ou traficadas residentes em Portugal (os quais não serão aqui discutidos). Dados oficiais apresentados pelo Gabinete de Política Legislativa e Planeamento (GPLP), do Ministério da Justiça, relatam que, em 2004 houve a ocorrência de 860 processos relativos ao crime de maus-tratos ao cônjuge ou análogo(a), tendo sido condenados 460 arguidos (ou seja, um pouco mais da metade do total de ocorrências). Com relação aos crimes de maus-tratos, sobrecarga de menores, incapazes ou do cônjuge; maus-tratos de menores, pessoas indefesas ou cônjuge e infracção de regras de segurança, foram registadas 9022 ocorrências, das quais 8226 foram perpetradas por pessoas do sexo masculino e 1083 por pessoas do sexo feminino. As autoridades que regularmente recebem as queixas e as denúncias do crime de violência doméstica são a Polícia de Segurança Pública (PSP), a Guarda Nacional Republicana (GNR) e a Polícia Judiciária (PJ)<sup>22</sup>. Contudo, mesmo com os esforços efectuados por estas instituições no sentido de se qualificarem para receberem e acompanharem melhor as situações de violência doméstica, a maioria das queixas são apresentadas unicamente a ONG's e outras associações. Portanto, os números acima dizem respeito apenas a uma parcela do total de situações, sendo necessário relacioná-los também aos dados disponibilizados por outras instituições.

Por último, referimos o estudo realizado sobre os atendimentos prestados pelo “Serviço de Informação às Vítimas de Violência Doméstica” (linha telefónica gratuita gerida pela Delegação Regional Norte da CIDM), onde identificou-se que as principais usuárias são as próprias vítimas, maioritariamente mulheres casadas ou a viver em união de facto, domésticas, trabalhadoras não qualificadas ou ligadas à prestação de serviços, ainda que as desempregadas se apresentem em percentagens mais elevadas. As vítimas e ofensores se encontram frequentemente na faixa etária dos 34-44 anos. Os agressores frequentemente são consumidores excessivos de álcool e uma elevada percentagem das vítimas é alvo de violência há vários anos. Uma vez que, frequentemente, não se vêem como vítimas de crimes, estas mulheres apresentam um grande processo de culpabilização, humilhação e degradação, receando em denunciar o agressor por medo, falta de informação, escassez de recursos económicos, ausência de apoio familiar, desconfiança das instituições, esperança de que o companheiro venha a mudar, vergonha de confessar publicamente o comportamento do cônjuge e receio de perder a guarda dos filhos (CIDM, 2004).

---

<sup>22</sup> Uma vez que as informações sobre o registo de ocorrências nestas instituições dizem respeito aos anos 2003 e 2004, não serão aqui compiladas. Ver informações mais actualizadas adiante.

## **2.7 Principais instituições portuguesas vocacionadas para o atendimento de casos de violência doméstica contra mulheres**

Conforme já vimos, a emergência do tema da violência doméstica em Portugal ocorreu apenas após a Revolução de 25 de Abril de 1975, quando grupos de mulheres passaram a invocar, com maior visibilidade pública, temas relacionados com as mulheres e as desigualdades quanto ao género<sup>23</sup>. Em outros países, estas questões - e, principalmente, o problema da violência contra as mulheres - foram discutidas pelos movimentos feministas já nas décadas de 1960 e 1970. Em Portugal, porém, este movimento foi mais tardio, principalmente devido ao “fechamento” vivido pelo país durante os anos do regime fascista. Os anos 1960 foram de ditadura e, os 1970, de construção da democracia, que exigia outras preocupações, com interesses por problemas sociais mais visíveis. Desta forma, apenas a partir de meados de 1980 a violência doméstica entrou na arena da discussão pública, adquirindo maior intensidade na década de 1990. Este foi um período de maior fôlego para tais discussões, em parte favorecidas pelo ingresso do país na Comunidade Europeia, beneficiando-se dos apoios financeiros e do maior diálogo com organizações estrangeiras mais desenvolvidas (APAV, 2003).

O papel desempenhado pela CIDM, instância governamental dedicada à igualdade de direitos e oportunidades para as mulheres, já foi apresentado. Cabe agora percorrermos o desenvolvimento de outras associações e organizações não-governamentais - algumas declaradamente feministas, outras mais vocacionadas para temas específicos - que actualmente se dedicam ao enfrentamento da violência contra as mulheres em Portugal.

Antes dos anos 1970, as principais instituições que desenvolviam algum trabalho de apoio a “mulheres em risco” estavam ligadas a institutos religiosos de monjas. Contudo, seu foco era mais voltado para “mulheres prostituídas” e “mães solteiras”, alargando seu âmbito de actuação para a violência doméstica sobretudo a partir dos anos 1990. São exemplos a Congregação das Religiosas do Santíssimo Sacramento e da Caridade (Irmãs Adoradoras) e a Congregação de Nossa Senhora da Caridade do Bom Pastor (Irmãs do Bom Pastor) (APAV, 2003).

Na década de 1980, o debate sobre as questões ligadas às vítimas de crime e o apoio que o Estado e a sociedade civil deviam prestar-lhes se fez sentir por toda a Europa. Nesta

---

<sup>23</sup> No Capítulo 3 aprofundamos o desenvolvimento do movimento feminista em Portugal.

sequência, em 1990 foi fundada a **Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV)**, com a finalidade de proteger e apoiar as vítimas de crimes através de apoio jurídico, psicológico e social prestado na sua Rede Nacional de Gabinetes de Apoio à Vítima, espalhados por todo o país, e de seus Centros de Acolhimento (APAV, 2003).

Na sua primeira fase, a APAV se desenvolveu apostando em duas linhas concretas de acção: a criação e manutenção de uma rede mínima de Gabinetes de Apoio à Vítima (GAV), apoiada numa rede de voluntariado social; e a cooperação com as instituições públicas e privadas existentes. Oito anos após sua implantação, a APAV passou por uma revisão do modelo vigente através do estabelecimento de um Panejamento Estratégico. Entrou, assim, numa fase de maturidade da vida associativa. Nos últimos anos, a nota dominante tem sido a multiplicação das actividades desenvolvidas através da realização de um conjunto de projectos e parcerias com outras instituições, quais sejam: formação de seus recursos humanos e de técnicos de outras instituições (com acreditação do Instituto para a Qualidade na Formação, IQF), desenvolvimento de projectos nacionais e internacionais de investigação e informação, realização de campanhas de sensibilização da opinião pública e desenvolvimento de uma rede nacional de Casas de Abrigo para mulheres e crianças vítimas de violência. Actualmente, sua rede de serviços é composta por 14 Gabinetes de Apoio à Vítima; pela rede nacional de casas abrigo (duas unidades em funcionamento) e da Unidade de Apoio à Vítima Imigrante e de Discriminação Racial ou Étnica (UAVIDRE). Além disso, anualmente a APAV divulga dados estatísticos dos atendimentos prestados nas suas instalações, constituindo, ao lado das estatísticas criminais, uma das principais fontes de informação sobre o problema no país (APAV, 2006).

De acordo com o relatório referente aos atendimentos realizados nos Gabinetes de Apoio à Vítima em 2006, foram registados mais de 15 mil crimes, tendo 85% ocorrido no contexto de violência doméstica, distribuindo-se os restantes entre as categorias “crimes contra as pessoas e a humanidade” (10,9%), “crimes contra o património” (2,3%), “crimes contra a vida em sociedade e Estado” (0,2%), “crimes rodoviários” (0,1%) e “outros crimes” (0,1%). Seguindo a tendência já detectada em anos anteriores, as grandes áreas metropolitanas do Porto e Lisboa foram os principais focos de procura dos serviços da APAV. Os contactos com a instituição tanto podem ser telefónicos quanto presenciais, tendo ocorrido uma ligeira maior ocorrência dos primeiros em 2006 (respectivamente, 49,2% e 45,5%). De todos os processos de atendimentos iniciados neste ano, as vítimas eram, maioritariamente, do sexo

feminino (88%), enquanto os autores dos crimes, em sua maioria, do sexo masculino (88%). A faixa etária prevaiente das vítimas se encontrava entre os 26 e os 45 anos de idade (32,7%) e dos autores entre 26 e 55 anos (35%). Quanto à dependência de psicofármacos ou álcool, a maioria das vítimas relatou não ter qualquer dependência (33%). No caso dos agressores, apesar de se ter verificado uma percentagem significativa de inexistência de dependências (26,6%), em 23,4% dos atendimentos foi referido que estes possuíam dependência de álcool. Quanto ao estado civil de vítimas e agressores, nota-se uma relação de conjugalidade na maioria dos casos atendidos na instituição. Com relação ao nível de escolaridade, há um equilíbrio entre os diversos graus, tanto entre as vítimas quanto entre os autores. Na categoria violência doméstica, os maus-tratos físicos e psíquicos correspondem a cerca de 55% das agressões, ocorrendo geralmente no contexto de um padrão continuado de agressão (75%), variando a duração da vitimação entre os 10 meses e os 10 anos. A residência comum à vítima e ao autor foi o local onde ocorreram 68% dos casos, seguindo-se a residência da vítima e, em menor grau, a do autor do crime. Quanto ao registo de queixa/denúncia, em 53% dos casos este não havia sido efectivado no momento do primeiro atendimento na instituição (APAV, 2006).

Os dados disponíveis sobre os atendimentos realizados na Unidade de Apoio à Vítima Imigrante e de Discriminação Racial ou Étnica (UAVIDRE) entre Janeiro de 2005 e Março de 2007 mostram que, de modo semelhante ao que ocorre nos Gabinetes de Atendimento à Vítima, cerca de 80% das queixas diziam respeito à violência doméstica, incluindo-se aí os maus-tratos físicos, psíquicos, ameaças/coação, difamação/injúrias, homicídio e outros. A nacionalidade predominante dos(as) utentes deste serviço é, de longe, a brasileira (cerca de 33%), seguida pela cabo-verdiana e angolana entre 2005 e 2006, ou angolana e guineense em 2007 (APAV, 2007).

De modo geral, a APAV é a instituição com maior visibilidade perante a sociedade, o que provavelmente se deve à realização de campanhas televisivas e presença em todo o território nacional. Ainda que não se destine unicamente à violência doméstica ou de género, estas são as vítimas de crimes que mais procuram seus serviços, fazendo com que tenham sido realizados projectos específicos para esta temática. Recentemente, tem se mostrado aberta também a outras questões, como demonstra a criação de um serviço específico para a população imigrante.

A **União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR)** é uma organização não-governamental de mulheres que tem origem na participação activa das mulheres na Revolução de Abril, a partir da constatação da necessidade da criação de uma associação que lutasse por seus direitos no novo contexto político que se iniciava. Foi constituída em 12 de Setembro de 1976 e está representada no Conselho Consultivo da CIDM desde 1977. Embora tenha utilizado sempre o mesmo logótipo e a mesma sigla, sua denominação inicial foi União de Mulheres Antifascistas e Revolucionárias. Em 1986, durante o seu IV Encontro Nacional, passou se denominar Movimento para a Emancipação Social das Mulheres Portuguesas, sendo apenas na segunda metade da década de 1990 que assumiu a sua actual designação. De acordo com Tavares (2007), é possível dividir sua história em cinco fases, as quais não surgiram de orientações políticas, mas das lutas das mulheres e de seu entrelaçamento com a própria história dos feminismos em Portugal.

A primeira fase corresponde ao período entre 1976 e 1977, envolvendo-se com as lutas mais gerais que se colocavam à sociedade portuguesa do período posterior ao “25 de Abril”, como as reivindicações por creches, casas, emprego, educação e qualidade de vida. Nessas movimentações, a UMAR reforçou seus laços com as mulheres dos sectores mais desfavorecidos, com projectos de intervenção social e formação profissional das mulheres. A segunda fase corresponde ao período entre 1978 e 1984, e foi marcada pelo posicionamento público da Organização sobre o direito ao aborto, com a recolha de cinco mil assinaturas reivindicando sua legalização. Além da tónica pela legalização do aborto, houve também uma manifestação contra o tráfico de mulheres (até o momento, única no país). A terceira fase abrange o período entre 1985 e 1990, constituindo uma época de afirmação de sua acção institucional. Ainda que já participasse do Conselho Consultivo da CIDM desde 1977, foi neste período que aumentou seu empenho na acção comum com outras ONG’s de mulheres, não só na CIDM, mas também na Coordenadora Nacional de Mulheres, criada em 1987, com ligação à Coordenadora Europeia de Mulheres (estrutura que acabou por perder papel com a formação do Lobby Europeu de Mulheres, em Setembro de 1990). Juntamente com outras associações de mulheres, a UMAR subscreveu o Manifesto Eleitoral “o voto das mulheres deve dar lugar à voz das mulheres”.

O período compreendido entre os anos 1991 e 1996, quarta fase da UMAR, caracteriza-se pela afirmação social, profissional e política das mulheres. Foi nesta época que começaram a surgir os primeiros projectos de intervenção junto das mulheres de bairros

sociais e que se retomou o debate sobre a descriminalização do aborto, na sequência de um processo instaurado pela Polícia Judiciária através da apreensão da agenda de uma parteira com o nome de 1200 mulheres (Tavares, 2007).

A quinta fase inicia-se em 1995 e vai até os dias de hoje, sendo marcada pela realização do seminário “Movimento Feminista em Portugal”, em Dezembro de 1998, e pela continuidade das discussões em torno da legalização do aborto. Foi nesta época também que surgiu com maior intensidade a preocupação com a violência vivida por muitas mulheres. Nessa área, destacam-se iniciativas como: a criação de uma linha SOS e gabinetes de atendimento a mulheres vítimas de violência nos Açores; prestação de apoio psicológico e jurídico às mulheres vítimas de violência; estabelecimento de Protocolo com a Secretaria de Estado para a Igualdade, em 2001, para a criação de casas-abrigo para mulheres vítimas de violência; e desenvolvimento de pesquisas e formações na área da violência doméstica. Outra grande área de intervenção foi a participação, desde o início, na preparação da Marcha Mundial de Mulheres. Com isso, a UMAR integra-se a um movimento mundial plural, que tem na sua origem uma visão feminista do mundo e da luta das mulheres. Esta fase é marcada por uma “agenda feminista” de novas e velhas lutas, as quais se fizeram presentes no segundo seminário da UMAR, com três painéis: violência contra as mulheres, mulheres e globalização e aborto. Destaca-se também sua preocupação em ligar as activistas feministas à investigação que se produz em diversas universidades portuguesas, tais como: o “Projecto as Faces da Eva”, na Universidade Nova de Lisboa; o “Mestrado em Estudos sobre as Mulheres”, da Universidade Aberta; a Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres (APEM); as diversas investigações desenvolvidas na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade do Porto, na Universidade do Minho, no ISCTE, na Universidade de Coimbra e outros centros de estudos (Tavares, 2007).

Como vemos, a UMAR tem desenvolvido projectos vocacionados para a defesa dos direitos das mulheres em diversas áreas. Contudo, passaremos a apresentar mais detalhadamente apenas os destinados à temática deste estudo, a violência contra as mulheres. De acordo com o que consta no sítio da organização na Internet<sup>24</sup>, a UMAR tem vindo a desenvolver uma filosofia própria de intervenção nesta temática desde a década de 1980, integrando a produção científica e técnica que o movimento feminista tem desenvolvido a nível internacional. Desta forma, procura articular a intervenção no terreno com a prevenção,

---

<sup>24</sup> Disponível em: [www.umarfeminismos.org](http://www.umarfeminismos.org)

com a produção de conhecimento e com o movimento feminista. No âmbito da intervenção, inclui-se a resposta directa, com o atendimento e acompanhamento das mulheres. Na produção de conhecimento, estão a reflexão, a formação, os debates e as publicações. A prevenção é desenvolvida tanto de modo específico como articuladamente com as outras áreas. Por fim, a articulação se desenvolve principalmente através da participação na Marcha Mundial de Mulheres. Os serviços técnicos especializados são efectuados através de pessoal técnico contratado, bem como voluntário.

Nos Açores, dispõe da “Linha Telefónica SOS Mulher”, oferece apoio jurídico e psicológico, desenvolve acções de formação e parcerias com várias entidades e possui uma casa-abrigo. Na Península de Setúbal, possui um centro de atendimento, com serviço de urgência, onde efectua apoio psicológico, jurídico e social, assim como acompanhamento às mulheres vítimas e suas crianças. Além disso, desenvolve acções de prevenção junto a crianças, jovens e famílias com situações de conflito e gere uma casa-abrigo com capacidade para 18 pessoas. Todas essas actividades são desenvolvidas com o Apoio do Instituto da Solidariedade e Segurança Social de Setúbal. Em Cascais, realiza um serviço de atendimento em parceria com Câmara Municipal e participa no Fórum Municipal da Violência Doméstica. Em Lisboa, realiza atendimento e gere uma Casa Abrigo para mulheres vítimas de violência e seus filhos e filhas, com uma capacidade máxima de 40 usuárias; estabelece várias parcerias e é subsidiada pelo Instituto de Segurança Social do Distrito de Lisboa. No Porto, dispõe de um Núcleo de Atendimento a mulheres vítimas de violência, efectuando apoio psicológico, jurídico e social, tendo parcerias com diversas instituições. Por fim, está em preparação a abertura de um Núcleo de Atendimento a mulheres vítimas de violência na Guarda.

Outra acção no âmbito da violência contra as mulheres foi a criação do Observatório de Mulheres Assassinadas, em 2004. Neste ano, foi realizado um levantamento de notícias na imprensa sobre mulheres vítimas fatais de homicídio por parte de marido, companheiro, namorado, ex-marido, ex-companheiro, ex-namorado ou amante. Ainda que não reflecta a realidade na sua totalidade, uma vez que utiliza como fontes apenas os dados noticiados na imprensa, este relatório revelou o assassinato de 47 mulheres por homens com quem mantinham uma relação conjugal e/ou de intimidade. Em três destes casos, os maridos/companheiros foram auxiliados pelos pais das vítimas e, em um dos casos, pelo sogro. Além das mulheres/esposas, também foram vítimas a irmã de um dos homicidas (que havia oferecido abrigo à vítima), uma criança de nove anos e ferida uma adolescente de 13

anos, bem como o novo companheiro de uma das vítimas mortais. Também foram encontrados 17 casos de tentativas de homicídio e dez mulheres foram vítimas mortais de violência doméstica praticada por filhos, sobrinho-neto, genros, tio-avôs e irmãos. Na grande maioria dos casos, as vítimas haviam saído da relação violenta, geralmente marcada por uma longa história de maus-tratos e, muitas vezes, os filhos(as) do casal assistiram o assassinato da mãe pelo pai. Os actos envolviam uma enorme crueldade, sendo as mulheres esfaqueadas, espancadas, asfixiadas, empurradas e estranguladas ou alvejadas por tiros de pistolas ou caçadeiras.

A análise do período compreendido entre Novembro de 2004 e Novembro de 2005 identificou o assassinato de 39 mulheres e 46 tentativas de homicídio, perfazendo um total de 85 casos de agressões contra mulheres noticiadas na imprensa. Deste número, 28% das mulheres já havia saído de casa ou abandonado o parceiro. Algumas haviam tentado refazer a vida em outra cidade, tendo sido perseguidas e executadas, o que mostra que não basta querer ou sair do relacionamento para se livrar dos maus-tratos. Os actuais maridos, namorados ou companheiros das vítimas correspondem a 69% dos agressores. Este número, somado aos ex-companheiros, ex-namorados e ex-maridos (21%), perfaz um total de 90% de autores das agressões com história de conjugalidade com suas vítimas. Contudo, para além das mulheres, outras pessoas também foram vitimadas: crianças (uma sendo vítima mortal), filhos(as), netos(as), sogra, mãe, avó e cunhado. Algumas destas crianças assistiram ao assassinato de suas mães pelos seus pais (uma menina de dois anos e meio viu o pai a degolar a mãe, e uma outra de 8 anos assistiu à mãe a ser esfaqueada até à morte). Uma das tentativas de homicídio envolveu um sequestro em que, segundo a notícia, teriam participado o ex-marido e mais quatro homens. Lisboa e Porto são os distritos que se destacam pelo número de homicídios noticiados, seguidos por Aveiro. No caso das tentativas de homicídio, o destaque está para os distritos do Porto, Setúbal e Viseu, nesta ordem.

No período compreendido entre os anos 2005 e 2006, o Observatório identificou 39 casos de homicídios e 43 casos de tentativas de homicídio/agressão a mulheres noticiados na imprensa portuguesa, sendo Lisboa e Porto os distritos com maior incidência. A faixa etária dos 36 aos 50 anos é a que apresenta uma maior incidência de mulheres vítimas de homicídio, correspondendo a 31% da amostra estudada (12 casos). Relativamente à idade dos agressores, situam-se maioritariamente na faixa etária acima dos 50 anos, perfazendo um total de 24,3% (9 casos). No que diz respeito à relação entre vítima e agressor, os homicídios foram



cometidos principalmente no contexto de uma relação de conjugalidade (actual ou já rompida), correspondendo a um total de 78,2% dos casos. Destes, 56% são actuais companheiros, maridos ou namorados e 28,2% são ex-namorados, ex-maridos e ex-companheiros, situação semelhante a que se encontrou nos anos anteriores. Entre 25 de Novembro de 2003 e 20 de Novembro de 2006, registaram-se 117 homicídios e 115 agressões com tipologia de tentativa de homicídio, sendo que os agressores e homicidas continuam a ser, em maior número, os maridos, namorados ou companheiros das vítimas.

O “Projecto IMA/N” (Intervenção Mulheres Autónomas do Norte) teve como principais objectivos a promoção da autonomia das mulheres vítimas de violência e a promoção da igualdade de oportunidades entre os géneros. Decorreu entre Setembro de 2003 e Agosto de 2005, sendo financiado pela Medida 4.4. - Promoção da Igualdade de Oportunidades entre Homens e Mulheres do POEFDS - Programa Operacional Emprego, Formação e Desenvolvimento Social, tipologia 4.4.3.1. Pequena Subvenção às ONG's. Suas vertentes de trabalho foram o trabalho directo com as mulheres vítimas de violência nos Centros de Atendimento do Porto e Guarda; formação dos(as) técnicos(as) que aí actuam; sensibilização e prevenção primária junto a escolas com professores(as) e alunos(as), comunidade geral e instituições de referência; e realização de estudo sobre a jurisprudência no âmbito da violência contra mulheres. A metodologia empregada foi participativa, com estímulo para que todos os intervenientes actuassem no planeamento de todas as acções do projecto.

O “Projecto Novos Olhares, Velhas Causas” (UMAR, 2007) foi desenvolvido pela Delegação do Porto da UMAR entre 01 de Julho de 2005 e 31 de Dezembro de 2006, tendo sido financiado pela Medida 4.4. Promoção da Igualdade de Oportunidades entre Homens e Mulheres do Programa Operacional Emprego, Formação e Desenvolvimento Social, no âmbito da Tipologia 4.4.3.1. “Sistema de Apoios Técnicos e Financeiros às Organizações Não Governamentais (ONG)”, através da Pequena Subvenção gerida pela CIDM, na sequência do projecto anteriormente descrito (Projecto IMA/N). A prevenção (primária, secundária e terciária) da violência doméstica foi o foco central, desenvolvendo-se através da articulação entre três estratégias de promoção da igualdade de oportunidades entre mulheres e homens:

1 - A informação e sensibilização para a promoção da igualdade de oportunidades entre mulheres e homens (IS);

2 - A intervenção comunitária e desenvolvimento para a promoção da igualdade de oportunidades entre mulheres e homens (ICD);

3 - A consolidação e descentralização territorial para a promoção da igualdade de oportunidades entre mulheres e homens (CDT).

A primeira estratégia (IS) constituiu-se transversalmente às diferentes actividades de prevenção primária do Projecto, quer nas acções dirigidas à população escolar, quer nas actividades dirigidas a técnicas(os) (prevenção primária). Esta estratégia também ocorreu junto de mulheres vítimas de violência (prevenção secundária) e mulheres cujas estratégias as foram conduzindo a uma vivência progressivamente sem violência (prevenção terciária), dada a inclusão da problemática da violência doméstica no contexto mais lato das relações de género e da desconstrução de estereótipos de género. Na segunda estratégia (ICD), as actividades de prevenção se integraram em dinâmicas escolares e associativas presentes nas comunidades da intervenção. A terceira estratégia (CDT) consistiu-se ao nível do apoio à vítima e pelo facto de se ter realizado no Distrito do Porto e Área Metropolitana, mas igualmente porque foi alargada a áreas distintas da Zona Norte.

No “Projecto Novos Olhares, Velhas Causas” (UMAR, 2007), a prevenção primária (anterior ao surgimento do problema) foi desenvolvida com base na articulação entre cinco conceitos/abordagens: sensibilização, consciencialização, educação (formal, não formal e informal), formação e consciencialização. Por sua vez, estes conceitos/abordagens foram integrados em três programas de prevenção: acções de sensibilização, programa de intervenção específica e programa de intervenção integrada. Assim, temos:

- Programa de prevenção da violência doméstica e promoção dos direitos humanos: destinado a jovens do 3º ciclo do Ensino Secundário, professores(as) e encarregados(as) de educação;

- Programa específico de prevenção primária nas escolas: destinado aos(as) adolescentes e equipe de docentes;

- Acções de sensibilização e combate à violência doméstica: destinadas a públicos estratégicos (enfermeiros/as, agentes policiais, técnicos/as da área da violência doméstica), e à população em geral.

A prevenção secundária (tratamento precoce do problema assim que identificado que visa a redução de sua recorrência) teve como base o empoderamento das mulheres vítimas da violência doméstica. Entre Agosto de 2005 e Dezembro de 2006, 134 mulheres vítimas de violência doméstica receberam apoio e acompanhamento psicológico, social, profissional e jurídico. Por fim, a prevenção terciária (destinada à recuperação e reabilitação dos prejuízos causados pelo problema) também foi desenvolvida com base no empoderamento das mulheres vítimas de violência, especialmente através da intervenção em crise. A técnica utilizada foi a recolha de narrativas biográficas para sua posterior reconstrução. A recolha das narrativas também tinha como objectivo propiciar maior conhecimento da dimensão do fenómeno, o que permitirá uma melhor intervenção. Em termos de soluções inovadoras no Projecto “Novos Olhares, Velhas Causas”, há a realçar a transversalidade do tratamento das questões da violência tanto em termos do trabalho com os grupos alvo de jovens e adolescentes como com os públicos estratégicos. Além do mais, a execução de estudos e reflexão sobre as práticas se constitui em produção de conhecimento que, disseminado, fica acessível (UMAR, 2007).

Outra organização que tem actuado no combate à violência contra as mulheres é a **Associação de Mulheres Contra a Violência (AMCV)**, ONG de mulheres que surgiu da constatação da inexistência de respostas especializadas ao nível da comunidade na área da violência contra as mulheres. Em 1992, iniciou o apoio a mulheres sobreviventes de violação, quando constatou a inexistência de respostas especializadas no nível da comunidade para este tipo de violência contra as mulheres. Em 1993, constituiu-se notarialmente como associação e ampliou sua área de intervenção para a violência doméstica e o abuso sexual de crianças. Ainda neste ano, celebrou um protocolo de cooperação com a Junta de Freguesia de São João de Deus, em Lisboa, que disponibilizou espaço para atendimento e sede, permitindo o apoio continuado aos dias actuais a mulheres e crianças sobreviventes de violência. Em 1994, passou a integrar a Plataforma das ONG’s do Conselho Consultivo da CIDM e, em 1996, foi convidada pela CIDM a implantar o primeiro refúgio português para mulheres e crianças sobreviventes de violência doméstica gerido exclusivamente por uma ONG de mulheres. No ano seguinte, foi celebrado o contrato de comodato para a instalação do refúgio e a Presidente da AMCV foi convidada a integrar, como perita nacional, o Observatório Europeu para a Violência Contra as Mulheres, estrutura do Lobby Europeu de Mulheres. Em 1998, foi reconhecida como instituição de utilidade pública e recebeu o Estatuto Consultivo Especial do Conselho Económico e Social das Nações Unidas (ECOSOC).

Em 1999, iniciou a colaboração com a Ordem dos Advogados e no ano seguinte celebrou um protocolo de cooperação com esta entidade. Ainda em 2000, foi acreditada pelo Instituto para a Inovação na Formação (INOFOR) como entidade formadora na área da violência contra as mulheres. Finalmente, em 2001, o Refúgio e Centro de Atendimento foi aberto à comunidade, em Lisboa (até então, as mulheres eram apoiadas no estrangeiro). Na sequência desta acção, foi convidada pela Câmara Municipal de Sintra para gerir outro refúgio neste concelho. Em 2002, criou, em colaboração com a Câmara Municipal de Torres Vedras e a Câmara Municipal do Montijo, as Redes Articuladas e Coordenadas de Serviços de Apoio a Mulheres Sobreviventes de Violência e lançou oito *spots* televisivos subordinados ao tema “Os Direitos das Crianças Explicados às Crianças”. Nos anos seguintes, apoiou e participou em diversas plataformas e fóruns no âmbito nacional, internacional e da ONU. Seus serviços são prestados pelas Redes Especializadas na Área da Violência contra as Mulheres em Montijo e Torres Vedras. O Centro Anti-Violência é um espaço de apoio especializado para mulheres, crianças e jovens sobreviventes de violência que disponibiliza serviços como: atendimento telefónico especializado, atendimento e acompanhamento individual, aconselhamento jurídico, apoio psicológico, grupos de ajuda mútua, fórum para jovens, centro de documentação, refúgios e emprego apoiado. Além disso, oferece formação para profissionais de diversas áreas sobre violência doméstica, abuso sexual, tráfico de mulheres e etc.<sup>25</sup>

**A Associação Portuguesa de Mulheres Juristas (APMJ)** é uma organização não-governamental de juristas fundada em 1988 com o objectivo de contribuir para o estudo crítico do Direito sob a perspectiva da defesa dos direitos das mulheres. Sua origem data de Maio de 1987, quando o Diário da República publicou um Assento do Supremo Tribunal de Justiça que tratava de forma desigual os filhos nascidos dentro e fora do casamento, contrariando abertamente a Constituição da República e despertando a indignação de várias mulheres juristas que decidiram conjugar os seus esforços com vista a obter a anulação daquela decisão. A partir de então, a APMJ tem procurado modificar o ordenamento jurídico no intuito de obter uma real igualdade entre todos os seres humanos.

Desde sua fundação, obteve três importantes vitórias: em 1989, deu início ao processo que viria a conduzir, em 1991, à declaração de inconstitucionalidade, pelo Tribunal Constitucional, do Assento do Supremo Tribunal de Justiça, que discriminava os filhos

---

<sup>25</sup> Informações obtidas a partir de [http://www.amcv.org.pt/amcv\\_files/homemain.html](http://www.amcv.org.pt/amcv_files/homemain.html). Acesso em 18/05/2007.

nascidos fora do casamento. Em 1994 (Ano Internacional da Família), apresentou uma Proposta de Alteração do Código Civil no que diz respeito aos efeitos pessoais da filiação e consagrando a possibilidade de opção pelo exercício conjunto da responsabilidade parental em caso de separação dos pais, o que veio a ser conseguido com a publicação da Lei n.º 84/95 de 31 de Agosto. Em 1996, participou no processo de Revisão Constitucional, apresentando uma Proposta de Alteração à Constituição que visava a consagração da igualdade entre mulheres e homens como direito fundamental, tendo sido acolhidas várias de suas propostas. Assim o artigo 9º veio a incluir, na sua alínea h), a promoção da Igualdade entre homens e mulheres como tarefa fundamental do Estado. A conciliação da vida familiar com a actividade profissional passou a merecer protecção constitucional, como o direito dos trabalhadores previsto na alínea b) do artigo 59º. Também o artigo 69º foi modificado no sentido de garantir a protecção do Estado às crianças desprovidas de meio familiar normal. As alterações propostas quanto à participação de homens e mulheres na vida política mereceram também acolhimento, consagrando no artigo 109º o imperativo de "promover a igualdade no exercício dos direitos cívicos e políticos e a não discriminação em função do sexo no acesso a cargos políticos". Também tem colaborado com algumas alterações legislativas, designadamente as relativas ao Código Penal, ao Código de Processo Penal e à Lei Eleitoral para a Assembleia da República, seja participando em audições públicas, seja ainda em audiências das Comissões especializadas.<sup>26</sup>

Para além destas acções, a APMJ tem promovido seminários, colóquios e discussões sobre vários temas relevantes para a igualdade de direitos e de estatuto entre mulheres e homens. Reconhecendo que a violência exercida no seio familiar é uma forma de obstaculização e impedimento do exercício dos mais elementares direitos humanos, a APMJ desenvolveu o "Projecto Ousar Vencer a Violência na Família", aprovado pela CIDM e co-financiado pela União Europeia – Fundo Social Europeu, no âmbito da medida 4.4 do POEFDS – tipologia 4.4.3.1 – Pequena subvenção às ONGs. Partindo da análise crítica das disposições legais vigentes, este projecto procurou potencializar as capacidades e conhecimentos de Advogados(as), Magistrados(as) Judiciais e do Ministério Público, Funcionários(as) Judiciais e Agentes dos órgãos de Polícia Criminal com vista a lidarem com as questões referentes à violência na família. O primeiro passo da execução do projecto foi a edição de um Guia de Boas Práticas Judiciais reunindo um estudo jurídico-penal sobre o crime de maus-tratos conjugais com questões substantivas e questões processuais, bem como

---

<sup>26</sup> Retirado de <http://www.apmj.org/Apresentação.htm>, acesso em 17/09/07.

um capítulo que abordou a temática no âmbito do Direito da Família, os Diploma Legais aplicáveis, um formulário processual e algumas indicações práticas (APMJ, 2005). Portanto, a APMJ tem desempenhado um importante papel, mais teórico, no tema da violência doméstica, sem prestar, contudo, atendimento directo às mulheres vítimas (APAV, 2003).

Uma última organização não-governamental que tem intervindo no problema da violência contra as mulheres em Portugal é o “Soroptimist Internacional”. Actualmente, é a mais antiga (desde 1921) organização mundial feminina de clubes de intervenção social, contando com cerca de 3.000 Clubes, em mais de 100 países, reunindo 100.000 mulheres. O Soroptimismo surgiu em Portugal no ano de 1985, em Lisboa e, actualmente, existem os seguintes Clubes: Lisboa I, Lisboa II, Porto, Setúbal, Estoril/Cascais e Évora.

**O Clube Soroptimist Porto – Invicta** nasceu a 8 de Abril de 1994 e faz parte da União Soroptimist de Portugal, que se integra na Federação Soroptimist da Europa. Desde a sua constituição, o Clube Soroptimist Porto-Invicta optou pelo trabalho focado no problema da violência contra as mulheres e as crianças, em particular a que ocorre na família. Seu primeiro projecto foi a construção de uma residência temporária para mulheres e crianças vítimas de violência doméstica, o “Porto d’Abrigo”. Para que sua constituição fosse possível, o Clube Porto-Invicta contou com o apoio do Ministério da Justiça, do Ministério do Trabalho e Segurança Social, da Câmara Municipal do Porto (ao abrigo do decreto-lei 323/2000, de 19 de Dezembro) e de diversas colaborações voluntárias. Funcionando desde Fevereiro de 2004 no centro da cidade do Porto, a residência é gerida pelo próprio Clube. Possui capacidade para acolher 16 mulheres e seus filhos (em simultâneo), sendo financiada por “Acordo Típico com o Centro Distrital de Segurança Social do Porto”<sup>27</sup>.

Depois da construção do “Porto d’abrigo”, foi desenvolvido o “Projecto Estrada Larga – caminhos para famílias sem violência”, entre Outubro de 2003 e Março de 2005. Seu objectivo inicial era sensibilizar, directa e pessoalmente, cerca de 24 mil pessoas para os problemas criados pela violência doméstica e levá-las a tomar uma nova atitude perante essa violência, fomentando a protecção das vítimas e a mudança de comportamento dos agressores. Seu público foi a comunidade em geral, técnicos(as) que lidam com a problemática, alunos do 9º ano de escolaridade e alunos do Ensino Superior. Abrangendo 51 concelhos dos distritos de Aveiro, Braga e Porto, nos seus 18 meses de execução, o projecto

---

<sup>27</sup> Retirado de <http://novorumo.info/>, acesso em 18/9/07.

acabou por chegar a mais de 30 mil pessoas, contando com cerca de 200 parceiros (Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia, Escolas, Universidade, Associações, Misericórdias, etc.). A avaliação final do projecto foi bastante positiva, uma vez que conseguiu unir diferentes sectores da comunidade em torno da informação pública sobre a violência doméstica.

O “Projecto Novo Rumo – Por uma Vida Sem Violência” surgiu da experiência adquirida com o Projecto Estrada Larga e do Porto d’Abrigo quanto à necessidade de criar infra-estruturas que permitam um apoio próximo e constante a mulheres vítimas de violência doméstica. Para alcançar esse objectivo, foram estabelecidas quatro áreas de intervenção distintas:

Acção 1 – Criação de um centro piloto de informação e acompanhamento a vítimas de violência doméstica;

Acção 2 – Criação de centros de informação e acompanhamento a vítimas de violência doméstica nas Juntas de Freguesias (de cinco a dez centros);

Acção 3 – Definição de políticas institucionais e normativos de acção em médias/grandes empresas e outras instituições (de quatro a seis instituições);

Acção 4 – Criação de casas-abrigo, por iniciativa das Câmaras Municipais, em eventual parceria com instituições da sociedade civil (de duas a quatro casas-abrigo).

A operar nos distritos de Aveiro, Braga<sup>28</sup> e Porto (que, segundo dados do Projecto Inovar, representam cerca de 30% da população portuguesa e apresentam cerca de 34% do total de ocorrências de violência doméstica registadas na GNR e PSP), actuou entre Outubro de 2004 e Maio de 2006, através da sensibilização, a fim de que todo o trabalho desenvolvido se prolongue no tempo. Além disso, e uma vez que se encontra vocacionado para a transferência de competências, mormente no que diz respeito aos Centros de Informação e Acompanhamento, o Projecto Novo Rumo não se esgota nas suas balizas temporais. Seu balanço final permitiu constatar que o Projecto realizou, com êxito, todas as actividades previstas, ultrapassando os objectivos inicialmente propostos, sob os pontos de vista qualitativo e quantitativo. Para tal contribuiu, o empenho da equipe do projecto e o envolvimento e compromisso com os decisores institucionais, responsáveis políticos e de

---

<sup>28</sup> No Capítulo 6, especificamos como se desenvolveu esta intervenção no contexto de Braga.

referência da comunidade através da criação de serviços de proximidade dirigidos às vítimas e de outras estruturas de segurança e apoio. Além da realização de estágios curriculares de duas finalistas das licenciaturas em Psicologia (Universidade Fernando Pessoa) e Educação Social (Instituto Politécnico do Porto), houve amplo apoio da comunicação social na divulgação das actividades do projecto (foram publicados 112 artigos na imprensa escrita portuguesa sobre o projecto, bem como concedidas entrevistas em rádios locais) e criou-se uma efectiva rede de colaboração entre as instituições parceiras. No que diz respeito ao atendimento às mulheres, implantou-se apartamentos de transição no Distrito do Porto, criaram-se 16 Centros de Informação e Acompanhamento a Vítimas de Violência Doméstica (dois no Distrito de Aveiro, dois no Distrito de Braga e 12 no Distrito do Porto), rentabilizando os recursos já existentes nas instituições parceiras. A criação de um Manual de Atendimento permitiu a qualificação e a uniformização destes processos de atendimentos a vítimas de violência doméstica. Por fim, a divulgação da linha nacional de apoio da CIDM e as acções de sensibilização permitiram o envolvimento da comunidade na resolução da problemática.

O mais recente projecto promovido pela Associação Soroptimist Internacional Clube Porto Invicta é o Projecto LAURA – Localizar, Avaliar, Unir, Reflectir, Agir - financiado pelo POEFDS – Programa Operacional Emprego, Formação e Desenvolvimento Social, com duração prevista para um período de 30 meses (de Julho de 2005 a Dezembro de 2007). Opera em 20 Concelhos do norte do país (Gondomar, Maia, Matosinhos, Paredes, Penafiel, Póvoa do Varzim, Porto, Valongo, Vila do Conde, Vila Nova de Gaia, Braga, Esposende, Guimarães, Vila Verde, Arcos de Valdevez, Caminha, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Chaves e Vila Real) e tem como objectivos: (1) investigar e conhecer a realidade destes Concelhos, de forma localizada e transversal e (2) sensibilizar e informar os diversos sectores da comunidade e partir para a acção com base na promoção de redes de parceria. Para isso, pretende desenvolver as seguintes acções:

1. Estudo sobre violência doméstica;
2. Acções de sensibilização sobre a violência doméstica;
3. Criação e manutenção de Web site do projecto;
4. Sessões motivacionais para a importância do trabalho em rede de parcerias;



5. Reuniões de trabalho de dinamização, acompanhamento e apoio às redes de parceria desenvolvidas;

6. Plataforma de *e-learning* como ferramenta de apoio essencial às redes de parcerias;

7. Criação, produção e envio de *newsletter* mensal do projecto;

8. Criação, produção e disseminação de folhetos informativos sobre a violência doméstica (adaptados à realidade de cada concelho).

A estratégia adoptada pelo LAURA para levar a cabo as acções referidas se fundamenta em cinco eixos:

- Proximidade: todas as acções serão realizadas na própria comunidade, ao nível do Concelho, envolvendo em cada acção instituições locais;

- Transversalidade: o projecto irá actuar, simultaneamente, em vários segmentos estratégicos da comunidade (cidadãos adultos, jovens, comunidade técnica, decisores políticos e comunicação social local);

- Comunicação eficaz: a estrutura de comunicação das acções será adaptada aos diferentes públicos-alvo;

- Conhecimento da realidade: todas as acções contribuirão, directa ou indirectamente, para os estudos a realizar;

- Visibilidade: através da concretização das suas acções, o projecto aumentará a visibilidade da temática da violência doméstica.

A **Guarda Nacional Republicana (GNR)**<sup>29</sup> está implementada em todo o país e tem como área de responsabilidade cerca de 96% do Território Nacional. Para cumprir a sua missão detém actualmente um efectivo de cerca de 25 mil homens e mulheres, distribuídos por todo o território nacional. Desde 2002, implementou o Programa Núcleo Mulher e Menor (NMUME), cujo objectivo geral é melhorar a qualidade da resposta policial ao fenómeno das violências exercidas sobre as mulheres e as crianças. Numa fase subsequente (Fase III), serão integrados também outros cidadãos em situação de particular vulnerabilidade (idosos e

---

<sup>29</sup> Informações obtidas a partir de [www.gnr.pt](http://www.gnr.pt), acesso em 20 de maio de 2008.

deficientes). Do objectivo geral do Projecto NMUME decorrem objectivos específicos, nomeadamente:

- A nível policial, o estudo do fenómeno e das suas causas, a sinalização e identificação de situações e o atendimento especializado e personalizado às vítimas (e ofensores, quando aplicável);

- A nível processual-penal, a elaboração dos processos de inquérito, propondo as medidas adequadas à protecção das vítimas e à recuperação dos ofensores;

- A nível psicossocial, o encaminhamento das vítimas (e, em certos casos, dos ofensores), no âmbito das redes locais de apoio social, o acompanhamento integrado das situações de violência e a participação activa nos processos preventivos da violência, centrada no combate às suas causas e na sensibilização/formação (destinada à população em geral e a grupos específicos).

Na composição dos NMUME existem:

- Dois elementos com formação NMUME, a nível central, que exercem funções de coadjuvação à coordenação e ao planeamento estratégico;

- 62 elementos, com funções operativas, integrando as equipas NMUME dos Grupos;

- 50 elementos (pretende-se que sejam 254 até 2008) com formação no “curso NMUME”, nos Postos Territoriais (um por Posto).

O projecto, concebido em 2002 no âmbito da reorganização dos mecanismos de prevenção e investigação criminal da GNR, foi implementado entre Outubro de 2004 e Maio de 2005, concretizando-se com a formação dos elementos NMUME destinados às equipas dos Grupos Territoriais, a fase I do projecto. A fase II iniciou-se em Novembro de 2005 e terá continuidade até 2008, através da formação especializada a elementos das Equipas de Investigação e Inquérito (EII) de 254 Postos Territoriais, escalão de Comando da GNR de especial proximidade para o atendimento ao público, nomeadamente às vítimas de crimes. Com a Fase III do projecto, progressivamente implementada no ritmo e nos Postos a que pertencem os militares das Equipas de Investigação e Inquérito já habilitados com formação

específica, pretende-se alargar o âmbito funcional do projecto NMUME a outros tipos de vítimas, particularmente aos idosos e aos deficientes.

Actualmente, a GNR dispõe de 249 salas de apoio à vítima, distribuídas por todo dispositivo territorial, dotadas de condições de privacidade e de conforto ajustadas ao atendimento de vítimas de violência física e/ou psicológica. Os militares que integram os NMUME são recrutados dentre os investigadores operacionais, voluntários, que denotem especial apetência para o tratamento destas matérias. Para serem seleccionados, terão que ser propostos pelos seus Chefes e Comandantes directos, serem considerados aptos em testes avaliação psicológica, levados a efeito no Gabinete de Psicologia da GNR, e terem aproveitamento no curso NMUME. A formação NMUME é materializada através do curso NMUME, constituindo-se uma sub-especialização de oito dias úteis ministrada na Escola Prática da GNR. No desenvolvimento do projecto e na formação dos elementos do NMUME, participam diversas entidades, em parceria, que vêm acompanhando e colaborando na sua evolução. Os ofensores que pretendam, voluntariamente, alterar o seu comportamento, também encontram no Projecto NMUME um ponto de recolha de informação e de encaminhamento para as instituições e técnicos que trabalham esta problemática e que lhes poderão prestar um apoio específico e qualificado.

O mapa de notação de crimes de violência doméstica da GNR entre 2000 e 2005 indica que foram registadas 36.622 ocorrências de crimes entre cônjuges/casais em situações análogas. Destes, 35.704 (98,49%) foram cometidos por homens e 3.796 por mulheres (10,36%). Em 35.164 (96,01%) casos as vítimas são do sexo feminino, enquanto em 5.306 (14,48%) do sexo masculino. O grau de parentesco entre vítima e agressor é maioritariamente cônjuge ou companheiro (88,17%) e outros 3,38% é ex-companheiro.

No caso da **Polícia de Segurança Pública (PSP)**, o acompanhamento feito às vítimas também passa pela prevenção junto à sociedade civil em geral através da distribuição de folhetos informativos, do Projecto Escola Segura (campanhas de sensibilização em escolas, destinadas a pais, alunos e professores) e da intervenção e atendimento às vítimas. Neste aspecto, em colaboração com a APAV, os profissionais passaram por formação e especialização das equipas focalizadas para este tipo de crimes e criação de 142 Salas de Atendimento e Apoio às Vítimas (Alvim, 2006).

De acordo com a Direcção Nacional da PSP (2007), normalmente as forças policiais são a primeira instância de controlo social a ser confrontada com a situação de violência doméstica. Por um lado, isto ocorre porque estão próximas da população e disponíveis nas 24 horas do dia, todos os dias e em todo o território nacional. Por outro, enquanto órgãos do Estado, representam a autoridade, o que leva as pessoas a solicitar a ajuda que necessitam quando a sua integridade física está ameaçada. A prevenção e actuação policial da PSP ocorre através de duas equipas especializadas: Equipes de Proximidade e Apoio às Vítimas, responsáveis pela protecção, segurança, atendimento policial, encaminhamento, apoio e acompanhamento pós-vitimação; Esquadra de Investigação Criminal, destinada à investigação criminal. As 142 Salas de Atendimento e Apoio às Vítimas de Crime se encontram espalhadas por todo o país, tendo sido criadas para garantir um atendimento mais especializado e adequado a cada tipo de vitimação, particularmente nos casos dos crimes mais violentos e de vítimas mais vulneráveis, tais como crianças, idosos, portadores de deficiência e mulheres. Na sequência do atendimento policial, as vítimas são encaminhadas a instituições/entidades de apoio adequadas e competentes na área da Saúde (psicologia, hospitais, Instituto de Medicina Legal) e da Segurança Social. Para isso, a PSP tem estabelecido parcerias e protocolos com entidades de apoio e garantia dos direitos das vítimas e dos cidadãos em geral.

Devido à maior visibilidade e consciencialização da população sobre a violência doméstica, tem havido um aumento no registo deste tipo de crime desde o ano 2000 (com excepção do decréscimo verificado entre 2002 e 2003). Assim, em 2006 foram registados 11.638 ocorrências de violência doméstica, com um aumento de 1.822 casos com relação a 2005, correspondendo a um incremento de 18,5%. Neste mesmo período, foram efectuadas 161 detenções por crimes de violência doméstica, especialmente por suspeita de maus-tratos a cônjuge/companheiro(a). Se analisarmos os mesmos dados a partir do ano 2000 até 2006, a PSP efectuou um total de 836 detenções por crimes de violência doméstica, perfazendo uma média de 118 detenções por ano e cerca de 10 detenções por mês. Quanto à relação entre vítima e agressor, em 2006, em cerca de 70% destes casos existia uma relação de conjugalidade, seguidos por 10% de ex-cônjuges ou ex-companheiros(as), 8% dos casos são filhos(as) do(a) agressor(a) e em 6% são pais, mães, padrastos ou madrastas do(a) agressor(a). Quanto ao sexo das vítimas, em 2006, houve uma prevalência de mulheres (81%), contra 19% de vítimas do sexo masculino. Quanto aos autores das agressões, 89% dos casos registados em 2006 foram do sexo masculino. Quanto ao escalão etário das vítimas, registou-se um aumento do número de vítimas acima dos 65 anos que denunciaram crimes de violência

doméstica em 2006 (em números absolutos, foram 346 casos em 2004; 570 em 2005 e 683 em 2006). Verificou-se também um agravamento de vítimas com idade inferior aos 16 anos (302 em 2005; 391 em 2006), do número de vítimas com idades entre os 16 e 24 anos (891 em 2005; 1.325 em 2006) e do número de vítimas com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos (6.100 em 2005; 8911 em 2006).

Como podemos visualizar pelo exposto aqui, em Portugal, actualmente, existem diversas iniciativas de prevenção e intervenção, quer do Estado quer das ONG's, as quais representam importantes apoios para mulheres em situação de violência conjugal. Entretanto, de acordo com o Relatório Penélope (APAV, 2003), estas ainda se encontram em um estado de dispersão, com pouca articulação entre as instituições e suas diversas acções. Ainda assim, seu trabalho tem sido fundamental para o enfrentamento de um grave problema social e de saúde pública.

## **PARTE B**

### **DEFINIÇÕES CONCEPTUAIS E EPISTEMOLÓGICAS**



## *Apresentação*

Nesta segunda parte, apresentamos de modo mais explícito as definições conceituais e epistemológicas que sustentam a presente investigação. No Capítulo 3, descrevemos os processos e origens do movimento feminista, demonstrando a sua pluralidade de concepções e manifestações. Para isso, utilizamos a divisão histórica em períodos conhecidos por “vagas”. Em seguida, historicizamos o desenvolvimento dos movimentos de mulheres e feministas no contexto português, desde a primeira vaga aos dias actuais. E, por fim, exploramos a importância da crítica feminista ao paradigma científico moderno.

No Capítulo 4, examinamos o surgimento de um “novo paradigma” na psicologia social, oferecido pela perspectiva crítica do construcionismo social e da análise de discurso. Para isso, partimos da instituição da psicologia como uma ciência moderna e, em seguida, abordamos a especificidade da psicologia social. Ambas as perspectivas, até o momento, alinhavam-se ao paradigma dominante na ciência, caracterizado pela objectividade, ênfase na razão, dissociação entre sujeito e objecto de análise e grande importância aos métodos experimentais. Contudo, em meados da década de 1960, surgiu um movimento de contestação da aplicação do paradigma das ciências naturais à psicologia social, dando origem ao que ficou conhecido como “crise da psicologia social”. Apesar de não poder ser caracterizada de forma única, a “psicologia (social) como crítica”, emergente desta crise, adoptou os principais fundamentos da teoria pós-moderna, do pós-estruturalismo e da crítica feminista à ciência, materializando-se em perspectivas como o construcionismo social e a análise de discurso, as quais são também discutidas. Por último, analisamos as implicações deste “novo paradigma” para o conceito de género.

No Capítulo 5, discutimos a variabilidade nas terminologias associadas à violência contra as mulheres (violência doméstica, violência contra as mulheres, violência familiar, violência nas relações íntimas, violência de género), analisando as vantagens e desvantagens de cada conceito e suas repercussões nas práticas de pesquisa. Encerramos esta parte com uma integração dos temas abordados até então, retomando o objectivo desta pesquisa.





## Capítulo 3

### O Movimento Feminista para Além de suas Fronteiras

#### 3.1. Feminismo ou feminismo(s)?

Uma primeira questão que se coloca ao falarmos em “feminismo” é defini-lo. Tal como veremos nas páginas seguintes, esta não é uma tarefa fácil, visto que o próprio movimento é multifacetado e plural nas suas origens e reivindicações. Por ora, ficamos com a definição apresentada por Sue Wilkinson (2004, p. 83, tradução nossa): “o feminismo é um movimento político que denuncia a opressão das mulheres e outros grupos sociais e tem como objectivo principal acabar com esta opressão”.

A divisão histórica do feminismo em períodos caracterizados como “vagas” já é bastante recorrente, e a utilizaremos nessa tentativa de compreender o que é o feminismo. Embora seja útil para descrever os seus amplos processos, não podemos deixar de lado a observação de Freedman (2001, citada por Neves, 2005, p. 59) de que esta classificação acarreta o risco de omitir outras manifestações ocorridas fora destes períodos históricos e contextos geopolíticos.<sup>30</sup>

De acordo com Conceição Nogueira (2001b), as principais causas sociais, históricas e políticas desencadeadoras do movimento feminista foram a Revolução Industrial, em um primeiro momento, e as duas grandes guerras, em um segundo momento. A “primeira vaga” geralmente é situada em meados do século XIX e início do século XX, caracterizando-se pela luta em prol da conquista de direitos iguais para as mulheres, em especial o direito ao voto. Entre os marcos expressivos do movimento nesta primeira fase estão a publicação, por Mary Wollstonecraft, nos Estados Unidos, de um manifesto feminista com o nome de *Declaration of Sentiments*, em 1848, mesmo ano em que Karl Marx e Friedrich Engels publicaram o seu “Manifesto Comunista”. Na Inglaterra, John Stuart Mill, juntamente com sua mulher, escreveu o livro *The Subjection of Women*, tendo defendido na Câmara dos Comuns a igualdade cívica das mulheres e dos trabalhadores, assim como o controlo da natalidade como condição indispensável à emancipação feminina.

---

<sup>30</sup> Por exemplo, Femenías (2007) propõe o reconhecimento de um feminismo latino-americano, distinto do “ocidental hegemónico” e que frequentemente não é incluído nesta classificação.

O movimento feminista desta fase estava fortemente relacionado às lutas operárias por melhoria nas degradantes condições de trabalho do início do século. Eva Blay (2001) relata que as trabalhadoras participavam destas lutas gerais, mobilizando-se em greves e piquetes, porém, quando se tratava da igualdade salarial, não eram consideradas, até mesmo por seus “camaradas”. Alegava-se que as demandas das mulheres afectariam a “luta geral” e prejudicariam o salário dos homens. No final das contas, o trabalho feminino era visto como um mero complemento do masculino. Desta forma, integrantes femininas dos movimentos comunista, socialista e anarquista passaram a reivindicar pelos direitos das mulheres trabalhadoras. Entre nomes citados pela autora estão Clara Zetkin, do Partido Comunista Alemão, deputada em 1920 e dedicada à consciencialização feminina (foi a proponente da criação de um Dia Internacional da Mulher, durante a realização do II Congresso Internacional das Mulheres Socialistas, em Copenhagen, 1910). Em várias partes do mundo, as mulheres trabalhadoras se manifestavam: Nova Iorque, Berlim e Viena (1911), São Petersburgo (1913), uma reunião contra a guerra realizada por Alexandra Kollontal em Cristiana, perto de Oslo (1915), a greve das trabalhadoras russas do sector da tecelagem de 1917 (que, de acordo com Blay, 2001, p. 605, “foi considerada por Trotski como o primeiro momento da Revolução de Outubro”), o lançamento, a partir de um avião, de panfletos reivindicando o voto feminino no Rio de Janeiro por Berta Lutz no início dos anos 1920, entre muitas outras. Ainda que as causas femininas as unissem, discordavam com relação ao sufrágio feminino, a respeito do que a anarquista Emma Goldman afirmava que o direito ao voto não alteraria a condição feminina caso a mulher não modificasse sua própria consciência.

Portanto, desde o início, os objectivos dos feminismos foram distintos em função das classes sociais, dos países e de suas circunstâncias sociopolíticas e económicas. Enquanto as mulheres operárias pretendiam melhorar o nível económico das suas vidas, depauperado pelas consequências da revolução industrial, as mulheres das classes altas visavam a igualdade no mundo do trabalho e a liberdade individual (Nogueira, 2001b). De acordo com Blay (2001), as militantes das classes sociais mais elevadas compartilhavam com os homens de sua classe uma visão negativa a respeito das operárias, tidas como ignorantes e incapazes de produzir alguma forma de manifestação cultural. E, tal como já referido, mesmo entre militantes do movimento operário, as mulheres eram desconsideradas. Para muitos, a fábrica era o local onde as mulheres facilmente se prostituíam, daí reivindicarem sua volta para a casa (quando, na verdade, as trabalhadoras eram obrigadas a ceder a assédios sexuais pelo medo do despedimento).

Olive Banks (1986), em um estudo sobre as feministas da primeira vaga, conclui que este momento não pode ser visto como uma unidade, sofrendo alterações ao longo do tempo, não apenas quanto as suas campanhas, mas também em termos ideológicos e nos fundamentos sociais e políticos de suas lideranças. De acordo com a autora, a mais importante transformação foi a passagem do posicionamento político Liberal para o Socialismo, cuja consequência mais significativa foi o deslocamento das preocupações com a autonomia das mulheres para a noção de proteccionismo (reflectido, por exemplo, nas legislações protectoras para as mulheres). De modo geral, a tradição Liberal enfatizava a liberdade das mulheres das restrições que impediam sua auto-regulação. Por outro lado, a influência socialista mantinha a dependência feminina, especialmente em torno do conceito de família e das obrigações femininas com esta. A este respeito, Blay (2001) cita o desabafo de Clara Zetkin em seu diário quanto às ideias de Lenin. Para o líder comunista, era preciso deixar de “perder tempo” com as discussões que as jovens trabalhadoras traziam para os grupos políticos, como o casamento e o sexo, e focar exclusivamente os problemas políticos, também não poupando críticas a Rosa Luxemburgo por realizar trabalhos junto a prostitutas ao invés das trabalhadoras. Esta visão perpetuou-se no movimento de esquerda, e as experiências do “amor livre” dos primeiros anos pós-Revolução acabaram por dar lugar à restauração do sistema de família regulamentado pelo contrato civil. Temas relativos ao corpo, à sexualidade, à reprodução humana, relação afectiva entre homens e mulheres e aborto apenas seriam retomados na “segunda vaga” do feminismo.

A “segunda vaga” do feminismo situa-se entre meados da década de 1960 até meados de 1980, ligando-se aos diversos movimentos sociais surgidos no período pós-guerra cujo objectivo comum era a renegociação das hierarquias de valor e do poder. Vários foram os factores que facilitaram o (re)surgimento do feminismo nesta época: a explosão económica do período pós-guerra e o rápido aumento no padrão de vida deu às mulheres e ao seu trabalho uma imagem diferente, tendo sido chamadas a efectivamente participar no mercado de trabalho (desta vez, de modo completamente distinto do que ocorrera durante a II Guerra Mundial, quando a actuação da mulher no mundo do trabalho era associada a imagens contraditórias que valorizavam a “volta ao lar”), assim como a força surgida no interior do movimento estudantil de finais da década de 1960 e inovações tecnológicas e científicas, tal como a pílula anticoncepcional (Nogueira, 2001b).

De acordo com Fraser (2007), quando a segunda vaga explodiu, as nações de capitalismo avançado na Europa Ocidental e na América do Norte ainda estavam colhendo os frutos da onda de prosperidade que se seguiu à Segunda Guerra Mundial, graças ao desenvolvimento económico aliado à garantia quase plena de emprego para os homens. Incorporando os antes incontroláveis movimentos dos trabalhadores, elas tinham construído um abrangente Estado de bem-estar social e institucionalizado a solidariedade entre as classes em âmbito nacional. Porém, esse acordo histórico de classe repousava sobre uma série de exclusões: de género, raça e etnia, sem mencionar a exploração neo-colonial. Na década de 1960, a relativa calma da “Época de Ouro” foi destruída pela juventude radical que tomou as ruas. Primeiro, para se opor à segregação racial e à Guerra do Vietnam; em seguida, para questionar características centrais da modernidade capitalista que a social-democracia havia naturalizado, como a repressão sexual, o sexismo e a hetero-normatividade, o materialismo, a cultura corporativa, o consumismo e o controle social, entre outras. Novos movimentos sociais surgiram, e, entre eles, a segunda vaga do feminismo - nas palavras de Fraser (op cit, p. 295), “entre os mais visionários”. Nessa fase, o feminismo mantinha uma relação ambivalente com a social-democracia. Por um lado, rejeitava a tendência em limitar as críticas às divisões sociais de classe. Mas, ao mesmo tempo, contava com o *ethos* solidário do Estado de bem-estar social, procurando transformá-lo em uma força que pudesse remediar a dominação masculina.

Tal como já discutimos na primeira parte desta Tese, quando traçamos o histórico da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (CIDM), foi nesta época que os governos de diversos países passaram a criar instituições para lidar com as desigualdades de género. Foi também quando a ONU proclamou o “Ano Internacional da Mulher”, em 1975, abrindo espaço para a discussão pública das temáticas femininas até mesmo em países que viviam sob governos ditatoriais, como Brasil e diversas partes da América Latina (Pedro, 2006).

A preocupação central desta fase do movimento feminista era o fim da opressão feminina, a qual se manifestava não só no mundo do trabalho, mas também (e principalmente) na noção de família nuclear tradicional. Esta foi também a época mais “ruidosa” do movimento, com diversas manifestações de ruas (algumas espontâneas e não planejadas) que até os dias de hoje povoam o imaginário social, como a célebre queima de *soutiens*, cintas e pestanas postiças, em 1968, amplamente explorada pelos meios de comunicação social. Por

outro lado, Nogueira (2001b) afirma que acontecimentos tão ou mais importantes do que este receberam cobertura mediática muito inferior, tal como as mudanças legislativas e de direitos efectivamente implantadas ou a crítica oferecida pela literatura feminista. Neste campo, destacam-se a contribuição da francesa Simone de Beauvoir, com o livro *Le Deuxième Sexe*, nos anos 40, e outros títulos em língua inglesa, principalmente nos Estados Unidos da América, que acabaram por ser depois difundidos na Europa, tais como: *The Feminine Mystique*, de Betty Friedan (1963), *The Female Eunuch*, de Germaine Greer (1970), *The Dialectics of Sex*, de Shulamith Firestone (1971) e *Sexual Politics*, de Kate Millet (1972).

Narvaz e Koller (2006) afirmam que a “segunda vaga” se desenvolveu especialmente nos Estados Unidos da América e na França, polarizando duas posições. As norte-americanas enfatizaram a denúncia da opressão masculina e a busca pela igualdade, enquanto as francesas destacaram a necessidade de serem valorizadas as diferenças entre mulheres e homens, dando especial visibilidade para a experiência das mulheres, geralmente negligenciada. Ambas as propostas deram origem ao que tem sido chamado de “feminismo da igualdade” ou “feminismo da diferença”, com debates acirrados entre os grupos.

No contexto norte-americano, Betty Friedan, uma “dona de casa”<sup>31</sup> foi uma das principais desencadeadoras da “segunda vaga”, não só no seu país, mas pelo mundo a fora, tendo até mesmo visitado o Brasil em 1971, durante o período da ditadura militar. Tudo começou com um encontro de alunas, quando Betty comprovou que, assim como ela, suas antigas colegas estavam insatisfeitas com a sua vida doméstica. A partir de seu trabalho como repórter de uma revista, entrevistou diversas mulheres a respeito de seus problemas com os filhos, o casamento, a casa e a comunidade e constatou a existência de um “problema mal formulado” ou o “mal sem nome”, um sentimento de estar vazia, incompleta, sentir-se cansada e sem paciência para os filhos. Frequentemente, tais mulheres acabavam em consultórios médicos ou psiquiátricos e eram “tratadas” com tranquilizantes. Mas Friedman não aceitou as explicações superficiais para o fenómeno (Duarte, 2006). Na sua avaliação do problema, considerava que o mito da feminilidade, estritamente confinada aos limites do papel feminino tradicional, mas revestida de uma “exigência científica”, estava na origem da forte incidência de depressões e procura de ajuda especializada que se verificava entre as americanas da classe média, em idade activa e com família. Segundo a autora, estava-se perante um fenómeno novo, resultante da divergência entre as aspirações desta geração de

---

<sup>31</sup> Embora Friedman tivesse formação em psicologia e tivesse actuado como psicóloga clínica e investigadora (Amâncio, 2002a), ficou mais conhecida como “dona de casa” e jornalista.

mulheres qualificadas e o lugar que a sociedade lhes reservava. Para Friedman, o problema era a “mística feminina” (título do livro que publicou em 1963), isto é, uma super valorização dos papéis caracteristicamente femininos como o de dona de casa, esposa e mãe. Não se ajustar a estes papéis era, afinal, o tal “mal sem nome”. A identificação deste fenómeno surgiu num capítulo intitulado “*The problem that has no name*”, precisamente para salientar o facto de este não ser, sequer, objecto de interrogação por parte da comunidade científica (Amâncio, 2002a).

O livro causou um enorme impacto na sociedade norte-americana, sendo o despoletador da fundação de uma organização nacional de mulheres (NOW, *National Organization for Women*), cujos objectivos principais eram denunciar o sexismo da sociedade e o consumismo que transformava as mulheres em objectos e a busca da auto-realização e da identidade individual. Para isso, reivindicavam oportunidades iguais de acesso ao trabalho e à instrução, paridade de salários para tarefas iguais, legalização do aborto e abertura de creches em tempo integral em todo o país. Apesar de ter como componentes apenas as mulheres brancas da classe média, desconsiderando os problemas das classes inferiores e minorias raciais, este movimento não deixou de ter grande importância e, obviamente, foi acompanhado por reacções de descrédito e sarcasmo. A imprensa logo passou a desqualificar as manifestações públicas de mulheres, chamando-as de histéricas, frustradas, neuróticas, homossexuais e com ódio contra os homens (Duarte, 2006).

Conceição Nogueira (2001b) lembra ainda as diferenças locais dos feminismos. Os países da Escandinávia nunca experienciaram uma segunda vaga, tendo prosseguido com os objectivos da primeira vaga, isto é, fazendo reformas, muitas delas conseguidas porque associadas a governos socialistas. Em Itália, distingue-se frequentemente três ou quatro vagas, e não duas. Em países como Portugal<sup>32</sup> e Grécia, submetidos a regimes ditatoriais, os movimentos das mulheres dos anos 70 e 80 parecem ser semelhantes aos da primeira vaga. Em parte, isso deve-se ao efeito das duas grandes guerras e às ideologias fascistas que governavam a Europa na época. Sob as ditaduras militares em Portugal, Espanha e Grécia, e os governos fascistas totalitários na Itália e na Alemanha dos anos 1930, as mulheres europeias foram forçadas a voltar-se exclusivamente para o seu papel de procriadoras. Assim, dentro das fronteiras nacionais, cada país foi produzindo o seu discurso. Por exemplo, as francesas contribuíram em debates mais abstracto-filosóficos, as italianas estiveram mais

---

<sup>32</sup> Maiores pormenores do movimento feminista em Portugal serão apresentados adiante.

ligadas ao activismo político e à teoria política de esquerda, as alemãs mais orientadas para o pragmatismo e para a história, as suecas e as finlandesas sendo mais reformistas e as norueguesas, dinamarquesas e portuguesas produzindo algumas obras literárias polémicas, como “as Três-marias”. Desta forma, o mais correcto é falarmos em feminismo no plural: feminismos.

A despeito destas lutas internas, os movimentos feministas sempre foram marcados por uma grande “irmandade internacional”, isto é, um sentimento de solidariedade entre os diversos grupos, ainda que cada qual tivesse suas próprias bandeiras de luta. De um modo geral, os feminismos desta época modificaram o imaginário político internacional, desafiando as exclusões de género dentro da social-democracia, problematizando o paternalismo do Estado de bem-estar social e a família burguesa. Expuseram o amplo androcentrismo da sociedade capitalista e “politizaram o pessoal”, contestando não apenas a distribuição socioeconómica, mas também o trabalho doméstico, a reprodução sexual e a sexualidade. A frase “o pessoal é político” talvez seja a que melhor sintetize as preocupações deste momento (Fraser, 2007).

A “terceira vaga” geralmente é situada em meados dos anos 1980, quando começou a ser sistematicamente afirmado, não só nos *media*, mas também entre as próprias feministas, que o feminismo estava “fora de moda”. Em parte, isso se deve ao facto de muitas das exigências feministas, pelo menos no campo formal e legal, principalmente nos países da Europa ocidental, terem sido alcançadas. Formalmente, em um sentido amplo de cidadania, as desigualdades e injustiças foram extintas das leis. Consequentemente, as gerações mais novas, por já viverem em um mundo mais igualitário, estavam desinteressadas e completamente indiferentes às lutas que foram travadas no passado (Nogueira, 2001b). Contudo, como bem lembra Elza Pais (1998), as mudanças legais demoram a se concretizar no senso comum, fazendo com que as dificuldades das mulheres estejam muito mais no plano da legitimidade do que da legalidade. Neste sentido, a acção dos movimentos feministas permanece sendo importante e, por isso, esta fase também tem sido chamada de “pós-feminista”.

Ana Gabriela Macedo (2006) afirma que o pós-feminismo é um conceito que apresenta variantes em sua definição. De acordo com algumas correntes, seria aquele que se aproxima do discurso do pós-modernismo, na medida em que ambos têm como objectivo desconstruir ou desestabilizar o género como categoria imutável, estando a sua génese nos finais dos anos 1960, em França, entre as “teóricas da diferença” (Julia Kristeva e Hélène



Cixous, entre outras), que têm como base a psicanálise e defendem que as subjectividades feminina e masculina são intrinsecamente diferentes. Outra corrente considera que a aproximação do feminismo ao pós-modernismo é problemática, pois incorpora um outro tipo de feminismo de terceira vaga, o qual se identifica a uma agenda liberal e individualista e considera que as principais reivindicações de igualdade entre os sexos já foram realizadas. Esta é uma versão conservadora e acomodada, que tem sido identificada com o chamado *backlash* ideológico do feminismo (ou, contra-feminismo, defendido por mulheres como Camille Paglia ou Christina Hoff Sommer e muitos homens). Por fim, o termo pós-feminista tem sido reivindicado por feministas que não aceitam as falácias apressadas do “contra-feminismo” e o seu descartar de muitas questões fundamentais para as mulheres contemporâneas, focando principalmente a representação e os *media*, a produção e a leitura de textos culturais. Esta corrente se empenha em reafirmar as batalhas já ganhas pelas mulheres, ao mesmo tempo em que procura reinventar o feminismo, exigindo que as mulheres se tornem mais reivindicativas e empenhadas nas lutas em várias frentes, tal como afirmado por Germaine Greer, Teresa de Lauretis, Griselda Pollock, Susan Bordo, Elizabeth Grosz, Judith Butler, Donna Haraway, entre outras.

A respeito do feminismo da terceira vaga associado ao *backlash*, Hawkesworth (2006) apresenta uma interessante análise sobre o que chama de “enterro prematuro do feminismo”. De acordo com a autora, a concretização de diversas reivindicações do feminismo e o crescimento exponencial do movimento por todo o mundo foi acompanhado por um “fenómeno estranho”: a declaração de que o feminismo estaria morto. Desde o fim dos anos 1970 e até os dias actuais, jornalistas, académicos e, até mesmo, algumas académicas feministas, declararam o fim do movimento e proclamaram uma era pós-feminista. Na sua interpretação do fenómeno, a autora afirma que esta não passa de uma estratégia deliberada para tentar eliminar um suposto “perigo” para a comunidade.

Uma das primeiras “mensageiras da morte” foi Verónica Geng, que publicou, como matéria de capa da revista norte-americana *Harper*, o artigo intitulado “Requiém para o movimento de mulheres”. Era Novembro de 1976 e, como lembra Hawkesworth (op cit, p. 740), “não houve nada de especial em Novembro de 1976 que sinalizasse a morte do feminismo, nenhum cataclismo, nenhum acidente trágico, nenhum trauma social que lembrasse morte e nenhum drama de cabeceira; simplesmente surgiu um mensageiro com a notícia”. No artigo, Geng afirmava que o movimento de mulheres tinha perdido o seu ponto

de apoio, distanciando-se das mulheres americanas e abandonando o propósito inicial de consciencialização e política de confrontação, dividindo-se em diversas facções. Desta forma, a morte do feminismo teria sido causada por processos internos ao próprio feminismo. Contudo, Hawkesworth (op cit, p. 742) avalia a situação de modo diferente: “o que os cientistas sociais caracterizam como divisão e especialização do trabalho, essenciais ao crescimento a longo prazo das organizações, Geng descreve como fragmentação e dissolução [...] o cultivo de um feminismo internacional inclusivo, Geng constrói como uma dose letal de diferença [...].

Outra “declaração de morte” analisada por Hawkesworth (op cit) é um texto de Nicholas Davidson, de 1988, em que aclamava o advento do pós-feminismo como uma revolta contra as feministas, não num movimento de regressão, mas de progressão para além do feminismo que “engajará milhões de jovens mulheres solteiras em revolta contra as expectativas unissexistas que encontram”. Mas ele ainda vai além, afirmando que as feministas “devem ser enfrentadas em cada passo do caminho, desde nossos partidos políticos até nossas festas, ou prevalecerão em decorrência daquilo que, em muitos casos, tem sido seu maior trunfo: a nossa mera falta de resistência” (citações apresentadas por Hawkesworth, op cit, p. 743).

Como vemos, em muitos casos, não se trata de um projecto disfarçado de combate aos ideais feministas. O *backlash* é bastante explícito. Mas há também aqueles (em sua maioria homens) que se autoproclamam feministas na academia e, sob o disfarce de estudarem relações de género, trazem os homens de volta ao centro de análise e sugerem que as mulheres são interesse de análise apenas com relação ao masculino, desconsiderando completamente outros grupos, como as lésbicas e os gays. É o que Tania Modleski (citada por Hawkesworth, op cit) chama de “feminismo sem mulheres” ou Macedo (2006) classifica como “contra-feminismo”.

Ainda com relação ao *backlash*, Haste (1993, citada por Nogueira, 2001b) considera que pode ser de três tipos: (i) regressivo, pretendendo um retorno aos valores tradicionais com relação aos papéis sexuais; (ii) reactivo, que argumenta que o feminismo, ao invés de propiciar um estado de felicidade para as mulheres, deixou-as “exaustas” com a combinação de papéis sem a necessária alteração no papel masculino (frequentemente citando como exemplo as executivas que têm dificuldades em conciliar seu trabalho com o casamento e a maternidade). Outra versão deste tipo de *backlash* considera que as mulheres já atingiram

tudo o que queriam, afirmando que estamos em uma era pós-feminista e (iii) alternativo defensivo, que argumenta que o próprio feminismo é o inimigo das reformas necessárias por dar poder às mulheres sem possibilitar o envolvimento dos homens na esfera privada, apelando para a necessidade de criar novas masculinidades.

Esta forte reacção anti-feminista teve e continua a ter grande adesão nos Estados Unidos da América, travestindo-se, na versão popular, como “a grande mentira sob um ar de verdade” (Costa, 2005, p. 23), proclamando que as mesmas conquistas que levaram as mulheres a uma posição superior foram as causas de sua ruína. Ideias ambíguas como “você pode ser livre e igual o quanto quiser, mas nunca se sentiu tão infeliz” percorrem o país inteiro juntamente com uma longa lista de infortúnios atribuídos ao feminismo. Suely Costa (op cit) afirma que esta difusa infelicidade pretende desqualificar os movimentos feministas, sendo uma conduta adoptada pelos governos Reagan e Bush. Desta forma, o *backlash* é um contra-ataque para impedir o progresso das mulheres, em grande parte advindo dos fundamentalistas evangélicos com ligações com a Casa Branca. Contudo, devido ao amplo potencial de difusão de informação e formação de opinião estadunidense, aliado à expansão do projecto neoliberal, este movimento tem-se instalado em diversos outros contextos. Além disso, a derrocada do Estado de bem-estar social, um pouco por todo o mundo, tem levado à desresponsabilização dos Estados de muitas de suas funções públicas, devolvendo ao espaço privado e às mulheres uma enorme gama de serviços e obrigações.

Tal como já afirmamos, esta divisão histórica por vagas não é definitiva e, tampouco, a única maneira de descrever os movimentos feministas contemporâneos que, por sua complexidade e variabilidade, não podem ser reduzidos a simples classificações. Desta forma, Nancy Fraser (2007) propõe uma outra descrição dos desenvolvimentos recentes dos feminismos, onde a chamada “segunda vaga” estaria dividida em três fases. No primeiro momento, tal como já descrito, o feminismo estaria relacionado aos novos movimentos sociais da década de 1960. Por volta de 1989, com a queda do comunismo do leste europeu e o declínio da chamada “nova esquerda”, houve uma expansão do neo-liberalismo e as críticas anti-economicistas foram ressignificadas e incorporadas em um novo imaginário político que colocou as questões culturais em primeiro plano. Este é o período que Fraser (op cit) descreve como segunda fase, dedicada mais à “política das identidades”, onde o reconhecimento das diferenças foi a principal bandeira do feminismo, em detrimento da promoção da igualdade. O

resultado foi uma grande mudança no ideal feminista. Se as gerações anteriores buscavam a equidade social, esta investia de modo maciço nas mudanças culturais.

Contudo, apesar de não ter sido percebido na época, a fase da “política de identidades” coincidiu com um momento político mais amplo, e esta coincidência não foi favorável ao movimento feminista. O problema está na relativa autonomização do projecto cultural de um projecto de transformação político-económica de justiça distributiva. Ainda que não fosse esta a intenção, na medida em que negligenciou os desdobramentos geopolíticos e político-económicos, essa abordagem não pode se opor às políticas de livre mercado e ao chauvinismo de direita que emergiu delas (tal como o já descrito *backlash*). O período posterior ao 11 de Setembro marcou alterações políticas profundas e globais para as quais o feminismo, especialmente o norte-americano, não estava preparado. Na Europa Ocidental, o foco social-democrata na política de retribuição abriu espaço para a “terceira via”, adoptando uma concepção neoliberal de “flexibilização do mercado de trabalho”, ao mesmo tempo em que procurava manter um perfil político progressista, procurando-se superar as hierarquias através de políticas anti-discriminatórias e/ou culturais. Reflexos semelhantes se fizeram sentir também no chamado “terceiro mundo”, com a redução dos fluxos de ajuda para a periferia e redução drástica dos projectos de redistribuição igualitária.

Por outro lado, na Europa e em outros lugares, as feministas estavam (e ainda estão) descobrindo novas possibilidades e oportunidades políticas a partir de espaços transnacionais. Este é o que Fraser (op cit) considera como terceiro momento da segunda vaga do feminismo, um período de reinvenção. A partir do abrangente *slogan* “direitos das mulheres, direitos humanos”, as feministas de todo o mundo estão se unindo em lutas contra práticas patriarcais locais concomitantemente a campanhas para reformar o direito internacional. A preocupação maior é com a superação de injustiças interligadas, como a má distribuição da renda e o não reconhecimento das mulheres. Na perspectiva da autora, a primeira fase (novos movimentos sociais) alcançou os feminismos da América do Norte e da Europa Ocidental, enquanto a segunda fase (políticas de identidades) foi mais expressa nos EUA, embora tenha repercussões também em outros contextos. A terceira fase, por sua vez, é mais desenvolvida em espaços transnacionais, do qual a Comunidade Europeia é o exemplo paradigmático, mas não único, citando também os espaços transnacionais que cercam as várias agências das

Nações Unidas e o Fórum Social Mundial, ao que acrescentaríamos também a Marcha Mundial de Mulheres<sup>33</sup>.

### **3.2 Feminismo(s) e movimentos de mulheres em Portugal<sup>34</sup>**

A história do movimento de mulheres em Portugal, suas conquistas e dificuldades, está intimamente relacionada com o desenvolvimento político do país, especialmente com as transformações ocorridas a partir da metade do último século. O início do feminismo (“primeira vaga”) em Portugal não foi muito distinto do que ocorreu em outros países europeus e nos EUA. Contudo, neste momento inicial, uma das grandes reivindicações dos movimentos sociais locais era o fim da Monarquia e a instauração da República (Azambuja, Nogueira & Saavedra, 2007). Desta forma, o primeiro grupo organizado em torno das questões femininas foi o Grupo Português de Estudos Feministas, liderado por Ana de Castro Osório, fundadora também da Liga Republicana de Mulheres Portuguesas, em 1909. Paralelamente à causa republicana, a Liga defendia a protecção, educação e instrução da mulher e da criança, a independência económica das mulheres e conquista dos direitos civis e políticos. A partir da instauração da República, em 1910, o país ingressou num período de instabilidade económica, política e social. Apanhada no meio deste conturbado período, a Liga foi atravessada por diferentes visões sobre o sufrágio das mulheres, o que desencadeou cisões entre os seus membros, vindo a ser extinta em 1918 (Lamas, 1995).

Em 1914, Adelaide Cabete fundou o Conselho Nacional de Mulheres Portuguesas (CNMP), que iria durar até 1947, sendo a organização de maior e mais longo impacto no movimento para a emancipação da mulher em Portugal (Silva, 1992). Seu principal objectivo era promover um melhoramento integral da situação da mulher e da criança na sociedade, reunindo pessoas e associações numa base política e ideologicamente neutra. O CNMP não era uma organização de âmbito exclusivamente nacional, encontrando-se federado no Conselho Internacional das Mulheres (*International Council of Women*), fundado em Washington, em 1888, por americanas, inglesas e francesas. Nos países mais desenvolvidos, o Conselho era uma federação de associações feministas; em Portugal, funcionava com um

---

<sup>33</sup> Movimento que surgiu em 1995, com uma manifestação de cerca de 850 mulheres canadianas que “marcharam” durante 10 dias através do Quebec para reivindicar medidas de erradicação da pobreza. Prosseguindo com estes ideais, no ano 2000, mais de 6.000 grupos, provenientes de mais de 160 países e territórios, “marcharam” por dois temas principais: erradicação da pobreza no mundo e fim da violência contra as mulheres. Desde então, o movimento tem congregado organizações feministas e de mulheres de todas as partes do mundo. Informações disponíveis em: <http://www.umarfeminismos.org/marchamundialmulheres/historial.html>, acessado em 29 Fev. 2008.

<sup>34</sup> Algumas partes deste capítulo foram publicadas em Azambuja, Nogueira e Saavedra (2007).

escasso número de sócias individuais. Ainda que a associação fosse apolítica, o facto de ser formada por antigas adeptas da Liga das Mulheres Republicanas era suficiente para que os monárquicos e as “senhoras da sociedade” as olhassem com desconfiança. Quanto aos republicanos, olhavam-nas com indiferença (Guimarães, 1991).

De acordo com o testemunho de Elina Guimarães (op cit), houve mulheres que ajudaram a proclamação da República, destacando as figuras de Adelaide Cabete e Ana de Castro Osório, as mesmas que bordaram, em segredo, a primeira bandeira a ser hasteada em Lisboa quando da proclamação da República. De início, as mulheres foram lembradas, como comprova a promulgação do Decreto nº 01 sobre o casamento, pelo qual a mulher deixava de prestar obediência ao marido, sendo o casamento baseado na igualdade. Contudo, continuaram a existir disposições do Código Civil que contrariavam essas disposições, impedindo a mulher casada de praticar qualquer acto sem a autorização do marido. O Decreto nº 02 facilitava a investigação da paternidade ilegítima, mas foi visto mais como fonte de imoralidade do que conquista feminina. Portanto, as alterações causadas pela República na existência feminina não foram de efeito imediato e, tampouco, espetacular. No entanto, vagarosamente, algumas mudanças iam sendo realizadas, tal como comprova a nomeação de Carolina Michaelis de Vasconcelos com catedrática na Universidade de Coimbra. Em 1912, Dr.<sup>a</sup> Carolina Beatriz Angelo, médica, viúva e chefe de família, aproveitando-se de uma “brecha” na legislação, requereu sua inscrição como eleitora nas eleições municipais, até então reservadas aos “chefes de família”. Foi a primeira portuguesa e latino-europeia a votar. Mas a lei rapidamente foi alterada para “os chefes de família do sexo masculino”. Tal como já afirmado, uma das razões para a extinção da Liga das Mulheres Republicanas foi justamente a proclamação da República, pois, uma vez que as mulheres não votavam, a Liga deixara de interessar aos políticos.

Elina Guimarães (op cit) ainda lembra que, durante a I Guerra Mundial, Ana de Castro Osório fundou a Cruzada das Mulheres Portuguesas, em 1917, uma associação feminina patriótica para apoiar os soldados portugueses e suas famílias. Esta não era uma associação feminista, mas pró-feminista, tendo como mérito a capacidade de associar as mulheres em torno de grandes causas. De modo semelhante, a Cruz Vermelha Portuguesa, a instâncias do governo português, recrutou “senhoras” para partirem para a França como enfermeiras com o Corpo Expedicionário Português, causando grande impacto na sociedade da época. Neste mesmo ano, foi legalmente abolida a incapacidade em razão do sexo, o que impedia as

mulheres de praticarem certos actos (como o de ser tutora). Desta forma, a guerra alterou profundamente a vida das mulheres. Em diversos países (com excepção dos latinos, de modo geral), foram-lhes concedidos direitos políticos. As mulheres passaram a participar mais activamente na vida social e a não aceitar as limitações que lhes eram impostas. Em 1920, foi estabelecida a co-educação em Portugal, mesma época em que algumas raparigas terminaram seus estudos universitários. Eram médicas, cientistas, poetisas, advogadas, historiadoras e muitas outras profissões.

Contudo, os distúrbios políticos, económicos e sociais da fase inicial da República foram agravados pela participação do país na I Guerra Mundial. Em 1928, António de Oliveira Salazar foi empossado como Ministro das Finanças e, introduzindo políticas de contenção, conseguiu equilibrar a situação económico-financeira do país, construindo uma imagem de poder. Esta imagem e sua influência política permitiram que aprovasse uma nova Constituição, em 1933, iniciando o período conhecido por “Estado Novo”, marcado pelo autoritarismo. Foram proibidas as associações políticas e as greves e instaurada a polícia política (PIDE, Polícia Internacional de Defesa do Estado). Desta forma, as principais ferramentas de dominação do “salazarismo” eram o medo e a ignorância (Azambuja, Nogueira & Saavedra, 2007, Barreto, 1996, Nogueira, Saavedra & Neves, 2006).

Ainda assim, a “primeira vaga” do feminismo português prolongou-se um pouco além do início dos anos 1930, com alguma sobrevivência durante o regime salazarista. Durante os primeiros anos do regime fascista, a actividade do CNMP parece ter passado despercebida, tendo conseguido realizar o seu Congresso Feminista de 1928 e até 1936 (Lamas, 1995). No entanto, em 1947, foi definitivamente encerrado na sequência de uma exposição de mulheres escritoras de todo o mundo. Neste momento, o CNMP contava com cerca de 2.000 sócias espalhadas por todo o país.

Portanto, a política de Salazar foi determinante para as mulheres portuguesas. A Constituição de 1933 estabeleceu, pela primeira vez, a igualdade dos cidadãos - sem deixar, no entanto, de salvaguardar quanto à mulher “as diferenças resultantes da sua natureza e do bem da sua família” (Belo, Alão & Cabral, 1987, p. 264). Na lei eleitoral de 1934, apenas podiam votar as mulheres com um diploma universitário ou especial secundário e, pela primeira vez, também, podiam votar as mulheres encaradas como chefes de família (viúvas, separadas e aquelas cujos maridos estivessem ausentes). Em termos globais, Salazar considerava que a mulher não era um elemento interveniente na vida pública, mas um

elemento da família. O trabalho da mulher fora de casa era considerado negativo, pois desagrega o lar e separa os membros da família. No entanto, Salazar atribuiu a algumas mulheres funções políticas precisas e de confiança do aparelho ideológico do regime. É assim que, às três deputadas eleitas em 1934, foi entregue a direcção da “Obra das Mães para a Educação Nacional”, fundada em 1936, e da “Mocidade Portuguesa Feminina”, fundada dois anos mais tarde. Estas duas organizações foram importantes meios de “fascização” relativamente à mulher, servindo de correia de transmissão para a ideologia que se resumia na célebre trilogia “Deus, Pátria e Família” (Lamas, 1995).

A estratégia salazarista era a glorificação da maternidade feminina. Assim, quando as mulheres detentoras de curso secundário tiveram o direito de votar, em 1931, faziam-no a partir deste posicionamento “porque o direito ao voto para a mulher era a consagração da sua missão de esposa e mãe e consolidaria o sagrado edifício da família...” (Guimarães, 1991, p. 15). Na avaliação desta feminista, o Estado Novo não mandou as mulheres brutalmente para casa, fê-lo de modo muito mais subtil. Assim, as supostas “concessões” às mulheres eram acompanhadas de retrocessos, tal como a promulgação do Novo Código de Processo Civil, de 1939, que restabeleceu para o marido o privilégio de poder obrigar a mulher a regressar, pela força, ao lar. O fim da II Guerra Mundial e a consequente destruição dos regimes fascista e nazista modificaram o panorama nacional. O abrandamento temporário permitiu o surgimento do Movimento de Unidade Democrática, organização política de oposição ao fascismo criada com a autorização do governo a fim de reorganizar a oposição e prepará-la para as eleições. Apesar de não ser uma organização feminista, contou com a participação de numerosas mulheres. A participação política feminina já era um facto e, a partir de então, seria tomada mais a sério. Todavia, devido à grande adesão, o MUD foi tornado ilegal por Salazar em 1948. Ainda assim, algumas transformações sociais começaram a ocorrer: em 1952, uma lei passou a considerar punível com prisão o abandono da família; a partir de 1954, a autorização conjugal para que a mulher casada deixasse o país foi substituída pela autorização oficial, deixando de ser necessária em 1961.

Neste mesmo ano, iniciou-se a Guerra Colonial em Angola, logo seguida por Moçambique e Guiné, fazendo com que até o início de 1970 um enorme contingente de soldados tivesse sido enviado para o continente africano e tornando o serviço militar um dos principais factores de socialização dos jovens portugueses da época (Barreto, 1996). Em 1968, Salazar ficou fortemente doente, assumindo o seu lugar Marcelo Caetano. Apesar de



uma aparente abertura, o “espírito marcelista” manteve intacta a estrutura salazarista: a censura, a PIDE e a guerra colonial. Neste período, as mulheres portuguesas desenvolveram um importante papel na luta contra a guerra colonial, contra a degradação das condições de vida e de trabalho, pela liberdade dos presos políticos e por eleições. Assim, em 1968, surgiu o Movimento Democrático de Mulheres, cujas raízes se encontram nos antigos movimentos feministas, tais como a Liga das Mulheres Republicanas (1909-1919) ou o Conselho Nacional das Mulheres Portuguesas (1914-1947) (Azambuja, Nogueira & Saavedra, 2007).

Em 25 de Abril de 1974 se iniciou uma nova etapa histórica para o país. A insatisfação da população com a guerra colonial se uniu ao descontentamento dos soldados que lutavam na África, responsáveis pela queda do regime. A “Revolução de Abril” marcou um período de gradual e progressiva democratização, trazendo novos factos para Portugal: pela primeira vez, houve o sufrágio universal e eleições livres; a liberdade de opinião foi restaurada; o mais antigo império colonial do mundo acabou (em apenas um ano, mais de 600.000 portugueses retornaram da África) (Barreto, 1996). Quanto ao feminismo, pouco antes da Revolução de Abril, verificou-se um recrudescimento do movimento em Portugal (Azambuja, Nogueira & Saavedra, op cit) sendo, talvez, o marco mais importante dessa época a publicação das “Novas Cartas Portuguesas”, de Maria Teresa Horta, Maria Isabel Barreno e Maria Velho da Costa, também conhecidas pelas “Três-marias”. Esta publicação foi confiscada pela censura e as autoras só não foram presas devido à pressão internacional (Magalhães, 1998; Nogueira, 2001b).

O período posterior à Revolução de Abril foi de crise constante, com alguma estabilidade apenas a partir de 1985. Ainda assim, no período de cerca de 20 anos que sucedeu à Revolução, houve uma adaptação e conformação às normas e padrões europeus: o nível de envelhecimento se assemelhou ao dos outros países do continente; o maior nível de iletracia que caracterizou o país durante o regime salazarista praticamente desapareceu; o sector dos serviços floresceu; o Estado de bem-estar social, que era praticamente inexistente, universalizou-se; a sociedade tornou-se mais diversificada; a liberdade religiosa se tornou uma realidade e as associações e partidos políticos se organizaram. As mulheres começaram a ser reconhecidas como cidadãs: tiveram acesso a todas as profissões, direito ao voto, puderam abrir contas bancárias próprias, a ter passaporte e sair do país sem necessitar de autorização do marido. Obviamente, todas estas transformações não ocorreram tacitamente e só foram possíveis com muita negociação. E, provavelmente por isto, muito ainda está por fazer: o

Estado permanece centralizador, excessivamente burocrático, com pouca participação da sociedade civil e com grandes desigualdades sociais (Nogueira, Saavedra & Neves, 2006).

Quanto ao feminismo académico, Nogueira, Saavedra e Neves (op cit) apresentam uma importante análise do contexto português e das dificuldades e facilidades para a implantação de um projecto efectivamente feminista na psicologia. Contudo, para efectuarmos esta análise, é preciso compreender primeiro o modo como as ideias feministas entraram na academia, particularmente no domínio da psicologia. Saavedra e Nogueira (2006) discutem a existência de três grandes fases nos estudos de género e das posturas feministas na psicologia. O primeiro período é chamado pelas autoras de “pré-feminista”, quando a figura feminina estava ausente ou desvalorizada no conhecimento produzido na psicologia. Esta fase coincide com a afirmação da psicologia como ciência moderna<sup>35</sup>, separada da filosofia.

Os primeiros estudos na psicologia sobre as diferenças entre homens e mulheres<sup>36</sup> foram realizados em finais do século XIX e início do século XX e, devido à aproximação com a biologia, detiveram-se em analisar as diferenças entre os sexos quanto a capacidades motoras, fisiologia e anatomia cerebral. As conclusões destes estudos mais difundidas foram a suposta inferioridade intelectual das mulheres em decorrência do menor tamanho de seus cérebros e a passividade feminina, fundamentada na imobilidade das células sexuais femininas. Adicionalmente, a ideia de que a menstruação provocava inúmeros distúrbios físicos nas mulheres também era utilizada para justificar a incompatibilidade feminina para actividades intelectuais e académicas. Contudo, por volta dos anos 1920, as mulheres começaram a ingressar nas escolas e universidades, demonstrando que seu intelecto não era inferior ao dos homens. Ainda assim, persistiram as preocupações com as possibilidades negativas da escolarização feminina na maternidade. Foi também nesta época que o foco dos estudos sobre as diferenças entre os sexos se voltou para as diferenças de personalidade, vigorando até o início dos anos 1970. Desta forma, nesta fase “pré-feminista” da psicologia, os estudos dirigiam-se para uma perspectiva individualizante das diferenças entre os sexos, sendo estas diferenças vistas como estáveis e universais e remetendo a mulher para uma situação de inferioridade (Saavedra & Nogueira, op cit).

A segunda fase descrita pelas autoras é a da “psicologia da mulher”, quando ocorre a afirmação da figura feminina e uma nova abordagem face aos pressupostos teóricos e

---

<sup>35</sup> Tema que será abordado no Capítulo 4.

<sup>36</sup> O conceito de género será novamente analisado no Capítulo 4.

metodológicos sobre a representação do sexo feminino e da própria concepção de ciência, a qual coincide com a “segunda vaga” do feminismo. Nessa época, as psicólogas feministas procuraram rever e reconstruir a disciplina a partir da denúncias às lacunas e falsificações e generalizações abusivas de um saber que identifica o masculino com o universal e que exclui e subordina as mulheres. A necessidade de criar um espaço de visibilidade e reconhecimento para o trabalho desta nova geração de investigadoras conduziu à emergência da “psicologia da mulher”, que se institucionalizou com a criação da Divisão 35 (*Psychology of Women Division*) no seio da *American Psychological Association* (APA), em 1974, e da *British Psychological Association*. A fundação das Revistas *Sex-Roles*, em 1975, e *Psychology of Women Quarterly*, em 1977, afirmaram a constituição desta nova área de estudos (Amâncio, 2002a).

Nos anos seguintes, o grande debate passou a ser a análise da medida em que as mulheres são diferentes ou iguais aos homens e o que suporta essa igualdade ou diferença, sendo que os pressupostos teóricos e as investigações dividem-se em: (i) justificar a igualdade de características entre os géneros, criticando a forma com as pesquisas são conduzidas, (ii) justificar as diferenças entre os géneros e (iii) valorizar as diferenças entre os géneros e destruir a associação entre sexo e género. Contudo, a “psicologia da mulher” é criticada por muitas feministas pelo facto de pressupor uma visão essencialista ao sugerir que as mulheres são um grupo unitário que partilha um conjunto de qualidades, traços e capacidades, inatas ou adquiridas que lhes condicionam o comportamento. Igualmente, existe a crítica de que muitas pessoas pesquisam sobre mulheres sem, necessariamente, utilizarem a crítica feminista. Desta forma,

despida da sua orientação, valor feminista e postura activista, a psicologia das mulheres é pouco diferente da psicologia tradicional, apenas com a adição de mulheres como tópico de estudo. Este posicionamento é, obviamente, muito pouco crítico e pouco comprometedor em termos académicos (Saavedra & Nogueira, op cit, p. 121).

Com essa afirmativa, entramos no campo que as autoras descrevem como o “terceiro período” dos estudos de género e das posturas feministas na psicologia. Com início entre finais dos anos 1980 e início dos anos 1990, resulta da confluência de uma série de perspectivas que, de modo genérico, têm sido descritas como “pós-modernas” e que colocam em causa os pressupostos positivistas-empiricistas da ciência. Assim, o termo “psicologia feminista” é caracterizado pela valorização da mulher como objecto de estudo e pela adopção

de uma vertente política, fortemente associada à transformação social. No Capítulo 4 voltaremos a essas discussões, mas, antes, retomamos a análise do contexto português quanto ao feminismo académico.

Azambuja, Nogueira e Saavedra (2007) afirmam que, até 1975, a psicologia era exercida e ministrada essencialmente em instituições do Estado (como o Instituto de Orientação Profissional, IOP, criado em 1925, e o Centro de Estudos Politécnicos das Forças Armadas, criado em 1960), colaborando de forma significativa com este (por exemplo, através da selecção de soldados para a Guerra Colonial) e actuando principalmente na testagem psicológica. O primeiro curso universitário em psicologia foi criado em 1968, numa instituição privada mantida pela igreja católica (Instituto de Psicologia Aplicada, IPA), o que reflecte a força da igreja neste período e seu alinhamento ao governo fascista. Os primeiros cursos em universidades públicas surgiram apenas após a Revolução de Abril, mais precisamente em 1976, nas universidades de Lisboa, Porto e Coimbra, fortemente marcados pelos modelos positivistas de ciência. Em 1991, a Universidade do Minho criou o seu curso de psicologia, representando um novo direccionamento no panorama nacional. Apesar de partilhar com as outras universidades o modelo positivista, na Universidade do Minho sempre houve abertura para novas perspectivas, tal como comprova a criação da disciplina “Psicologia e Diversidade” no Mestrado Integrado, onde se leccionam matérias relativas ao género e ao feminismo, ao racismo e a questões “LGBT” (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgéneros).

Em 1997, Conceição Nogueira, docente da Universidade do Minho responsável pelas disciplinas acima citadas, além das de psicologia social, concluiu a tese de doutoramento intitulada “Um novo olhar sobre as relações sociais de género: perspectiva feminista crítica na psicologia social”, sendo considerada por Amâncio (2002b) como a primeira psicóloga feminista em Portugal. Na sequência da abertura académica do curso de Psicologia da Universidade do Minho e do importante papel desempenhado pela tese de Conceição Nogueira, foi possível que Luísa Saavedra, sob sua orientação, defendesse em 2001 outra tese declaradamente feminista (Saavedra, 2001). Mais recentemente, Ana Sofia Neves (2005), também sob orientação de Conceição Nogueira, defendeu a tese intitulada “A (des)construção dos discursos genderizados sobre o Amor, o Poder e a Violência nas relações íntimas: metodologias feministas na Psicologia Social Crítica”. E, em 2006, ocorreram as primeiras mesas-temáticas (duas) sobre psicologia feminista em um congresso organizado por uma

organização nacional de psicologia, o VI Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Psicologia (realizado entre 28 e 30 de Novembro de 2006, Universidade de Évora) (Azambuja, Nogueira & Saavedra, 2007; Nogueira, Neves & Saavedra, 2006).

Na análise de Amâncio (2002b), o tardio desenvolvimento da psicologia e do feminismo académico em Portugal representou algumas vantagens para a instalação de um projecto de psicologia efectivamente feminista. Devido à tardia criação dos cursos de psicologia, não houve a institucionalização dos “estudos das mulheres” (*women’s studies*), em termos mundiais ocorridos na década de 1970. Consequentemente, os debates entre *women’s studies* e *gender studies* não ocorreram na psicologia portuguesa. Assim, diferentemente de outros países, não houve uma resistência de grupos já estabelecidos e dominantes na área contra a criação de uma psicologia feminista. Ainda assim, esta não tem sido uma tarefa fácil, tal como demonstra o reduzido número de pesquisadores(as) que se declaram como feministas. Foi preciso referir-se primeiro aos estudos de género, área relativamente bem aceita na academia para, aos poucos, ir introduzindo as questões feministas (Azambuja, Nogueira & Saavedra, 2007). De acordo com Tavares (2000), a falta de debate, de fundamentação teórica e a “timidez” dos movimentos de mulheres e feministas em Portugal podem ter contribuído para uma certa “fragilidade” na sua transposição para a academia.

Efectivamente, em 1995, os *women’s studies* davam ainda os primeiros passos no país. Nesse ano, Marianne Granel e Erna Kas publicaram um levantamento sobre os estudos nacionais sobre as mulheres onde salientaram a dimensão clandestina e oculta desta área, “perdida” nas mais variadas actividades académicas e deixando antever a sua continuação como um campo subsidiário e complementar (Ferreira, 2001). Ainda assim, Ramalho (2001) afirma que, nos últimos anos, os *women’s studies* se desenvolveram consideravelmente em Portugal, não como um domínio independente e institucionalizado da Universidade, mas, principalmente, ao nível da consciência da problemática e como uma perspectiva crítica feminista que se tem vindo a alargar às mais variadas áreas do saber. Este alargamento se reflectiu na investigação científica nacional e na criação da Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres (APEM), em 1991; na publicação da Revista *Ex aequo*, editada pela APEM a partir de 1999; na criação do primeiro Mestrado em Estudos sobre as Mulheres, na Universidade Aberta, em 1995; no projecto Faces da Eva, a partir de 1997, pela iniciativa do Instituto Pluridisciplinar de História das Ideias, na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

da Universidade Nova de Lisboa e, a partir de 1999, a revista com o mesmo nome, para citar apenas as primeiras iniciativas (Azambuja, Nogueira & Saavedra, 2007).

Em jeito de síntese, podemos dizer que o movimento feminista em Portugal se fez em três frentes:

- (i) O movimento de mulheres da sociedade civil, representado pelo Grupo Português de Estudos Feministas, Liga Republicana de Mulheres Portuguesas, Conselho Nacional de Mulheres Portuguesas, Cruzada das Mulheres Portuguesas e, mais contemporaneamente, a UMAR (cujo desenvolvimento já foi apresentado na primeira parte desta Tese) e o Movimento Democrático de Mulheres, entre outras organizações;
- (ii) O feminismo político-institucional, posterior à Revolução de Abril, representado pela CIG e todas as suas anteriores denominações (também já discutido na primeira parte da Tese);
- (iii) O feminismo académico, especialmente a partir da década de 1990.

Desta forma, o feminismo – ou, tal como já afirmamos, os feminismos – não está “morto”. Pelo contrário, o questionamento das relações entre homens e mulheres e, principalmente, das posições de poder na sociedade, torna-se cada vez mais urgente. E um dos campos onde a crítica feminista mais tem se destacado é o da ciência, tema que abordamos a seguir.

### **3.3 Feminismos(s) e a crítica à ciência**

Historicamente, a ciência tem sido descrita como um campo predominantemente masculino. Nos séculos XV, XVI e XVII, quando surgiram os parâmetros do que hoje chamamos por “ciência”, apenas algumas poucas mulheres aristocráticas exerciam papéis de interlocutoras e tutoras de renomados filósofos naturais e experimentalistas. Contudo, não lhes era permitido participar nas discussões que aconteciam nas academias e sociedades científicas que se multiplicaram no século XVII por toda a Europa. No século seguinte, poucas mudanças ocorreram. Algumas poucas mulheres, devido ao seu contexto familiar, puderam desempenhar actividades de suporte à ciência, tal como a lavagem de vidrarias, realização de ilustrações, organização de bibliotecas ou tradução de textos e experimentos.

Eram fundamentalmente esposas ou filhas de cientistas que actuavam de modo auxiliar às funções masculinas. No século XIX, a criação de colégios de mulheres representou um pequeno avanço, mas elas permaneciam às margens de uma profissão que cada vez mais se profissionalizava. Somente a partir da segunda metade do século XX este quadro começou a se alterar, tanto em consequência da crescente necessidade de recursos humanos para actividades estratégicas (como a ciência) quanto pela acção do movimento feminista (Leta, 2003).

Uma das primeiras obras a analisar a participação das mulheres na ciência foi escrita pelo padre católico H.J. Mozans, em 1913, intitulada *Women in Science* (citada por Leta, op cit), na qual instigava as mulheres a participarem na ciência. Também Simone de Beauvoir (citada por Oliveira & Amâncio, 2006), logo no pós-guerra, empreendeu uma séria de críticas aos pressupostos androcêntricos da filosofia e da ciência, as quais apresentavam uma visão de mundo centrada no masculino como referencial e no feminino como alteridade (isto é, como “o outro” ou, nas palavras da filósofa francesa, “como o segundo sexo”). A partir daí, o interesse pela temática foi crescendo lentamente até a década de 1970, quando a crítica feminista à ciência surgiu com maior intensidade. Desta forma, foi durante a chamada “segunda vaga” que as mulheres actuautes na academia começaram a questionar o modo de fazer ciência, seus pressupostos, objectivos e resultados divulgados como verdades, denunciando o androcentrismo na produção científica.

De acordo com Leta (op cit), um dos primeiros estudos divulgados em periódicos científicos sobre a actividade feminina na ciência foi escrito por Alice Rossi, em 1965. Publicado na conceituada revista norte-americana *Science*, o artigo discutia a participação feminina em actividades de Ciência e Tecnologia (C&T) nas décadas de 1950 e 1960 nos EUA. Entre as explicações cogitadas pela autora para a reduzida participação de mulheres em C&T estão: (i) prioridade dada ao casamento e à maternidade em detrimento da carreira profissional; (ii) influência de estereótipos de género que determinam quais são as profissões “femininas” ou “masculinas” e (iii) incompatibilidades de cunho biológico e/ou social entre homens e mulheres, tal como nas habilidades cognitivas, na independência, persistência e distanciamento do convívio social. Apesar de dizer respeito ao quadro encontrado nesta época, ainda hoje argumentos semelhantes são utilizados nas análises sobre género e ciência, tais como: (i) as mulheres cientistas têm desempenho/productividade menor do que os homens;

(ii) têm menos acesso aos altos cargos académicos, (iii) recebem recursos menores para pesquisas e (iv) recebem salários inferiores aos dos homens.

Lentamente, as mulheres começaram a analisar e a contestar a ciência, estabelecendo ligações com os problemas centrais do movimento feminista. As críticas eram (e ainda são) unânimes no que diz respeito ao forte enviesamento androcêntrico, assim como à escolha de desenhos e interpretações das próprias experiências que raramente têm em conta a experiência feminina. As primeiras discussões sobre género e ciência foram grandemente influenciadas pela publicação de um artigo de Evelyn Fox Keller (citado por Lopes, 2006), em 1978, o qual acabou mesmo por criar um novo campo de estudos. Keller analisava, a partir de uma argumentação psicanalítica, as relações entre subjectividade e ciência, definindo a “objectividade dinâmica” por oposição à “objectividade estática”. A objectividade dinâmica corresponde à busca por conhecimento que faz uso da experiência subjectiva em interesse de uma objectividade mais efectiva, enquanto a subjectividade estática é a busca por conhecimento que se inicia pela separação entre sujeito e objecto, sem analisar as relações que estes produzem entre si. Carla Cabral (2006), ainda com relação a esta obra, lembra que Keller criticava o silêncio que havia em torno do tema género e ciência na academia ou, mais especificamente, da associação da masculinidade à cientificidade e da feminilidade à falta de cientificidade.

Sete anos depois, Keller (citada por Cabral, *op cit*) retomou o tema em uma reunião de ensaios intitulada *Reflections on Gender and Science*, na qual o texto anterior também é incluído. O ponto de partida da autora é os estudos sociais da ciência, com destaque para a contribuição de Thomas Kuhn, que afirma que o critério científico (a evidência empírica) não define, por si, o que é ciência, redimensionando a importância do social nesta definição. Na “psicossociologia do conhecimento” desenvolvida por Keller (também conhecida por “enfoque psicodinâmico”), a ciência é concebida como uma actividade profundamente pessoal, assim como uma actividade social, na qual as diferenças de percepção entre homens e mulheres não podem ser ignoradas. De acordo com a autora, devido a diferenças no processo de socialização e aprendizagem emocional a que são submetidos(as) na infância, os meninos são ensinados a dominar e as meninas a integrar. Consequentemente, o produto da ciência feita por homens é o controlo da natureza, orientado no que chamou de “objectividade estática” (tal como já definida acima). Por outro lado, as mulheres, tendo aprendido a integrar, utilizam uma “objectividade dinâmica”, cujo resultado seria uma visão mais integradora do



mundo. Desta forma, a objectividade dinâmica é oriunda de uma relação emocional entre sujeito e objecto, os quais não podem ser dissociados.

Apesar disso, a obra de Keller tem sido criticada (Garcia & Péres-Sedeño, 2002, citado por Cabral, op cit) pelo facto de alimentar o essencialismo ao supor que existe uma natureza fixa, imutável e diferenciada para homens e mulheres. Desta forma, Keller dá pouca atenção à dimensão social pois, ainda que esta não seja desconsiderada, não é relacionada à dimensão emocional sobre a qual teoriza. Além disso, o critério científico propriamente dito, a “prova empírica”, não é abandonado. Em uma análise recente de sua obra, a própria Keller (2006, p. 15, destaques no original) afirma:

Minha meta não era tornar a ciência mais subjectiva ou mais “feminina”, mas, ao contrário, fazê-la mais verdadeiramente objectiva e necessariamente “independente do género”. Numa palavra, procurava uma ciência melhor [...] mais abrangente, mais acessível às mulheres.

Rapidamente, o projecto por ela denominado por “género e ciência” foi assumido por muitas outras cientistas, algumas com objectivos semelhantes, outras com objectivos diferentes. Na década de 1990, Fox Keller (citada por Lopes, 2006) fez uma análise dos estudos, artigos e textos do “projecto género e ciência”, concluindo que havia três linhas principais de investigação: (i) mulheres na ciência; (ii) construções científicas de género e (iii) influência do género nas construções históricas da ciência. Em pouco tempo, o campo havia proliferado e produzido uma imensa variedade de caminhos de pesquisa, sendo a resistência ao desaparecimento do género (e das mulheres na ciência) a única coisa que mantinha essas diversas correntes unidas entre si. Concluiu também que, de certo modo, a consolidação da investigação sobre género e ciência representa a realização de um dos objectivos centrais dos estudos feministas em seus primeiros anos.

Assim, Keller (2006) considera que o feminismo da segunda vaga tinha como objectivo mudar a condição das mulheres e, a partir deste projecto político, logo surgiu um projecto intelectual: a teoria feminista. Concebida como uma forma de política, pretendia facilitar a mudança na vida quotidiana analisando e explicitando o papel das ideologias de género em todos os campos, entre estes, o tradicional campo académico. Na sua análise retrospectiva, ainda que os feminismos não tenham alterado o mundo da maneira radical que pretendiam inicialmente, os movimentos de mulheres das décadas de 1970 e 1980 mudaram o

mundo de muitas maneiras, especialmente no ocidente. Na ciência norte-americana, apesar de ainda não haver igualdade, houve grandes modificações: enquanto na década de 1970 apenas 8% dos doutoramentos outorgados nas ciências naturais iam para as mulheres, actualmente esta cifra atinge os 35%; se em 1970 era difícil encontrar mulheres como professoras titulares em qualquer das disciplinas científicas, hoje as mulheres representam 46% dos titulares nas ciências naturais que obtiveram seus títulos nos últimos dez anos. A explicação para como isso ocorreu é simples: através da pressão política exercida por grupos de mulheres, especialmente das organizações de mulheres cientistas nas associações profissionais.

Desta forma, as teorias feministas representam mais do que um conjunto de pressupostos teóricos e epistemológicos, pois têm como base uma acção política, a transformação social. Diferenciam-se da simples inclusão das mulheres ou de temas femininos nas ciências, ainda que este posicionamento também exista (tal como já discutimos com relação à psicologia feminista *versus* psicologia da mulher). De acordo com Lopes (2006), em nome da acção afirmativa e da delimitação de novas áreas académicas de autoridade científica, muitas teóricas feministas não desafiaram os pressupostos de neutralidade, objectividade e universalidade da ciência. Mas, também houve aquelas que problematizaram a neutralidade de género nas ciências no campo denominado por “estudos feministas da ciência” (*feminist science studies*), questionando o atributo epistemologicamente superior que a ciência construiu para si a partir da objectividade.

De acordo com Oliveira e Amâncio (2006), deve-se à Sandra Harding a primeira tipologia dos modelos da crítica feminista à ciência, vindo a estruturar este campo de estudos em: (i) empirismo feminista; (ii) teorias do posicionamento ou do “ponto de vista” (*standpoint*) e (iii) pós-modernismo feminista. Estas tradições também são denominadas por Sue Wilkinson (2000, 2004) como (i) positivista-empirista, (ii) experiencial e (iii) discursiva.

O feminismo positivista-empirista (*feminism positivist empiricism*) usa os métodos científicos convencionais, particularmente experimentos, testes e escalas, para produzir conhecimento sobre um mundo exterior objectivo. Os critérios utilizados para balizar uma “boa” pesquisa neste paradigma são a objectividade do pesquisador, a padronização das medidas, a possibilidade de replicação do estudo e a generalização dos resultados (Wilkinson, 2000, 2004). O cerne das preocupações das pesquisadoras engajadas nesta tradição é a discriminação e a sub-representação das mulheres na ciência. A utilização das metodologias positivistas e a manutenção de valores dominantes na cultura científica ocidental – como a

neutralidade e a objectividade - permitem apresentar evidências inquestionáveis do androcentrismo e do sexismo na ciência, os quais poderiam ser eliminados dos resultados das investigações com uma adopção mais rigorosa dos padrões científicos tradicionais. Além disso, buscam acabar com a sub-representatividade das mulheres na ciência através de medidas de acção afirmativa e de atracção de jovens licenciadas para a prática investigativa. As críticas que têm sido colocadas a esta linha são a manutenção das crenças positivistas e a operacionalização desta proposta e seu carácter político, uma vez que continua a funcionar dentro do paradigma dominante de ciência, sem questionar as teorias e métodos imbuídos no androcentrismo (Oliveira & Amâncio, 2006).

Por outro lado, Wilkinson (2000, 2004) considera que o feminismo positivista-empirista foi uma ferramenta crucial na luta contra a opressão. Através dele, as feministas puderam afirmar que as pesquisas dominantes na área eram exemplos de “ciência de baixa qualidade”, desenvolvendo a sua própria forma de “ciência de qualidade”. Essencialmente, o que estas pesquisadoras feministas fizeram foi usar o paradigma dominante para criticá-lo com seus próprios argumentos, afirmando que a maior parte das pesquisas realizadas não é “suficientemente científica”. Entre exemplos de pesquisa citados pela autora estão a investigação de Mary Putnam Jacobi que provou que a recomendação de repouso durante o período menstrual era medicamente inapropriada, tendo recebido o *Boylston Prize at Harvard* em 1876, e os experimentos laboratoriais de Helen Thomson Wolley, que provaram que a performance das mulheres não é alterada durante a menstruação.

Mais recentemente, as críticas à pesquisa na área da saúde denunciaram a existência de diversas falhas nos padrões científicos da maior parte das pesquisas, tais como (Prazeres, 2007, Marques, *in press*): uso apenas de sujeitos do sexo masculino com generalização de resultados; utilização de “padrões” masculinos (peso, estatura, pressão sanguínea e etc.) para a população em geral; desconsideração ou pouca importância dispensada a doenças que afectavam apenas ou predominantemente mulheres (osteoporose, lúpus, cancro de ovário, fibroses) e, mesmo quando a saúde das mulheres é estudada, toma como padrão mulheres de classe média, brancas, heterossexuais, de meia-idade e sem deficiências (isto é, desconsiderando a diversidade existente dentro do próprio grupo “mulheres”). Do mesmo modo, os homens têm sido negligenciados com relação ao rastreio e tratamento de patologias tidas como “femininas” (câncer de mama, osteoporose). O sector saúde, portanto, é uma estrutura “genderizada”. Desta forma, o feminismo positivista-empirista, apesar de receber

críticas severas até mesmo de outras feministas, tem como mérito a denúncia da “falta de cientificidade” das pesquisas e o enviesamento dos dados. Este continua sendo o paradigma dominante na América do Norte, assumindo as já discutidas denominações de “psicologia da mulher” ou “psicologia da saúde da mulher” (Wilkinson, 1997, 2000, 2004).

Cabral (2006) fala ainda no “empirismo feminista contextual”, que reafirma a dimensão social da ciência, mas sem abrir mão de seu conteúdo empírico. O principal nome dessa corrente é Helen Longino, cuja obra inicial é *Science as social knowledge – values and objectivity in scientific inquiry*, de 1990, na qual desenvolve uma análise do conhecimento científico que possa reconciliar a objectividade da ciência com a sua construção social e cultural. Assume, portanto, que a ciência não é uma actividade culturalmente autónoma, assim como suas práticas de razão e observação não existem de forma purificada, dependendo tanto do contexto das hipóteses e suas justificações quanto do contexto cultural e social envolvido na pesquisa científica. Desta forma, Longino discute a acção das comunidades na construção de uma “objectividade dinâmica”, isto é, uma “localidade” a partir do consenso. Defende também que os valores podem fazer parte da construção de uma teoria, sejam eles valores individuais ou comunitários. Contudo, as críticas a esta perspectiva se prendem à dificuldade de se definir quais os valores sociais que devem ser levados em conta, quais os critérios que definem alguns valores como melhores do que outros, assim como o que é comunidade. Além disso, de acordo com Cabral (op cit), a própria Longino reconhece que essa forma de pensar se afasta do positivismo empirista apenas no que se refere à tese do conhecimento (ou seja, de que este não é livre de valores), mas não no que diz respeito aos modos de alcançá-lo (empirismo).

A segunda abordagem feminista descrita por Harding (citada por Oliveira & Amâncio, 2006) é *feminist standpoint*, também denominada por Wilkinson (2000, 2004) como “experiencial”. De acordo com Cabral (2006), a própria Sandra Harding é uma das principais figuras desta corrente que desloca o olhar para o aspecto social engendrado na construção do conhecimento científico e tecnológico. Como marxista, Harding analisa a actividade científica e tecnológica como um modo de produção opressor que, entre outras coisas, autoriza os cientistas (homens) à fugir de sua responsabilidade social quando produzem um conhecimento altamente privilegiado, desconsiderando problemas das minorias e grupos oprimidos, tais como a fome, o racismo, as guerras ou a discriminação de género. Esta perspectiva defende que o conhecimento é socialmente situado, sendo concedido às mulheres

o privilégio epistemológico de um olhar diferenciado do homem, pois o território masculino é de maior poder.

Herdeira do feminismo radical, esta perspectiva considera que as mulheres são oprimidas pela comunidade científica, também ela patriarcal. Parte do pressuposto de que as mulheres, antes de serem cientistas, são originárias de determinados posicionamentos na hierarquia social (raça, classe, etnia, religião, orientação sexual, nacionalidade, etc.), os quais devem ser incluídos na investigação. Assim, o facto de ser mulher coloca as cientistas em uma posição privilegiada para a análise da condição feminina. O conhecimento é visto como parcial, contextualizado e experiencial, acreditando-se que a opressão patriarcal na ciência poderia ser reduzida a partir do foco na experiência individual. As mulheres são concebidas como “especialistas” de suas próprias vidas e “autoridades” de suas próprias experiências. Utiliza frequentemente métodos radicalmente diferentes dos positivistas convencionais, na maior parte das vezes qualitativos (como entrevistas individuais, grupos focais, histórias de vida, abordagens narrativas e autobiográfica), fundamentando-se na experiência individual e interpretações dos sujeitos sobre suas experiências. Denunciando a sistemática desconsideração ou distorção das experiências femininas, procura “dar voz” às mulheres. Esta abordagem também foi aplicada a outros grupos oprimidos e marginalizados, dando visibilidade à grande diversidade das experiências subjectivas com relação a diferenças de raça, classe e orientação sexual, por exemplo. Em oposição à abordagem positivista-empirista, que limita e constrange as respostas dos participantes dos estudos através de perguntas padronizadas, escalas e medidas, as abordagens experienciais geram vívidas descrições pessoais sobre os indivíduos e suas experiências (Wilkinson, 2000, 2004).

Na avaliação de Wilkinson (op cit), esta abordagem alterou a noção positivista-empirista quanto à existência de uma realidade única e exterior que pode ser melhor apreendida pelos métodos científicos objectivos. Pelo contrário, o conhecimento é visto como contingente ao ponto de vista do sujeito e dependente das especificidades de sua experiência. Portanto, é uma forma de considerar a multiplicidade das experiências humanas na qual “escutar” e “falar” são vistos como actos fundamentalmente políticos. Por outro lado, tem sido criticada pelo essencialismo e o conseqüente diferencialismo que preconiza, por estar assente em um suposto privilégio epistémico derivado da condição feminina, isto é, da pertença ao grupo das “mulheres”, como se este fosse homogéneo (Oliveira & Amâncio, 2006). Contudo, de acordo com Cabral (2006), Sandra Harding entra neste território sabendo

dos riscos que corre. Embora não mencione o essencialismo, questiona se não estaria abandonando a objectividade para abraçar o relativismo.

De acordo com Lopes (2006), Sandra Harding apropriou-se do “programa forte dos estudos sociais das ciências” para cunhar o termo “objectividade forte”. Nas palavras de Harding (2007, p. 164, destaques no original),

As mulheres necessitam de *mais* objectividade, racionalidade, bom método e boa ciência para projectos que se originam em suas necessidades. Elas não necessitam as formas excessivamente estreitas dos que, há muito tempo, têm sido favorecidos nas filosofias das ciências.

A objectividade forte, de acordo com Harding (1992, p. 580, tradução nossa), permite especificar estratégias para detectar pressupostos sociais que (a) entram na pesquisa a partir da identificação e conceptualização de problemas científicos e na formação de hipóteses sobre eles (o “contexto da descoberta”), (b) tendem a ser compartilhados pelos observadores tidos como “legítimos” e que, portanto, são colectivos, e não valores e interesses individuais, (c) tendem a estruturar as instituições e os esquemas conceptuais das disciplinas. Estes procedimentos sistemáticos serão capazes de (d) distinguir entre aqueles valores e interesses que bloqueiam a produção de relatos menos parciais e distorcidos da natureza e das relações sociais (“menos falsos”) dos valores que oferecem recursos para isso (como a justiça, a honestidade, imparcialidade, democracia). Este é o ponto em que as epistemologias do tipo *stantpoint* podem ser úteis.

Esta perspectiva é, de certa forma, acompanhada por Donna Haraway (citada por Cabral, 2006), que fala nos “conhecimentos situados”. Embora esta autora tenha uma noção um pouco distinta da de Harding e de Longino quanto à objectividade (a que Haraway inclui reflexões sobre a tecnologia), todas compartilham a perspectiva do conhecimento situado/localizado e da parcialidade dos saberes. Assim, objectividade feminista significa a adopção de uma perspectiva parcial (saberes localizados com relação ao género, raça/etnia, classe social, etc.), capaz de construir um tipo de objectividade parcial e privilegiada na qual a “mirada” do sujeito não é inocente ou isenta, sendo o conhecimento produzido a partir das inter-relações de poder entre sujeito e objecto. Nas palavras de Haraway (1995, p. 33),

O único modo de encontrar uma visão mais ampla é estando em algum lugar em particular. A questão da ciência para o feminismo diz respeito à objectividade como racionalidade posicionada. Suas imagens não são produtos da escapatória ou da transcendência de limites, isto é, visões de cima, mas sim a junção de visões parciais e de vozes vacilantes numa posição colectiva de sujeito que promete uma visão de meios de corporificação finita continuada, de viver dentro de limites e contradições, isto é, visões desde algum lugar.

O debate relativismo *versus* objectividade tem sido um campo de grande reflexão e produção teórica feminista, não existindo, até o momento, consenso. Este facto advém, e de certa forma representa, a grande diversidade e pluralidade do movimento feminista, tal como vimos discutindo até aqui. Como aponta Lopes (2006), a busca por “objectividades dinâmicas” ou “objectividades fortes” atemporais enredou as próprias feministas que, no intuito de consolidarem o seu campo de estudos, adoptaram uma ambivalência estratégica de recusa firme ao que consideram como um construtivismo reducionista, assim como rejeição de um objectivismo não reflexivo. Por outro lado, conforme Keller (2006), a grande força da pesquisa feminista na última década foi o aprofundamento da “situacionalidade”.

De modo semelhante, Harding (2007) afirma que as análises que partiram das vivências de mulheres pertencentes a minorias raciais e étnicas no Norte e de mulheres do chamado “terceiro mundo” acrescentaram novas perspectivas aos debates sobre as teorias e práticas da ciência e tecnologia. Entre os temas abordados nestes estudos estão a ausência de igualdade de género na estrutura social das ciências naturais, matemática e engenharia. Ainda que actualmente as mulheres tenham amplo acesso ao ensino destas áreas, quando se observa o mundo da C&T, quanto mais alto o escalão, menos mulheres se encontram, seja nos países do Norte ou do Sul, constatação que reforça a importância destas análises. Uma segunda abordagem à C&T enfocou as aplicações de tecnologias sexistas e androcêntricas, mostrando que “os artefactos têm género”. Uma terceira linha de estudos utilizou resultados sexistas, racistas, imperialistas e “ocidentalistas” de pesquisas científicas nas áreas da biologia e ciências sociais para justificar imposições legais, económicas e sociais que privam as mulheres de alguns direitos de cidadania (apesar deste tipo de pesquisa ter iniciado no século XIX, ainda hoje têm êxito na sociobiologia e nas ciências sociais dominantes). A quarta linha de investigação apresentada por Harding (op cit) tem como foco os currículos e a pedagogia das ciências naturais, matemática e engenharia, tendo mudado a atenção das “famosas

deficiências” das meninas e mulheres adultas para as falhas evidenciadas nos currículos e pedagogia de C&T. Por fim, a autora afirma que as reflexões potencialmente mais revolucionárias talvez tenham vindo das críticas feministas à filosofia das ciências tradicionais, especialmente com relação a temas como objectividade, racionalidade, bom método e boa ciência.

Para Harding (op cit), os feminismos multiculturais ofereceram uma perspectiva muito mais rica ao colocarem uma série de novas questões, tal como o questionamento de que a ciência ocidental moderna seja a única capaz de contar uma história “verdadeira” sobre a organização da natureza. A partir dos movimentos multiculturais e pós-coloniais, a riqueza de tradições antigas como a chinesa, islâmica ou sul-asiática e práticas inovadoras de tradições indígenas contemporâneas têm sido incorporadas à C&T em todo o mundo. Em segundo lugar, os feminismos multiculturais mostraram que os padrões de objectividade, bom método e boa ciência foram definidos de modo distante das qualidades e práticas associadas ao feminino e ao primitivo. E, finalmente, mostraram que todos os sistemas de conhecimento, inclusive os de C&T, são historicamente diferentes (ou “locais”). Estas questões colocam em causa a tese da unidade na ciência, segundo a qual há um mundo, uma “verdade” ou explicação verdadeira sobre ele e uma única ciência capaz de produzir aquela explicação verdadeira.

Com estas reflexões, nos aproximamos da terceira vaga do feminismo descrita por Harding (citada por Oliveira & Amâncio, 2006) como “pós-moderna”, também denominada por Wilkinson (2000, 2004) como “discursiva”. Buscando seus fundamentos no pós-estruturalismo e no pós-modernismo, rejeita as propostas essencialistas e diferencialistas das teorias do *standpoint* e a abordagem apolítica do empirismo, centrando-se na construção “genderizada” do projecto da ciência moderna, o qual serviu a série de interesses político-ideológicos e contribuiu para a eclosão e exclusão de determinados grupos, nomeadamente as mulheres (Oliveira & Amâncio, op cit). Uma vez que o movimento pós-moderno não se fez presente apenas no feminismo, tendo repercussões também no domínio da psicologia, nos deteremos em analisar mais detalhadamente este processo no Capítulo 4 para, enfim, falarmos do feminismo pós-moderno e suas consequências para o conceito de género. Mas, antes, encerramos com as reflexões de Wilkinson (2000, 2004) sobre as vantagens e desvantagens de cada uma das três correntes científicas do feminismo (empirista, *standpoint* e pós-moderno/discursivo).



Ao invés de se posicionar a favor ou contra cada um destes modos de fazer ciência feminista, Wilkinson (op cit) prefere argumentar que todas são úteis aos propósitos feministas. Desta forma, advoga a favor de uma multiplicidade de abordagens em oposição a um posicionamento único e unificador, considerando que o ecletismo teórico e metodológico é crucial para o projecto feminista de uma melhor compreensão das experiências femininas e de melhoria das condições de vida das mulheres. Cada uma destas tradições se adequa melhor a tipos particulares de pesquisas e objectivos. Assim, o paradigma positivista-empirista é mais útil para responder questões como “quem é afectado(a) pelo cancro de mama, qual a melhor maneira de tratá-lo, quais os serviços de suporte são necessários”. O paradigma experiencial (ou do *standpoint*) é mais útil para oferecer uma vívida descrição da vida da pessoa afectada pela doença, em seus próprios termos, respondendo a questionamentos do tipo “como se sente uma mulher negra, ou lésbica que sofre de cancro de mama em um mundo racista e heterossexista, como as mulheres fazem suas escolhas de tratamento e como se sentem com estas escolhas, como o cancro afecta seu senso de identidade”. Por outro lado, a tradição discursiva (pós-estruturalista ou pós-moderna) se dedica a responder questões do tipo “como os indivíduos constroem suas identidades e lidam com elas diante do cancro, como as ideias sexistas estruturam a interacção entre um mulher com cancro e profissionais da medicina ou como os formuladores de políticas públicas constroem argumentos a favor ou contra o investimento de recursos em cancro de mama”. Enfim, a psicologia feminista é guiada primeiramente por seus propósitos políticos ao invés das metas puramente intelectuais ou teóricas. Seu objectivo principal é acabar com a opressão política e social das mulheres e, para isso, utiliza todos os meios que estiver ao seu alcance, o que faz com que seu trabalho seja eclético e, algumas vezes, até pareça caótico. Numa prática eminentemente política, as psicólogas feministas colocam o feminismo em primeiro lugar (Wilkinson, 1997).

## Capítulo 4

### O “Novo” Paradigma: Construcionismo Social e Análise Crítica de Discurso

#### 4.1 A (moderna) ciência psicológica

Até o momento, descrevemos os processos e desenvolvimentos ocorridos dentro do campo dos movimentos feministas, onde o período conhecido por segunda vaga significou o ressurgimento do projecto feminista e, principalmente, o recrudescimento das críticas e contestações à sociedade tradicional e à ciência. Contudo, este processo não estava restrito ao movimento feminista. Tal como já afirmamos, as décadas de 1960 e 1970 foram uma época de intensa mobilização popular a favor dos direitos civis e da liberdade (por exemplo, nos EUA, o movimento contra a Guerra do Vietnã), com o surgimento de diversos grupos, compondo os “novos movimentos sociais” (Verdú, 2006). O mundo académico não ficou alheio a estes debates, promovendo reflexões sobre as formas e os propósitos da educação (onde destaca-se o célebre movimento francês de Maio de 1968). No campo da psicologia, a crítica foi mais destacado na psicologia social, configurando o que tem sido chamado de “crise da psicologia social”, um movimento de reacção contra a dominância do cognitivismo, o qual deixou de lado o engajamento político em nome de uma suposta neutralidade científica, dando origem a uma “nova psicologia social” que se auto-proclama como crítica.

Para entendermos as transformações desta “nova” psicologia social, é preciso iniciarmos por uma breve incursão das origens da própria psicologia e da psicologia social tradicional, a qual constitui a base científica a partir da qual as alternativas críticas se desenvolveram. Do mesmo modo, a psicologia como ciência não se compreende sem a referência à filosofia dominante na época da sua constituição, assim como às condições sociais, políticas e económicas desse período, tal como não se poderão compreender os desafios que agora enfrenta sem ter-se presente a crítica filosófica desta época, oferecida pelo pós-modernismo (Nogueira, 2001a).

Ainda que possamos dizer que os problemas psicológicos tenham ocupado a filosofia já há muito tempo, onde podemos citar como exemplos Platão, Santo Agostinho, Descartes,

Nietzsche e muitos outros, a história da ciência psicológica é muito mais recente. Para diversos autores (Cabral & Nick, 1997, Caparrós, 1999, Schultz & Schultz, 1992), o marco formal de criação da psicologia como ciência é a inauguração do laboratório de psicofísica de Wilhelm Wundt na Universidade de Leipzig, Alemanha, em 1879. Ali, psicólogos de todo o mundo desenvolveram suas pesquisas até 1914, quando as actividades cessaram devido à I Guerra Mundial. A importância da obra de Wundt para o reconhecimento desta “nova ciência” é inegável. A partir do uso de métodos científicos, baseados na experimentação controlada e nos dados empíricos verificados, isto é, pelos métodos das outras ciências experimentais tradicionais e consoante ao modo de agir da filosofia positivista da ciência, a psicologia deixou uma fase de “pré-história” - correspondente à metafísica - e adquiriu reconhecimento internacional como ciência (Caparrós, op cit; Farr, 1998).

Contudo, este marco histórico para a inauguração da psicologia insere-se num entendimento positivista do que seja “ciência”. Isto é, a psicologia como disciplina nasce apenas quando pode ser concebida como “ciência” no sentido dado pela modernidade ao termo. Por isso, é preciso compreendermos também quais são pressupostos científicos no projecto da modernidade.

Na antiguidade clássica, o paradigma dominante defendia a visão de um universo esférico, finito e com uma estrutura ordenada e acabada, sendo o ser humano visto como completo e perfeito. Já na idade média, a visão de mundo se tornou teocêntrica, Deus é visto como assumindo o controlo a garantia da vida humana. O ser humano passou a ser concebido como um ser “fechado” dentro deste mundo e ligado directamente a um Deus exterior e protector (Nonata, 2007). Contudo, de acordo com Capra (2002), a perspectiva medieval mudou radicalmente nos séculos XVI e XVII, quando a noção de um universo orgânico, vivo, foi substituída pela noção de mundo como máquina. Esse desenvolvimento foi ocasionado por mudanças revolucionárias na física e na astronomia europeias, culminando nas realizações de Copérnico, Galileu e Newton. A ciência do século XVII baseou-se no novo método de investigação desenvolvido por Francis Bacon, o qual envolvia a descrição matemática da natureza e o método analítico de raciocínio concebido por Descartes, para quem ciência era sinónimo de matemática. Devido às grandes transformações ocorridas a partir destas mudanças, os séculos XVI e XVII são conhecidos por “Idade da Revolução Científica”.

O projecto moderno constituiu-se em torno da construção de um método universal para a produção do conhecimento. Em termos filosóficos, pode-se considerar que essa busca

se inicia com Descartes e com a defesa da universalização do método matemático. O ponto central desta lógica disciplinar é a busca da objectividade e da universalidade do conhecimento a fim de que este possa ser reconhecido como válido e verdadeiro (Gallo, 2006). O método analítico de Descartes, chamado de “cogito cartesiano”, consiste em decompor os pensamentos e problemas em suas partes componentes e dispô-las em sua ordem lógica. O privilégio dado à mente, em detrimento da matéria, levou à conclusão de que as duas eram separadas e fundamentalmente diferentes. A concepção de natureza daí advinda baseou toda sua concepção nesta divisão entre dois domínios separados e independentes: o da mente, ou *res cogitan*, a “coisa pensante”, e o da matéria, *res extensa*, a “coisa extensa”. Esta divisão cartesiana entre matéria e corpo teve efeitos profundos no pensamento ocidental, levando a atribuir ao trabalho mental um valor superior ao manual, impedindo médicos de considerarem seriamente a dimensão psicológica das doenças e psicoterapeutas de lidarem com o corpo de seus pacientes, entre muitas outras (Capra, 2002).

Desta forma, a modernidade surgiu no bojo de uma cultura onde foram quebrados os vínculos metafísicos que explicavam o ser humano e o mundo até então, tornando-se a razão a fonte de produção dos saberes (isto é, da ciência), ancorada em critérios de objectividade, muito distantes dos objectos ou poderes transcendentais, religiosos ou metafísicos. Do mesmo modo, o sujeito (o eu) passou a ser objecto de análise, constituindo-se como um sujeito empírico. O destaque à subjectividade libertou o ser humano para que se servisse de seu próprio entendimento (a razão) para, conscientemente, criar novas formas de pensar e agir, livres de fundamentos transcendentais. Assim, a modernidade se caracteriza como a era da racionalidade, a qual fundamenta não só o pensamento científico, mas também as relações sociais, de trabalho, a arte, a ética, a política e a moral. As características da modernidade perpassam toda a sociedade. A razão se coloca como absoluta e objectivada, anunciando-se como o caminho seguro para a autonomia e a liberdade humana, assumindo as técnicas e tecnologias papel de destaque. A homogeneidade é o ideal de referência e, com isso, aplainam-se as diferenças em favor de um geral e de um universal abstractos (Gatti, 2005).

Esta nova visão de mundo conduz a duas distinções fundamentais. Por um lado, entre conhecimento científico e conhecimento do senso comum e, por outro, entre natureza e pessoa humana. A natureza é vista como passiva, eterna e reversível, cujos elementos podem ser desmontados e depois relacionados sob a forma de leis a fim de ser dominada e controlada. A matemática fornece o instrumento privilegiado de análise, tendo como consequências

principais a noção de que conhecer significa quantificar e a necessidade de redução da complexidade dos fenómenos para adequadamente estudá-los. É, portanto, um conhecimento causal que aspira à formulação de leis, à luz de regularidades observadas, com a finalidade de prever os acontecimentos futuros. Assenta-se em um conhecimento que tem como pressuposto metateórico a ideia de ordem e de estabilidade do mundo, de que o passado se repete no futuro (permitindo, portanto, sua previsão). É uma noção mecanicista do mundo (Santos, 1987).

Fazendo parte desta “revolução”, o Iluminismo surgiu no século de XVIII como um movimento de revolta contra o poder da igreja e da religião, tendo o intuito de secularizar todos os sectores da vida e do pensamento humano. Immanuel Kant é o seu grande nome, afirmando que a razão deve ser o padrão de julgamento de todas as coisas, tornando o ser humano independente de Deus e seu próprio rei através do uso de sua razão. O subjectivismo realista significava que o ser humano era a medida final de todas as coisas e o determinante do que é verdade (Campos H.C., 2006). De acordo com Boaventura de Sousa Santos (op cit), a ampliação do espírito precursor da cientificidade pelo Iluminismo vai criar as condições para a emergência das ciências sociais no século XIX. A consciência filosófica da ciência moderna, fundamentada no racionalismo cartesiano e no empirismo baconiano, condensou-se no positivismo oitocentista, segundo o qual existem apenas duas formas de conhecimento científico: (i) as disciplinas formais da lógica e da matemática e (ii) as ciências empíricas.

Desta forma, sob o ponto de vista ontológico, a ciência moderna pode ser considerada objectiva, pois está associada à noção tradicional que coloca a ideia da qualidade dos factos independentes da nossa consciência deles. Os conceitos científicos procuram copiar ou corresponder a essas realidades factuais, o que corresponde ao que se chama por “realismo”. Como a questão ontológica está ligada à epistemológica, é necessário que haja uma concepção de natureza de realidade social antes de se pretender justificar uma análise científica dessa realidade. Portanto, o realismo tradicional é consistente com uma epistemologia positivista, que identifica a ciência como a descoberta de leis invariantes que determinam as relações entre factos empiricamente observáveis ou estruturas objectivas fora da consciência (Nogueira, 2001a).

As ciências sociais emergentes no século XIX, portanto, nasceram para ser empíricas. De acordo com Santos (op cit), o modelo mecanicista foi assumido de dois modos distintos nas ciências sociais. O dominante parte do pressuposto que as ciências naturais são um

modelo de conhecimento universalmente válido. Reflete, portanto, o modelo positivista, com a aplicação de seus princípios ao estudo da sociedade, onde os fenômenos sociais são estudados como os naturais, sendo reduzidos em unidades de estudo e formulados em forma de leis. Contudo, essa redução nem sempre é fácil, o que significa que as ciências sociais estariam em uma situação de atraso e que deveriam percorrer ainda um longo caminho para se compatibilizarem com os critérios de cientificidade da ciência natural. Ainda assim, acreditava-se que este atraso poderia ser reduzido ou eliminado. O outro modelo das ciências sociais, mais marginal, reivindicou um estatuto metodológico e epistemológico próprio, assumindo que os obstáculos para o alcance da cientificidade são intransponíveis. Para alguns, é a própria ideia de ciência que está em causa, enquanto para outros trata-se de uma ciência diferente. Tal concepção reconhece-se como antipositivista e assenta-se na tradição filosófica da fenomenologia. Porém, de acordo com o autor, ambos os paradigmas situam-se no modelo da ciência moderna, pois aceitam a contraposição entre a natureza e a humanidade, usando a biologia para especificar o ser humano.

Voltemos agora para a constituição da psicologia como ciência. Tal como nos referimos anteriormente, este reconhecimento ocorreu apenas quando a psicologia assumiu os métodos do paradigma dominante na sua época. De acordo com Nogueira (2001a), esta sofreu influências oriundas tanto da ciência quanto da filosofia, nomeadamente do empirismo e do racionalismo e, posteriormente, do positivismo. Os racionalistas, influenciados por Descartes, davam grande importância para a razão, através da qual seria possível deduzir, a partir de princípios evidentes, a natureza integral da realidade. Por outro lado, os empiristas ressaltavam a importância da observação sensorial e os limites da razão, dando importância à base factual do conhecimento científico através de processos de confirmação e verificação. O positivismo, posteriormente, veio ressaltar estas características ao reconhecer a impossibilidade de obter noções absolutas, atendo-se unicamente a descobrir leis efectivas através do uso combinado da razão e da observação. Conforme Capra (2002), os psicólogos adoptaram ambos os métodos para o estudo da psique humana, criando as duas principais escolas da psicologia: os estruturalistas estudaram a mente a partir da introspecção, buscando analisar a consciência em seus elementos básicos; os behavioristas (comportamentalistas) concentraram-se exclusivamente no estudo do comportamento, sendo levados a ignorar ou negar a existência pura e simples da mente.

A divisão entre ciências naturais e ciências sociais e humanas pode ser percebida no projecto que o próprio Wundt estabeleceu para a sua vida (Farr, 1998, p. 55): a criação de uma psicologia experimental, de uma metafísica científica e de uma psicologia social. Como vemos, desde o princípio Wundt postulava uma divisão entre a psicologia experimental e a psicologia social, pois considerava que a psicologia era, apenas em parte, um ramo das ciências naturais. Neste sentido, aproximava-se da vertente que reivindica um estatuto metodológico próprio para as ciências sociais e humanas discutida por Santos (1987). Na concepção de Wundt, era impossível estudar através da introspecção (o método científico adoptado pela psicofísica) fenómenos tão profundamente mentais como o pensamento. Apenas processos sensoriais básicos eram passíveis de estudo em laboratório, pois a mente não pode voltar-se sobre si para estudar aquilo de que ela mesma é produto. Desta forma, religião, linguagem e pensamento, por exemplo, fizeram parte de sua *Völkerpsychologie* (conhecida como “psicologia dos povos” ou “psicologia cultural”) (Farr, op cit).

Contudo, a nova geração de psicólogos positivistas não aceitou a divisão estabelecida por Wundt, gerando o que K. Danziger (citado por Farr, op cit) chamou de “repúdio positivista de Wundt”. Em parte devido a este repúdio, Wundt ficou muito mais conhecido pelo seu projecto para a psicologia experimental, sendo os seus escritos posteriores sobre a psicologia social desconhecidos e desvalorizados por muito tempo. Schultz e Schultz (1992), nas edições mais recentes de “História da Psicologia Moderna”, assumem que também foram levados a valorizar apenas o trabalho experimental de Wundt, colocando a “culpa” para este equívoco em um dos seus discípulos, Titchener, facto que também é apontado por Farr (op cit, p. 52 e ss.). Titchener, um inglês formado na tradição empírica e associacionista da filosofia inglesa, não percebeu o papel central da apreensão na filosofia da mente proposta por Wundt. Sendo o principal responsável pela tradução de seus textos do alemão para o inglês, Titchener fê-lo com base em suas próprias convicções, o que provocou a divulgação distorcida das ideias de Wundt em todo o mundo, visto que o inglês é uma língua muito mais utilizada do que o alemão (Schultz & Schultz, op cit). Posteriormente, E.G. Boring contribuiu para a perpetuação desta noção ao obter com Titchener a maioria das informações sobre as origens da psicologia experimental na Alemanha quando escreveu *History of Experimental Psychology*, em 1929, chegando mesmo a dedicar a obra a seu antigo professor e mentor (Farr, op cit).

Conforme já afirmamos, o racionalismo e o empirismo foram as principais influências da psicologia nestes primeiros anos, dando origem a duas escolas, o estruturalismo e o behaviorismo, as quais também podem ser caracterizadas de acordo com sua origem geográfica. Na geração mais nova de experimentalistas europeus, o organismo substituiu a psique como foco de atenção, marcando a transição da filosofia para a biologia como “disciplina-mãe”. Nos EUA, Watson proclamou que a psicologia era uma ciência do comportamento e, portanto, um ramo das ciências naturais, afirmando que o comportamento, por ser directamente visível, apresenta uma vantagem sobre o estudo da mente. Desta forma, foi a impossibilidade de confiar na introspecção como método de estudo (já reconhecida pelo próprio Wundt) que levou à emergência do comportamentalismo. Na introspecção estruturalista, observador e observado (mente) são a mesma pessoa. Por outro lado, no comportamentalismo, há diferenciação entre observador e observado (comportamento), sendo possível obter medidas de confiabilidade inter-observadores (Farr, op cit). Contudo, de acordo com Capra (2002), ambas as correntes da psicologia académica adoptaram por modelo a física clássica, incorporando os conceitos básicos da física newtoniana em sua estrutura teórica.

Com a contribuição de diversos investigadores - tais como J.F. Herbart, que procurava aplicar a matemática ao estudo da vida psíquica, apoiando-se, para isso, na psicofísica, E.H. Weber, fisiólogo e anatomista, com seus estudos sobre sensações tácteis e visuais e Joahannes Muller, um dos fundadores da medicina positiva e criador da “teoria da energia específica dos nervos” – a psicologia gradualmente passou a integrar o domínio da fisiologia (Eidelwein, 2007). Ainda no que diz respeito à associação da psicologia com a fisiologia e a biologia, Capra (2002) discute uma terceira escola dominante na psicologia do século XX, a psicanálise, oriunda da psiquiatria, ramo estabelecido da medicina. Embora a psiquiatria estivesse fortemente relacionada ao modelo biomédico, não conseguiu estabelecer uma base orgânica específica para as neuroses e outras perturbações mentais, levando psiquiatras a procurar enfoques psicológicos para as doenças mentais. Neste processo, as experiências de Charcot com a indução hipnótica colocaram em causa a abordagem orgânica da psiquiatria e tiveram grande influência sobre Freud, que desenvolveu esta ideia com a criação do método da livre associação, que viria a ser a pedra angular da psicanálise. Todavia, ainda que a psicanálise freudiana tenha revolucionado a interpretação de vários fenómenos culturais (arte, religião, história e muitos outros) e modelado de forma significativa a visão de mundo da era moderna ao introduzir a abordagem psicológica na psiquiatria, Freud manteve intacta a influência do modelo biomédico e da física newtoniana. Desta forma, todo o evento



psicológico é visto como tendo uma causa definida, dando origem a um efeito definido, assim como o estado psicológico total de um indivíduo é determinado, de modo único, pelas condições iniciais do começo da infância.

Contudo, Eidelwein (op cit) lembra que, paralelamente aos estudos voltados para a perspectiva da psicologia experimental, havia outras perspectivas teóricas e metodológicas que ameaçavam as posições dessa “ciência objectiva”. A autora cita como exemplo a publicação de “Psicologia de um ponto de vista empirista”, em 1874, por Franz Bretano, a qual rompe com a psicologia analítica e os associacionismos, proclamando a prioridade do estudo do acto mental e da intenção. Este é o ponto de partida para que, posteriormente, Husserl empreendesse uma recuperação da psicologia pela filosofia através da ideia de intencionalidade. Nesta mesma época, surgiu a “psicologia da forma” (*Gestalt*), multiplicando as investigações em todos os sectores da psicologia a partir de um reagrupamento dos elementos da vida mental cuja inteligibilidade deve proceder por conjuntos, não apenas por detalhes. A escola da Gestalt surgiu por volta das décadas de 1920 e 1930 na Alemanha e na Áustria, sendo liderada principalmente por Kurt Lewin e Heider. Ainda que também tivessem como foco a percepção, compreendiam-na de modo distinto do que fazia o behaviorismo, acentuando a determinação relacional dos acontecimentos psíquicos (Nogueira, 2001a).

Assim, ao mesmo tempo em que a psicologia se instituiu como ciência dentro do paradigma positivista moderno, fundamentada na biologia, produziu conhecimentos a partir das perspectivas teóricas subsidiadas pela filosofia. Mais uma vez, percebemos a existência dos dois modelos a que Boaventura de Souza Santos (1987) se referiu: o dominante, baseado no modelo das ciências naturais, e o “marginal”, que reivindica um estatuto próprio para as ciências sociais e humanas emergentes.

Agora que já estabelecemos, de modo geral, as bases da psicologia “científica”, podemos agora passar à análise da constituição da psicologia social. Contudo, esta também não será numa tarefa fácil, pois, como aponta Ana Sofia Neves (2005), a psicologia social moderna tem uma história composta por inúmeros retalhos. A sua cronologia nem sempre é coincidente entre diferentes autores, facto que atesta a suas múltiplas ascendências.

## 4.2 A psicologia social

Rosane Neves (2004), ao propor-se “situar as condições de possibilidade para a invenção da psicologia social”, utiliza uma “estratégia genealógica”, isto é, procura mostrar que, no lugar da psicologia explicar o social, é o próprio social que deve explicar o surgimento da psicologia social moderna. Não pretendemos reproduzir aqui tal tarefa, feito que seria impossível e desnecessário<sup>37</sup>, mas achamos interessante iniciar nossas reflexões sobre a psicologia social com o (aparentemente) simples questionamento proposto pela autora: afinal, o que é o social? Uma primeira reacção diante desta pergunta pode ser a zombaria, afinal de contas, “todo mundo sabe o que é o social”. Contudo,

na maioria das vezes, esse termo confunde-se com a qualificação daquilo que parece ser a característica comum a todas as formas de experiência colectiva que pressupõem um certo tipo de relação entre os membros. Nesse caso, o social é considerado como algo intrínseco à condição humana e tomado com um sinónimo da noção de *sociabilidade*. Isso faz com que o social torne-se um facto natural tão evidente que acaba parecendo supérflua e desnecessária todo o tipo de questão que procure defini-lo (Neves, 2004, p. 12, destaque no original).

Ora, se o social confunde-se com a noção de sociabilidade, ela mesma uma qualidade intrínseca ao modo de existência próprio da humanidade, “seria um pleonasma falar em ‘psicologia social’” (op cit, p. 13, destaque no original), pois toda a psicologia é, indiscutivelmente social, uma vez que o ser humano é, por excelência, um ser social que depende de outros seres humanos para se constituir como tal. Igualmente ao que ocorre com o questionamento “o que é o social”, a resposta para a pergunta “o que é a psicologia social” é apresentada como algo que pré-existe à própria questão, pois todos concordam que as relações sociais fazem parte da experiência humana. Portanto, os psicólogos sociais constroem seus sistemas teóricos baseados unicamente numa evidência fundamentada no senso comum. Assim, a autora afirma que dificilmente os psicólogos sociais discutem as condições de possibilidade para a criação de seu campo de conhecimento, muitas vezes restringindo-se a efectuar um relato cronológico das diferentes construções teóricas em psicologia social sem compreender as contingências históricas que marcam sua singularidade e as tornam possível.

---

<sup>37</sup> Para isso, sugerimos a leitura de sua tese de doutoramento intitulada “Cartografias do social: estratégias de produção do conhecimento” (Silva, 2001).

Tal como vimos afirmando ao longo deste trabalho, é impossível representar o movimento feminista, a “ciência” e a psicologia (incluindo a psicologia social) a partir de uma linearidade histórica, em que um facto sucede ao outro, conduzindo à uma evolução, isto é, a um desenvolvimento. Esta não é, de forma alguma, nossa intenção. Ainda assim, é possível encontrar algumas “pistas” históricas pelas quais podemos seguir para construir uma definição do que seja, afinal, psicologia social. Advertimos, contudo, que este caminho será sempre parcial e limitado. Nessa tentativa de definição, retomaremos alguns autores e momentos históricos citados como “ancestrais” ou “fundadores” da psicologia social, conforme a diferenciação proposta por Farr (1998, p. 167 e ss.).<sup>38</sup>

Assim como já afirmamos com relação à psicologia, a psicologia social também possui um longo passado, embora sua constituição como “ciência” esteja mais relacionada ao período da modernidade. As perspectivas da psicologia social variam tanto em forma quanto em conteúdo em decorrência da diversidade de pressupostos teóricos na qual se fundamentam. Logo, sua origem é, em si, um campo híbrido, carregando questões vinculadas a diversos campos científicos, tais como a sociologia, a antropologia, a história, a biologia e a própria psicologia (Souza L. C. G, 2005). Esta multiplicidade traz a vantagem de permitir à psicologia social abordar uma imensa variedade de domínios e temas, oferecendo uma compreensão mais abrangente. Por outro lado, também pode acarretar em alguma dispersão de sentido, tornando difícil sua definição. De qualquer modo, dois desenvolvimentos intelectuais são comumente apontados como contribuindo de forma significativa para a constituição da psicologia social moderna (isto é, sua “ancestralidade”): a sociologia e a teoria evolucionista de Darwin (Nogueira, 2001a).

Auguste Comte foi o criador do termo “positivismo”, utilizando-o pela primeira vez em um ensaio escrito em 1848 como parte do projecto “curso de filosofia positiva”, com o qual pretendia oferecer os fundamentos para uma nova ordem política decorrente da revolução francesa. Também é a ele tributada a criação da sociologia como termo e programa científico cujo objectivo é descobrir as leis que governam as instituições sociais e o modo com que os seres humanos se relacionam com o mundo natural e com sua civilização (Plé, 2000). Em 1890, Tarde postulou a imitação como um fenómeno social por excelência, cujas leis permitem compreender a maior parte dos fenómenos colectivos. Para este autor, as leis da

---

<sup>38</sup> “Os ancestrais, são mais remotos no tempo do que os fundadores. Eles, provavelmente, causam também menos embaraço que os fundadores, pois já estão, em geral, mortos quando são identificados como ancestrais. Fundadores são geralmente figuras transitórias. Eles determinam o limite entre o passado e o presente de um campo particular em estudo. Pertencem tanto ao passado, como ao presente, das disciplinas que criaram”. (Farr, 1998, p. 167).

psicologia individual bastam para dar conta da psicologia social, a qual constitui, no fundo, toda a sociologia. Todavia, esta noção foi duramente contestada por Émile Durkheim, em 1898, visto como aquele que realmente iniciou uma tradição na sociologia ao referir que os factos sociais são independentes e exteriores à consciência individual e, deste modo, uma “representação colectiva” de uma dada sociedade é algo com uma existência própria. Esta autonomia do social face ao individual levou Durkheim a sugerir uma “psicologia colectiva” independente da psicologia individual, operando a “libertação” da psicologia social da biologia ao negar o sociologismo biológico, o biologismo da psicologia e o psicologismo biossociológico (Nogueira, 2001a, Santos, 2000). Segundo Farr (1998, p. 153), Durkheim foi um dos sociólogos mais hostis à psicologia individual, embora não manifestasse oposição à psicologia social, chegando mesmo a admitir que a sociologia fosse caracterizada como um tipo de psicologia, desde que se tivesse cuidado em considerar que a psicologia social tem suas próprias leis, diferentes das da psicologia individual. Desta forma, não consideramos Comte e, tampouco Durkheim, “fundadores” da psicologia social, mas “ancestrais”.

A maioria das concepções iniciais da psicologia social esteve ligada ao modelo da psicologia individual, especialmente nos Estados Unidos da América (EUA). Conforme referimos quando falamos da “fundação da psicologia científica”, Wundt foi responsável pela formação de um grande número de psicólogos norte-americanos que, ao retornarem ao seu país, prosseguiram com seus experimentos. W. James e J. Dewey foram os mais proeminentes nomes do contexto norte-americano inicial, estimulando toda uma geração de pesquisadores a utilizar como constructo explicativo da acção social o “hábito”. Foi também nessa época que se iniciaram os estudos sobre as atitudes, tendendo a utilizar disposições comportamentais adquiridas como fundamento teórico das explicações funcionalistas. Para além destes, desenvolvia-se o evolucionismo de Darwin, os estudos de Galton e dos naturalistas britânicos sobre o comportamento animal e a psicologia comparativa, todos desembocando no comportamentalismo, este próprio precedido pela escola de Wuersburg sobre pensamento sem imagens e a chamada “tendência determinante”. As atitudes foram tomadas como constructo central desta psicologia social nascente por congregarem o conceito, a percepção e a crença sobre uma realidade social (componente cognitiva), a sua atractividade ou repulsa (componente afectiva) e a propensão para agir sobre ela de uma maneira específica e com um certo empenho (componente volitiva) (Pereira, 2000). Todos estes momentos, contudo, podem ser considerados como inseridos na noção de “ancestrais” da psicologia social moderna.

Farr (op cit) afirma que G.H Mead, um crítico de Watson, foi o primeiro a empregar o termo “psicologia social” no título de um curso que ministrou entre 1900 e 1901. Por outro lado, Pereira (2000) refere que o termo foi utilizado antes ainda, em uma conferência ministrada por Baldwin, em 1897. De qualquer modo, é o ano de 1908 que a maioria considera como a “fundação” da psicologia social moderna, devido à publicação dos livros *Social Psychology*, de Ross e *An Introduction to Social Psychology*, de McDougall (Nogueira, 2001a).

McDougall, tido como psicólogo, propõe como unidade de princípio o instinto, postulando que a psicologia social tem como objectivo central mostrar como as tendências e capacidades da mente humana individual são compartilhadas em toda a vida mental da sociedade. Para isso, empregava a análise do curso do desenvolvimento e da operação individual. Portanto, centralizava sua análise no impacto da vida social sobre o indivíduo ao analisar suas reacções. Por outro lado, Ross, apresentado como sociólogo, propõe como unidade de princípio a “imitação-sugestão”, afirmando que a psicologia social estuda o nível físico e corrente que parte da existência entre os seres humanos e sua associação. Ao buscar compreender e estimar as uniformidades de sentimentos, crenças e vontades devidas à interação entre os seres humanos, isto é, suas causas sociais, esta perspectiva colocou em destaque o interjogo indivíduo-sociedade (Santos, 2000, Souza L.G.G, 2005).

Como também alerta Nogueira (2001a), ambas as obras analisam e discutem assuntos distintos. Ross, de orientação sociológica, referia conceitos como mente colectiva, costumes sociais, opiniões sociais e conflitos, enquanto McDougall referia que as características sociais e o comportamento se baseavam na natureza biológica, favorecendo os instintos biológicos e psicológicos e as motivações internas na análise do comportamento social. Na análise de Santos (2000), as publicações representam a ambiguidade existente desde Comte, com o seu “bissubstancialismo”, isto é, perspectivação do humano como dividido entre o biológico (instintividade) e o sociológico (institucionalidade). Tal ambiguidade permitiu que ora fosse reforçado o biologismo (na sequência da “luta pela vida”), ora um sociologismo sistemático (“as massas fabricam a história”) ou, ainda, uma junção de ambas as perspectivas, com um “darwinismo social”. Do mesmo modo, as orientações distintas das duas obras são reflexos da existência de duas linhas dominantes nos primeiros anos da psicologia social: (i) centrada na pessoa e (ii) centrada na situação social (Pereira, 2000).

Esta distinção, existente desde os princípios da própria psicologia (com os já referidos projectos distintos de Wundt para a psicologia científica e a “psicologia dos povos”), acabou por se cristalizar em duas formas distintas de psicologia social, a psicológica e a sociológica, ancoradas cada qual em diferentes perspectivas teóricas (psicologia e sociologia, respectivamente) e reflectindo o paradigma dominante no contexto norte-americano ou europeu. A psicologia social psicológica é caracterizada pela individualização do social, desenvolvendo-se especialmente nos EUA. Já as formas sociológicas de psicologia social reflectem a relação entre o individual e o colectivo, buscando uma separação desta dicotomia, tendo sido mais destacadas no contexto europeu (Bernardes, 1998, p. 29). De acordo com Jesuíno (2000), a psicologia social europeia não é apenas uma psicologia social “diferente”, pois representa também um projecto alternativo que se distingue por inserir suas explicações em um contexto social mais amplo, centrado nos grupos. Ou, como diz Tajfel (citado por Jesuíno, op cit, p. 52), trata-se de “uma psicologia social mais social”.

Farr (1998) afirma que as duas grandes guerras mundiais tiveram um papel fundamental no desenvolvimento da psicologia como um todo e, especialmente a segunda guerra, na psicologia social moderna. Antes da I Guerra Mundial, a hegemonia das universidades alemãs no desenvolvimento da psicologia e de outros interesses académicos não tinha rival, fazendo com que o estudo da língua alemã fosse um requisito para todos os pesquisadores e atraindo muitos norte-americanos para aquele país. Contudo, com a emergência do conflito, o trabalho de muitos professores foi interrompido. Wundt já estava além da metade dos seus dez volumes da *Völkerpsychologie* quando a guerra explodiu. Do mesmo modo, McDougall teve de adiar a publicação do seu segundo volume de psicologia social (*The group mind*, que apenas foi publicado em 1920). O pensamento de Freud também foi marcado pela guerra, transitando dos estudos clínicos de pessoas para o desenvolvimento de uma psicologia das massas. A perda de vidas nas trincheiras levou muitos dos jovens seguidores de Durkheim, assim como a experiência no campo de combate marcou a vida dos que sobreviveram (por exemplo, o primeiro escrito profissional de Kurt Lewin em psicologia foi um estudo fenomenológico do campo de guerra nas trincheiras, a partir da perspectiva de um soldado de infantaria). A colaboração da psicologia na selecção de civis para diferentes tipos de tarefas militares levou à expansão da psicométria e da testagem psicológica, representando um enorme incentivo, após a guerra, à psicologia aplicada. Por fim, a guerra foi responsável pelo desenvolvimento, em separado, das duas formas de psicologia (o

behaviorismo nos EUA e o gestaltismo na Alemanha), cisão que se prolongou nos anos do após guerra.

Nos anos entre as guerras, o fluxo de migração de pesquisadores europeus para os EUA se intensificou, especialmente com a ascensão de Hitler na Alemanha. Lazarsfeld, juntamente com alguns de seus auxiliares, saiu de Viena para Nova Iorque, transformando-se numa grande influência na metodologia de pesquisa social. A famosa “Escola de Frankfurt” também emigrou em massa para os EUA quando Hitler determinou seu fechamento, assim como diversos psicólogos do grupo da Gestalt de Berlim. Igualmente, os refugiados da Europa continental na Inglaterra (Tajfel, Himmelweit, Jahoda e outros) contribuíram significativamente para o desenvolvimento da psicologia social no país. Todavia, Farr (op cit) postula que foram alguns trabalhos produzidos durante a II Guerra Mundial, principalmente de gestaltistas, que estabeleceram as bases da psicologia social moderna, chegando a afirmar que a migração dos gestaltistas alemães e austríacos para a América foi responsável para que estes efectivamente se tornassem psicólogos sociais. A “revolução cognitiva” foi uma reacção contra o contexto behaviorista como que os gestaltistas europeus se depararam na América, onde o positivismo havia se estabelecido sob a forma do behaviorismo. Adoptando a fenomenologia ao invés do positivismo, os gestaltistas criaram uma psicologia social cognitiva, uma forma psicológica de psicologia social.

De acordo com Pereira (2000), as principais figuras do processo de “independentização” da psicologia social norte-americana foram um inglês (Barlett, com a publicação de *Remembering*), um turco emigrado (Sheriff), um alemão fugido ao nazismo (Lewin), um austríaco (Heider) e também um polaco emigrados (Asch). Afirma também que a psicologia adquiriu, nos EUA, uma marcada orientação funcionalista (com W. James) e pragmática (com Dewey), cedo se desenvolvendo em um grau muito mais marcado do que na Europa e sendo aplicada a diversos domínios, como a educação, a opinião pública, a indústria, a medicina e etc. Para o autor, estes dois aspectos dominantes na psicologia norte-americana (o funcionalismo e a aplicabilidade) explicam o motivo pelo qual a América do Norte reuniu as melhores condições para que a psicologia social se autonomizasse.

Por outro lado, assim como a guerra impulsionou a psicologia social americana, com a migração de muitos psicólogos europeus, causou uma “interrupção” da psicologia social europeia, a qual só viria a voltar com força na década de 1960. Todavia, esta retomada foi grandemente influenciada pelo “modelo de exportação” da psicologia norte-americana,

adoptado durante o processo de reconstrução das universidades da Alemanha e do Japão desenvolvido pelos EUA, levando a uma “americanização” da psicologia social europeia (Farr, op cit). Na Europa, os norte-americanos também tiveram o importante papel de ajudar a construir o que hoje é a “Associação Europeia de Psicólogos Sociais Experimentais”. Nogueira (2001a) afirma que, embora a ajuda norte-americana tenha sido encarada de forma positiva, por possibilitar a internacionalização e a reconstrução da psicologia social, gradualmente passou a ser questionada. Tajfel e Moscovici são citados pela autora como os primeiros a procurar uma “identidade europeia” para a psicologia social.

Tajfel e seus alunos, com a Teoria da Identidade Social, enfocaram a dimensão social do comportamento individual e grupal, procurando escapar aos excessos individualistas da psicologia social norte-americana. Trata-se de uma teoria do comportamento inter-grupal que permite uma análise da identidade com base na pertença a um grupo e, por isso, pode ser descrita como uma das teorias psicológicas sociais mais compreensivas das relações intergrupais e dos processos grupais. Apesar de ter alcançado grande importância na Europa e ter exercido influência até mesmo fora dela, também foi alvo de críticas, dando origem a dois modelos. O modelo de Bristol segue a proposta de Tajfel, ao passo que a Escola de Genebra incorpora as críticas provenientes de autores como Deschamps, Doise e Lorenzi-Cioldi (Nogueira, 2001a).

Outra abordagem da psicologia social europeia de destaque é a Teoria das Representações Sociais de Moscovici, representando o paradigma de maior importância na psicologia social em França, Itália, Espanha, Portugal e América Latina desde a década de 1960, tendo sido posteriormente introduzido na psicologia social britânica e discutida por autores como Billig e Potter desde a década de 1980. Esta teoria procura reinstalar a natureza colectiva e social dos constructos cognitivos como as atitudes, crenças e valores, correspondendo o conceito de representações sociais ao conjunto partilhado de crenças e de conhecimento do senso comum no seio de uma colectividade que as usam para se orientarem face ao mundo social. Oferece um modelo do conhecimento social, da sua construção, transformação e distribuição, e descreve a função da experiência e do conhecimento nas práticas sociais. A teoria das representações sociais adoptou, de Durkheim, a noção de conhecimento e representações como fenómenos colectivos (ou sociais), de Piaget o aspecto da construção social da realidade e do seu significado, e de Freud o processo pelo qual as realidades externas - sejam objectos, conceitos ou teorias usadas no meio que rodeia as



pessoas - entram nas nossas visões internas do mundo. Contrariamente à cognição social, as representações sociais são um modelo teórico que descreve como o conhecimento é produzido e usado em contextos sociais específicos. Contudo, na maioria dos estudos de representações sociais, os investigadores caíram, de uma forma geral, no erro oposto ao da cognição social, negligenciando os processos e centrando-se exclusivamente na descrição dos conteúdos (Nogueira, 2001a).

Tal facto leva Jesuíno (2000) a não considerar que as vertentes norte-americana e europeia da psicologia social moderna apresentem diferenças tão profundas. Na sua análise, há uma convergência entre psicólogos sociais dos dois continentes, a qual pode ser explicada pelo facto da comparação ser estabelecida em termos da psicologia social experimental, compartilhada por ambas, limitando-se o papel social da vertente europeia à criação de uma maior diversidade temática e analítica. Deste modo, a psicologia social europeia pode ser caracterizada por uma ambiguidade que a percorre desde o início, isto é, uma tendência em conciliar o método experimental com uma “psicologia social mais social”. Tal ambiguidade pode ser vista, por exemplo, na denominação adoptada pela associação europeia de psicologia social (*European Association of Experimental Social Psychology*) e de seu *European Journal of Social Psychology* que, embora não faça referências ao termo “experimental”, possui uma política editorial que claramente privilegia este método. Na opinião deste autor,

os psicólogos sociais europeus pretenderiam, por um lado, beneficiar das vantagens que o método experimental oferece, e desde logo, duma maior aceitação pela comunidade científica, mas procurariam evitar, por outro lado, os inconvenientes de uma inaceitável perda em termos de pertinência e relevância do seu objecto de estudo. (Jesuíno, 2000, p. 53).

Desta forma, retornamos à noção de Boaventura de Souza Santos (1987) sobre a adopção do paradigma das ciências naturais pelas ciências sociais e humanas emergentes, onde as noções do método experimental permaneceram inalteradas (tal como a separação entre sujeito e objecto, a necessidade da neutralidade, o carácter evolutivo do desenvolvimento científico e outras). A psicologia social moderna, especialmente nos seus primeiros tempos, não ficou imune a essa influência, seja na sua vertente norte-americana ou europeia (ou, ainda, na sua vertente sociológica ou psicológica). Contudo, aos poucos começaram a surgir alguns movimentos de contestação da aplicação do paradigma das

ciências naturais à psicologia social, cristalizando um momento que tem sido denominado por “crise da psicologia social.

### **4.3 A psicologia social em crise**

Dedicamo-nos a descrever o processo de constituição da (moderna) ciência psicológica e da psicologia social com o intuito de oferecer uma base para a compreensão do novo paradigma que, embora existisse de modo “marginal” (nas palavras de Santos, 1987) desde o século passado, apenas em finais do século XX passou a ter maior força. Assim como a psicologia científica e a psicologia social possuem “antepassados e fundadores” (utilizando a expressão adoptada por Farr, 1998), este momento de “crise” ou, melhor dizendo, de contestação do paradigma dominante, também pode ser vislumbrado em diversos momentos históricos.

Wundt, em 1879, já estabelecera a existência de dois projectos distintos: a psicofísica e a psicologia social, considerando-os como impossíveis de serem desenvolvidos com os mesmos métodos científicos (Farr, 1998, Santos, 2000, Schultz & Schultz, 1992). Igualmente, o paradigma científico moderno como um todo já era contestado por Nietzsche em “A Gaia Ciência”, de 1882 (citado por Gallo op cit, p. 559). Nesta obra, o filósofo afirmava que o desenvolvimento da ciência moderna ocorreu a partir de três equívocos: o desejo de conhecer a “mente de Deus” por meio da natureza (com Newton); um desejo de verdade aliado a uma crença moral de que conhecer mais significaria ser melhor e mais feliz (com Voltaire) e uma crença na bondade intrínseca do ser humano, visto como altruísta, inofensivo e auto-suficiente, considerando que todo o saber apenas pudesse ter efeitos benéficos (com Espinosa).

Em 1982, Fritjof Capra descreveu, em “O ponto de mutação” (Capra, 2002), como as descobertas da física da década de 1920, decorrentes da exploração do mundo atómico e subatómico, colocaram os físicos em contacto com uma realidade que parecia desafiar as descrições coerentes. Em seu esforço de compreensão dessa nova realidade, os físicos perceberam os seus conceitos básicos, sua linguagem e todo o seu modo de pensar eram inadequados para descrever os fenómenos atómicos, colocando-os em uma posição de crise, não só intelectual, mas também emocional e existencial. De modo semelhante, o autor

acredita que a sociedade como um todo se encontra em uma crise análoga, derivada do facto de estarmos tentando aplicar os conceitos de uma visão de mundo obsoleta: mecanicista, cartesiana, newtoniana.

Boaventura de Souza Santos (1987) integra esta reflexão afirmando que a crise do paradigma científico dominante deu-se a partir de quatro principais rupturas: o questionamento do rigor das leis de Newton por Einstein (questionamento das noções tradicionais de espaço e tempo advindo dos conceitos de relatividade e simultaneidade); as descobertas da mecânica quântica e da microfísica de Eisenberg e Bohr (não é possível estudar um objecto sem nele interferir); o questionamento do rigor da matemática, de Gödel (com o teorema da incompletude); e os avanços do conhecimento nos domínios da microfísica, da química e da biologia (por exemplo, a teoria das estruturas dissipativas e princípio da “ordem através das flutuações”, de Prigogine). Todas estas descobertas, propiciadas pelo próprio desenvolvimento do modelo dominante de ciência, acabaram levando-o para a sua crise.

A partir de então, alguns cientistas passaram a descrever a importância da adopção de um “novo paradigma”, cuja principal característica é a forte crítica ao positivismo e à ciência social tradicional. Destaca-se, também, a crítica ao conhecimento dado e à ideia de uma “natureza autêntica”; o reconhecimento das determinações históricas e culturais da compreensão (que é sempre específica e relativa); a convicção de que o conhecimento é socialmente construído e o compromisso em explorar a ligação conhecimento-saber. Assim, já não é mais possível perceber as ciências naturais e sociais como dicotómicas, numa cisão mecanicista entre matéria e natureza. As novas concepções buscam abordagens holísticas, levando em conta a historicidade, a liberdade e a autodeterminação dos seres humanos (Gil, 2002).

Com relação à psicologia social, Hepburn (2003) aponta os trabalhos de psicólogos sociais do período do pós-guerra - Gordon Allport, Muzafer Sherif, Solomon Asch, Stanley Milgram e Philip Zimbardo – como uma “psicologia social primitiva” que se dedicava a examinar como a acção se relacionava ao contexto social ao focar-se em temas como conflito, genocídio, agressões, pressões sobre o indivíduo, papel das instituições e muitos outros. Nas décadas seguintes, a psicologia social foi abandonando estes “grandes temas”, passando a desenvolver um grande número de experimentos com sofisticações técnicas e fenómenos de pequena escala. Tal como já nos referimos, a psicologia social europeia moderna apenas

retomou a “interrupção” causada pela II Guerra Mundial em meados da década de 1960. Contudo, conforme aponta Jesuíno (2000), na década de 1980 havia uma maior aproximação com a vertente norte-americana e uma aceitação generalizada da “revolução cognitiva”, que passou a ser o paradigma dominante também na psicologia social europeia, processo que Farr (1998, p. 29) chama de “individualização da psicologia social”. Alguns autores continuavam suas pesquisas com foco na compreensão de problemas como a obediência à autoridade, a produção de julgamentos sobre os outros, a negociação e a redução de conflitos, a atracção interpessoal e a amizade. Jesuíno (op cit) afirma que, entre os europeus, Moscovici e Tajfel propuseram uma psicologia social diferente da norte-americana, centrada em tópicos como o estudo das relações interpessoais, a influência social, a influência dos grupos minoritários, o controlo social e as representações sociais, colocando os grupos e a sua importância no centro das discussões.

Moscovici, ao escolher Durkheim como ancestral para sua teoria das representações sociais, contribuiu para que a tradição francesa fosse classificada como uma forma sociológica de psicologia social. Todavia, afirma que, embora Moscovici representasse a “psicologia social europeia”, foi amplamente reconhecido pela psicologia social americana, pois inscrevia-se no paradigma da “ciência normal”, sobretudo pelo método experimental sofisticado que adoptou (Jesuíno, op cit). De modo semelhante, Hepburn (2003) afirma que nas décadas de 1960 e 1970 a psicologia social europeia tornou-se cada vez mais padronizada, abandonando sua preocupação inicial com temas como a opressão e a exploração, tornando-se cada vez mais “científica” “americanizada”, nos termos do paradigma moderno dominante. Pereira (2000, p. 45) chega a afirmar que podemos encarar “o desenvolvimento da psicologia social americana como a aplicação de um método com fraca referência à teoria. Tal método tem sido, predominantemente, quantificante e tem beneficiado dos progressos da estatística multivariada”. De acordo com Hepburn (op cit), esta contínua transição do social para o individual é a característica central do que tem sido chamado de “crise da psicologia social”.

Nogueira (2001a) situa o início da “crise” na década de 1960, especialmente a partir da publicação de um artigo de Kenneth Ring, em 1967, no qual o autor assumia uma posição provocatória ao classificar a psicologia social da época como frívola, por se preocupar mais em demonstrar a astúcia e a perspicácia das manipulações experimentais do que em fazer progressos sérios na tarefa de construção do conhecimento, demonstrando o evidente descontentamento com o programa empirista-positivista da acumulação do conhecimento. Por

outro lado, Spears (1997) diz que muitos autores consideram o livro de Israel e Tajfel *The context of social psychology: a critical assessment*, de 1972, como um marco de resistência contra a abordagem individualista e experimental dominante, destacando a necessidade de dirigir o olhar para compreensões socialmente contextualizadas do ser e do agir. No ano seguinte, Kenneth Gergen (1973), nos EUA, também questionou o paradigma positivista ao argumentar que a história oferecia um modelo melhor de ciência para a psicologia do que os pressupostos universalizantes das ciências naturais. A sua análise da teoria e dos métodos de pesquisa em psicologia social revelou que, enquanto os métodos possuem um carácter científico, as teorias sobre o comportamento social são reflexos da história contemporânea pois, na mesma medida em que a cultura se altera ao longo da história, as premissas teóricas são alteradas e frequentemente invalidadas. Desta forma, afirma que os princípios da interação humana não podem ser definitivamente estabelecidos, pois os factos em que se baseiam não permanecem estáveis ao longo do tempo. O conhecimento em psicologia social não pode ser acumulativo, no sentido científico comum, pois este conhecimento frequentemente transcende seus limites históricos.

Em meados da década de 1970, a crise estava instalada, colocando em causa a metodologia e a meta-teoria. Caracterizava-se também por uma clara adopção da agenda política liberal de esquerda que surgira em finais de 1960 e início de 1970 com a geração do pós-guerra, que questionava a ordem mundial e seus imperialismos. Para muitos, a psicologia e suas instituições passaram a ser identificadas com o próprio Estado (caracterizando o que Nikolas Rose posteriormente chamou de *psy-complex*), pois a ciência positivista não era vista apenas como “sem rumo” ou “alienada”, mas como um aparato estatal para a regulação e o controle social. A “Escola de Frankfurt” ofereceu importantes contribuições políticas a estas análises, assim como marxistas ocidentais (como Lukács, 1923/1971) pontuaram os malefícios da ciência racionalista como uma arma do Estado. Textos de marxistas como Althusser e Gramsci foram de grande influência para estruturalistas e teóricos culturais, assim como a abertura para influências exteriores à psicologia, como a sociologia, a teoria social, a ideologia crítica e a filosofia linguística, uniram-se a tradições desconsideradas da própria psicologia a fim de alcançar uma mudança de paradigma na análise da subjectividade (Spears, 1997).

Ibáñez (1997) destaca que o principal foco de crítica à psicologia social “em crise” foi direccionado para os valores que sustentavam a psicologia social tradicional. A preocupação

estava no facto da psicologia social não estar conseguindo cumprir sua promessa de actuar como uma ferramenta emancipatória. Como resultado, as críticas foram dirigidas às razões desta falha, frequentemente censurando os pressupostos positivistas nos níveis metodológico e teórico e, por outro lado, tentando estabelecer as bases para um modo alternativo de pensar e fazer a disciplina. Supunha-se que estes “modos alternativos” permitiriam à psicologia social atingir os seus propósitos frustrados pela inadequação epistemológica e metodológica. Em finais da década de 1960, tornou-se claro que estas promessas estavam longe de serem alcançadas. Consequentemente, a crítica destacou a falta de relevância da disciplina e, de modo mais radical, chegou mesmo a afirmar que a psicologia social estava fazendo exactamente o oposto do que havia se proposto, isto é, ajudava a manter o *status quo*.

Íñiguez-Rueda (2003) apoia-se em Ibáñez para explicitar os factores internos e externos que propiciaram a emergência da crise da psicologia social. Entre os externos, o autor destaca as fracturas sociais produzidas nos anos 1960 (os movimentos contestatórios, a “crise de valores”, as mudanças na estrutura produtiva mundial), mas, principalmente, o debate e a crítica dos modelos dominantes nas ciências sociais em geral. Entre os factores internos, estão o carácter complexo e impreciso da psicologia social e a “rotinização” da investigação experimental, onde o conhecimento produzido a partir da experimentação sobre os objectos sociais apresentava uma série de “falhas” ou limitações com relação ao paradigma científico: o conhecimento produzido pela psicologia social carecia de propriedades acumulativas, as teorias psico-sociológicas se apresentavam, em grande medida, como incomensuráveis e, por fim, as teorias psico-sociais não reuniam as propriedades necessárias para serem refutáveis. Portanto, a psicologia social tinha muitos motivos para dar ouvidos às críticas. Hepburn (2003), de modo resumido, afirma que a crise na psicologia adveio da constatação da perda do carácter radical da psicologia social, organizando-se em torno do questionamento de três grandes temas:

(i) Crítica ao individualismo da psicologia social e às consequentes explicações cognitivas;

(ii) Crítica ao método, causada pelo grande foco na técnica e nos métodos em detrimento da preocupação com a sua adequação à compreensão da actividade humana;

(iii) Crítica teórica, gerada pela preocupação com a perda análise das amplas estruturas sociais na pesquisa.

Augoustinos e Walker (1995, citados por Nogueira, 2001a) afirmam que, apesar deste descontentamento, pouco se falou sobre a “crise” desde a década de 1970. As críticas nunca foram completamente debatidas, pois os psicólogos aparentemente perderam o interesse por estas questões, facto que torna estes questionamentos tão actuais agora quanto foram naquela época. Gergen (1996) afirma que, devido ao facto das suas críticas serem dirigidas aos pressupostos que fundamentavam – e ainda fundamentam – a maior parte da disciplina, seus escritos foram recebidos com forte resistência, vistos como anti-científicos, anti-psicológicos e até *niilistas*. Se, nos primeiros tempos ainda houve algum debate em torno das questões suscitadas pelos autores dos textos desencadeantes da “crise”, em pouco tempo esta se extinguiu. Os experimentalistas voltaram a exercer seu trabalho do modo usual e a auto-reflexão desapareceu das páginas das principais revistas

Uma análise do contexto sociocultural da época pode ajudar a compreender porque as críticas levantadas à ciência e, particularmente, à psicologia social, não foram tomadas a sério. Conforme Spears (1997), o clima político e o idealismo dos anos 1960 haviam sido alterados. Os *hippies* tornaram-se *yuppies*, o activismo político estudantil caiu em apatia e passou a servir à promoção pessoal. De modo semelhante, Elisa Cevasco (2003) afirma que as revoluções prometidas pelos anos 1960 conseguiram alterar o mundo de diversas maneiras. Contudo, muitas conquistas foram revertidas durante a crise económica que se instalou na década de 1970 e, especialmente, no redireccionamento para a direita que marcou as décadas de 1980 e 1990, o que pode ser visualizado nos dois mandatos de Ronald Reagan nos EUA (1980-1988) e pelo “reinado” neo-liberal da Primeira-Ministra britânica Margaret Thatcher (1979-1990). Tal reversão ideológica visava conter a crise económica com a célebre fórmula de contenção de gastos, aperto na distribuição de renda e maior concentração do poder do Estado. As energias libertárias da década de 1960 foram recontidas e houve um endurecimento das relações sociais e diminuição da actividade de resistência das instituições, inclusive das universidades. Tal como já discutimos, este também foi o momento em que o contra-feminismo e o movimento do *backlash* se intensificaram, levando ao sentimento de necessidade de “superação” do feminismo ou, mesmo, de seu abandono, pois supunha-se que todas as dificuldades femininas já estavam superadas. Na psicologia, algumas das propostas tidas como alternativas na altura, actualmente são vistas como mais liberais do que de esquerda. Por exemplo, Spears (1997, p. 4, tradução nossa) avalia que “as psicologias ‘humanistas’ alternativas podem ser vistas como baseadas mais no mito da auto-descoberta (o que quer que isto seja) do que na transformação social”.

Ainda assim, de modo “marginal” (Santos, 1987), aquilo que não havia passado de uma “distracção” no decorrer normal das investigações, tornou-se central para alguns pesquisadores. No contexto sociocultural, o surgimento de uma nova geração política e cultural, fruto do movimento estudantil de Maio de 1968, deu origem aos “novos movimentos sociais”. Dentre estes, o feminismo da segunda vaga e seus questionamentos quanto ao androcentrismo na ciência se uniram ao processo de revisão da ciência descrito por Santos (1987) e Capra (2002). Assim como já discutimos, a crítica feminista à ciência foi muito além do simples questionamento dos métodos utilizados nas investigações ou da maior presença masculina na academia. O feminismo do tipo *standpoint* e a adopção dos “conhecimentos situados” (já na terceira vaga feminista) uniram-se a um descontentamento com o papel e a função da pesquisa que começava a surgir em diversos campos. Igualmente, o privilégio dado às metodologias qualitativas que procuravam “dar voz” às mulheres oprimidas mostrou que era possível desenvolver outras formas de investigação científica. De acordo com Neves e Nogueira (2003), a crítica feminista à ciência sugeria a existência de muitas distorções masculinas no exercício da ciência, sendo particularmente relevante as questões ideológicas intrincadas na relação entre objectividade e masculinidade e dos próprios objectivos da ciência com o poder e a dominação. Garay, Iñiguez e Martínez (2001) dizem que a epistemologia feminista foi de fundamental importância no plano epistémico, isto é, no plano da posição do sujeito produtor de conhecimento, pois questionou e explicitou a relação íntima entre o sujeito que percebe e aborda a compreensão de um objecto e o objecto concreto sobre o qual dirige o seu olhar. Critica igualmente a “panaceia do método”, afirmando que o método das ciências naturais não pode ser um modelo a ser seguido por qualquer método de conhecimento científico, pois desconsidera os elementos e as determinações sociais que afectam o sujeito e o objecto do conhecimento e, tampouco, considera ou examina as condutas intencionais utilizadas de forma consciente e tendo como base determinados objectivos ou finalidades.

De acordo com Verdú (2006), os “novos movimentos sociais” se diferenciam dos “velhos” (como o de trabalhadores, camponês ou de libertação nacional, surgidos simultaneamente ao desenvolvimento do capitalismo e da formação de um sistema de Estados) por aparecem como respostas a três aspectos inter-relacionados das sociedades industriais de capitalismo avançado: o agravamento dos efeitos colaterais negativos da racionalidade económica e política, o aprofundamento dos métodos e efeitos da dominação e do controlo social e a perda da capacidade de auto-correcção das instituições políticas e económicas. Neste sentido, os novos movimentos sociais denunciam os efeitos perversos da



modernização que afectam toda a sociedade e não apenas uma classe social específica. Trata-se, enfim, de um questionamento da “condição moderna” que deu origem ao que tem sido chamado por “pós-modernismo”.

Assim como o termo “modernismo” apresenta dois sentidos (como movimento artístico, situado em finais do século XIX e início do século XX, ou como movimento histórico-filosófico), “pós-modernismo”, como seu derivado, corresponde a duas definições: um movimento artístico surgido inicialmente na arquitectura entre finais da década de 1960 e 1980 e que, apenas na década de 1970, estendeu-se às ciências sociais e humanas, com mais ênfase a partir da década de 1980. Fazendo um trajecto inverso ao do termo modernismo, o pós-modernismo apenas se derivou para as ciências humanas quando já estava consolidado no campo da arte como um movimento (Gallo, 2006). Contudo, de acordo com Gatti (2005), o emprego dos termos pós-modernidade e pós-modernismos não é consensual, mesmo entre aqueles que se preocupam com a compreensão do momento histórico contemporâneo, com suas diferentes manifestações. De qualquer modo, o século XX construiu caminhos históricos da sociedade e de seus conhecimentos que acabaram por problematizar as grandes utopias e modelos de análise produzidos nos séculos anteriores (na chamada “modernidade”), tal como já discutido por Santos (1987) e Capra (2002). Porém, há quem argumente que os eventos tratados como novos não o são em essência, estando ainda sob a regência da modernidade, a qual é tida como um período histórico-cultural e científico que ainda não acabou (Gatti, op cit). Por outro lado, aqueles que “defendem” a pós-modernidade afirmam que as alterações nas políticas económicas do mundo ocidental nas últimas décadas - tal como o declínio da indústria pesada, o crescimento dos *mass media* e o fim da Guerra Fria – sugerem que o período moderno, iniciado com o Iluminismo, está acabado, abrindo caminho para uma nova era (ou, para a pós-modernidade) (Roiser, 1997).

Para diversos autores (Gallo, 2006, Hepburn, 2003, Nogueira, 2001a, Roiser, 1997 e muitos outros), o ensaio de Lyotard, *The Postmodern Condition*, de 1979, é um dos marcos do pós-modernismo. Já na introdução, Lyotard delimita como campo de suas intervenções o problema do conhecimento, defendendo duas teses fundamentais e inter-relacionadas: a alteração no estatuto do saber e a falência das metanarrativas. Argumenta que as “indústrias do saber” estão cada vez mais dominando nossa sociedade e substituindo os modos de produção capitalista e marxista. Desta forma, a pós-modernidade tenta traduzir as mudanças nos estatutos dos saberes que se processaram no mesmo momento em que as sociedades

entraram na chamada era “pós-industrial”. Na sua concepção, a ciência moderna é caracterizada por se legitimar a partir do apelo a grandes referências (metanarrativas), sendo justamente esta a fonte de sua falência. Foram as falhas do conhecimento e da racionalidade modernas, causadas pelas exigências acerca da metodologia e a consequente incredulidade quanto às suas explicações universais, que levaram à insatisfação com a ciência moderna, gerando a “condição pós-moderna”. Assim, o pós-modernismo rejeita a ideia de que a mudança social se baseia na descoberta e consequente alteração das estruturas subjacentes da vida social através da aplicação de uma grande teoria ou meta-narrativa. De acordo com Burr (1995), a própria palavra “descobrir” pressupõe a existência de uma realidade estável que pode ser revelada através da observação e da análise, as quais permitirão construir uma explicação universalmente válida, sendo exactamente contra estas noções que o pós-modernismo se posiciona.

Íñiguez (2002) vê o discurso da pós-modernidade como legitimador de outra época e de outra forma de ver as coisas. É um discurso programático sobre certas maneiras de entender a mudança social que, na sua concepção, constitui um processo que ainda está ocorrendo. O que chamamos de pós-moderno é justamente este efervescente debate nas práticas filosófica, artística, científica, política e outras da actualidade que critica e questiona conceitos que estão deixando de ser úteis, como o de realidade (basta vermos o mundo aberto pelas possibilidades da “realidade virtual” propiciado pela informática) ou do trabalho como valor central na vida quotidiana (haja visto a realidade global do desemprego), os quais têm alterado também os valores. Contudo, a pós-modernidade não é um movimento homogêneo, variando conforme estejamos falando da psicologia, da arte, da arquitectura ou da engenharia. O que está claro é o facto de se tratar de um movimento de grande efervescência, de grande mobilização de ideias, argumentos, recursos e pessoas e com a emergência de tecnologias (como a informática) que mudam a maneira de ver as coisas. Desta forma, a pós-modernidade é uma anti-modernidade, é um posicionamento crítico contra a modernidade e tudo aquilo que ela representa: a noção da razão como emancipatória, a verdade, a objectividade e o conhecimento como neutros e “desinteressados”. Por outro lado, a pós-modernidade também legitima uma nova época, com um programa ou uma proposta paradigmática distinta que se opõe à totalização universalizante e, deste modo, busca romper, fragmentar a realidade, o sujeito e os objectos.

Na psicologia social, as consequências da “crise” e do questionamento pós-moderno impeliram a uma “nova ciência psicológica”, onde as transformações epistemológicas e metodológicas levaram à ocupação de novos terrenos de investigação e de intervenção, onde as questões sociais, políticas e históricas se sobrepõem às questões meramente individuais e psicológicas (Neves, 2005). Embora com muita heterogeneidade interna, esta “nova psicologia social” tem sido denominada de modo amplo por “psicologia social crítica”.

#### **4.4 Psicologia (social) como crítica: construcionismo social e análise de discurso**

De acordo com Hepburn (2003), potencialmente, qualquer parte da psicologia crítica algo. No entanto, o que distingue a psicologia crítica é a sua abrangência de análise, geralmente dirigida à política, à moral e à mudança social. Nos seus antecedentes (para seguir utilizando a terminologia sugerida por Farr, 1998), relaciona-se à chamada “Teoria Crítica”, cuja origem se deve ao trabalho de um grupo alemão geralmente designado por “Escola de Frankfurt” que, por volta dos anos 1920, assim designavam a abordagem específica para interpretar a teoria marxista. Os seus primeiros teóricos foram Max Horkheimer, Theodor Adorno e Herbert Marcuse. Numa segunda fase, por volta dos anos 1930, os teóricos críticos abandonaram a posição política especificamente marxista, apesar de permanecerem se opondo aos efeitos destrutivos do capitalismo. Numa terceira fase, sob a liderança de Habermas, por volta dos anos 1960, deu-se uma revisão radical na teoria crítica para permitir a análise das formas emergentes do capitalismo avançado. Nos dias de hoje, o termo “teoria crítica” está associado a diferentes teóricos de outras nacionalidades e disciplinas, tendo sido alargado e estendido para outros problemas (não especificamente o marxismo) e, mesmo, para além da Escola de Frankfurt (Nogueira, 2001a).

Nogueira, Neves e Barbosa (2005) afirmam que a denominada psicologia crítica diferencia-se da tradicional principalmente pelo facto de não ser neutra, mas norteadada por valores, ligada a questões de poder e orientada para a mudança social. Dentre as principais questões que trouxe para debate, a preocupação com a ética e a aplicabilidade dos métodos de investigação científica estiveram presentes nas abordagens críticas à ciência desde o princípio. Desta forma, a preocupação com factores como a agência e a autonomia dos participantes nos projectos de investigação científica, as dinâmicas de poder existentes entre investigadores e investigados, o envolvimento dos investigadores e sua influência no processo de construção

de conhecimento, bem como as implicações da investigação nos sujeitos que dela participam tornaram-se fundamentais. Assim, a psicologia deixou de ser vista como uma ciência orientada por uma ideologia universal, centrada em problemas individuais, para tornar-se uma ciência comprometida com questões sociais. Trabalhando com as relações de poder, assume como objectivo o empoderamento dos grupos desfavorecidos e a maximização da sua participação nos processos de pesquisa através do uso de métodos qualitativos.

Garay, Íñiguez e Martínez (2001), ainda que não concordem com a prática de “etiquetar” uma perspectiva como “psicologia social crítica”, consideram possível denominar certas práticas de produção de conhecimento como comprometidas com um olhar crítico, desde que apresentem algumas das seguintes características: problematização e questionamento constante das práticas de produção de conhecimento, reconhecimento da historicidade do conhecimento, do carácter interpretativo do ser humano, da reflexividade do conhecimento e dos aportes da epistemologia feminista. Neste percurso, os autores citam diferentes nomes já utilizados, tais como: “Nova Psicologia Social” (Ibáñez, 1989), “Corrente Alternativa” (Ibáñez, 1990), “Psicologia Social Crítica” (Ibáñez & Íñiguez, 1997) e “Psicologia Social como Crítica” (Domènech & Ibáñez, 1998).

Íñiguez-Rueda (2003) estabeleceu uma diferenciação entre “psicologia radical” e “psicologia crítica”, onde a primeira enfatiza a transformação da ordem social, ou seja, é uma psicologia social implicada nos processos de emancipação e mudança social, podendo ou não ser crítica. Na sua concepção, a psicologia social crítica se caracteriza por ser o resultado do contínuo questionamento das práticas de produção do conhecimento e, neste sentido, pode ou não ser radical, pois pode permanecer à margem de qualquer pretensão de emancipação social ou sentir-se plenamente imbricada com ela. Portanto, o que diferencia a psicologia social radical da psicologia social crítica é o foco da mudança: na primeira, o alvo é a ordem social, na segunda, a própria psicologia. Neste sentido, a psicologia social crítica não é uma sub-disciplina da psicologia ou da psicologia social, mas uma *prática* decorrente do contínuo questionamento e problematização das práticas de produção de conhecimento.

Erica Burman (1997) contribui para esse debate com questionamentos sobre o que significa “crítica”, alertando para os riscos de se assumir um posicionamento onde a psicologia social crítica seja assumida como aquela que surge “após a crise”, pois pode levar à suposição de que esta foi superada e que a psicologia “sobreviveu intacta”, posicionando os psicólogos sociais críticos como meros sucessores históricos vitoriosos. Íñiguez-Rueda (2003)

alerta que, em muitos casos, a “crise” acabou por ter um efeito paralisador e “coisificante”, deixando de ser um processo interno da psicologia social em paralelo com processos equivalentes em outras disciplinas das ciências sociais para converter-se em um acontecimento pontual e datável. Uma vez apreendida pela “história da disciplina” e relatada com maior ou menor exactidão, a crise da psicologia social foi reificada ao ser capturada pela trama discursiva do carácter historiográfico. E a psicologia social dominante pode continuar dominando. Na sua perspectiva de Burman (op cit), é preciso recusar este posicionamento temporal em favor de um posicionamento espacial: psicologia social crítica é aquela que actua (pelo menos parcialmente) a partir de “fora” da psicologia; é um compromisso político, não uma teoria psicológica alternativa qualquer. Colocando o social entre parênteses, entende a “psicologia (social) crítica” como existindo apenas em relação ao seu inverso: qualificando a psicologia ao invés de suplementá-la. Assim, defende que a crítica não deve ficar limitada à psicologia social, como se fosse irrelevante para o restante da (supostamente não-social) disciplina. Por outro lado, assume ser difícil especificar uma psicologia (social) crítica autónoma, uma vez que esta se constitui como uma intervenção estratégica com relação às formas de psicologia opressivas dominantes. Desta forma, a psicologia crítica está inevitavelmente vinculada à transformação social. Mas, o modo de se obter isso está longe de ser uma simples questão. Muitos advogam pela prática da pesquisa, com intervenções nestes *settings*; para outros, o objectivo é aumentar a compreensão das pessoas para que elas mudem as coisas ou para gerar recursos para a mudança e para a crítica. E, ainda, a própria mudança pode ser entendida de diferentes formas (Hepburn, 2003).

Por fim, Sue Wilkinson (1997), define a psicologia social crítica como aquela que surgiu da crise da psicologia social e dos resultados das tentativas daqueles que se auto-definem como críticos da psicologia dominante para “desconstruir” e “reconstruir” suas práticas e instituições em modos mais humanistas, libertários ou radicais. Desta forma, a psicologia social crítica pode ser vista como um “chapéu-de-chuva” constituído por áreas diversas (mas relacionadas) como a análise de discurso e a psicologia discursiva, o estudo da retórica e da ideologia, a desconstrução, o construcionismo social, o pós-estruturalismo e o pós-modernismo, a análise da textualidade e outras. Caracteriza-se por uma variedade de posicionamentos epistemológicos, teóricos e metodológicos que se diferenciam da abordagem do paradigma dominante, o qual se fundamenta em modelos realistas convencionais e em metodologias positivistas-empiristas. De modo semelhante, Íbáñez (1997) diz que, desde a década de 1970, pressupostos pós-positivistas foram adoptados, novas metodologias foram

colocadas em prática e novos tópicos surgiram: “produções discursivas”, “análise da conversação”, “construção social” de uma variedade de entidades psicológicas naturalizadas (emoção, mente, cognição), “narrativas” e muito mais.

De acordo com Murray (2000), na Europa, a Alemanha foi o país que desenvolveu reflexões mais aprofundadas, culminando com a criação de uma psicologia crítica própria. Nos países de língua inglesa, houve diversas influências: do marxismo, com o desenvolvimento de uma psicologia politicamente consciente; e do humanitarismo, que preocupou-se mais com os aspectos da alienação/emancipação pessoal. Na América Latina, ligou-se aos movimentos sociais emancipatórios e à pedagogia crítica de Paulo Freire, criando uma psicologia social com contornos muito próprios. Conforme pode-se ver nas discussões acima, este não é um campo (ou uma prática) consensual. Pelo contrário, podemos mesmo afirmar que o consenso não é o que se busca, uma vez que a “psicologia (social) como crítica” surgiu exactamente da necessidade de questionar os pressupostos universalizantes e generalizantes da ciência positivista dominante. Ainda assim, é possível estabelecer algumas linhas comuns entre aqueles que se auto-denominam como críticos. Tal como já afirmamos, inicialmente, seus principais fundamentos foram o marxismo (com a Escola de Frankfurt), tendo a psicanálise também contribuído. Mas, recentemente, estes foram superados e, até mesmo, deixados de lado pelo pós-modernismo, feminismo, construcionismo social e psicologia discursiva. Cada um desses sistemas fornece um entendimento do ser humano e da sociedade, bem como um entendimento sobre qual é o objecto da crítica (Hepburn, 2003).

A adopção do discurso pós-moderno é um primeiro ponto em comum, significando, entre outras coisas, a crítica a tudo aquilo que a modernidade representa: a razão científica e suas características (objectividade, fiabilidade, neutralidade, constância e continuidade); a associação entre razão, liberdade e progresso; a existência de uma realidade a ser descoberta; a dissociação entre sujeito e objecto; a possibilidade de universalização das descobertas científicas (metanarrativas); a centralidade do sujeito e a ideologia do indivíduo como valor fundamental e, por fim, a secularização da vida. Portanto, pós-modernidade é igual a relativismo (Íñiguez, 2002). Desta forma, os discursos pós-modernos são todos desconstrutivos, pois procuram distanciar-se e tornar-se cépticos quanto às crenças relativas à verdade, ao conhecimento, ao poder, ao *self* e à linguagem que é utilizada e que serve para a legitimação da cultura ocidental contemporânea (Nogueira, 2001a).

Na filosofia, a pós-modernidade associou-se à emergência da filosofia pós-estruturalista, alterando as ideias sobre interpretação dos textos, o poder do discurso e a natureza da subjectividade, caracterizando-se como um segundo ponto de confluência das perspectivas de orientação crítica. Como o próprio nome indica, o pós-estruturalismo é originário do estruturalismo, cujo “fundador” frequentemente citado é Saussure. Este linguista francês estabeleceu os conceitos de “significante” (o som falado, a palavra) e “significado” (o objecto a que a palavra se refere), onde o significado não é um objecto concreto, mas um conceito. A principal contribuição de Saussure é a afirmação de que a relação entre significante e significado é arbitrária. Consequentemente, os próprios conceitos que utilizamos para compreender e descrever o mundo são divisões arbitrárias e categorizações de nossa experiência. Ao estabelecermos uma ligação arbitrária entre significante e significado, dividimos o mundo em categorias arbitrárias através da linguagem. Logo, os conceitos com os quais operamos são determinados pelo tipo de sociedade em que vivemos. Desta forma, o estruturalismo não concebe a linguagem como reflexo de uma realidade pré-existente, mas como constituinte desta realidade. É a estrutura da linguagem, o sistema de significantes e significados construídos através de suas diferenças que forma nossos espaços conceptuais. Contudo, Saussure acreditava que uma vez que a estrutura estava formada, não era mais alterada, o que o impediu de explicar como os significados das palavras podem se alterar ao longo do tempo ou porque uma mesma palavra pode ter diferentes significados, dependendo de quem está falando, para quem e com quais objectivos. Estas questões foram abordadas por pensadores que seguiram o pensamento de Saussure, dando origem ao pós-estruturalismo (Burr, 1995).

Partindo da concepção estruturalista de que os signos adquirem seu significado não a partir da sua relação com a realidade, mas das relações internas à rede de significados, o pós-estruturalismo rejeita a visão estruturalista da linguagem como algo estável e inalterado, como uma estrutura totalizante. Na teoria pós-estruturalista, os signos permanecem adquirindo seu significado a partir da diferenciação com relação a outros signos. Contudo, os signos dos quais diferem podem variar conforme o contexto em que são empregados, o que tem como consequência o facto de as palavras não poderem ser fixadas a um ou mais significados definitivos. Por outro lado, isso também não significa que as palavras estejam abertas a qualquer significado (o que tornaria a comunicação impossível). As estruturas existem, mas apenas temporariamente. Esta concepção oferece ao pós-estruturalismo uma forma de resolver um dos problemas tradicionais do estruturalismo, a questão da transformação. No pós-

estruturalismo, a estrutura se torna maleável e os significados dos signos podem alterar-se de acordo com a relação estabelecida com diferentes signos, concepção que nos leva à uma segunda diferenciação com relação ao estruturalismo: o pós-estruturalismo acredita que é na linguagem concreta e quotidianamente usada que a estrutura é criada, reproduzida e alterada. É nos actos de fala (e de escrita) específicos que as pessoas utilizam a estrutura. Porém, podem igualmente alterar esta estrutura ao introduzir ideias alternativas sobre como fixar os significados dos signos (Jorgensen & Phillips, 2002).

De modo resumido, podemos dizer que as diferentes concepções que seguem o pós-estruturalismo adoptam os seguintes pressupostos (Jorgensen & Phillips, op cit, p. 12, tradução nossa):

- A linguagem não é o reflexo de uma realidade pré-existente;
- A linguagem é estruturada em padrões ou discursos. Isto é, não existe apenas um sistema geral de significado (como no estruturalismo saussuriano), mas séries de sistemas ou discursos, facto pelo qual os significados se alteram de um discurso para outro;
- Os padrões discursivos são mantidos e alterados nas práticas discursivas;
- A manutenção e a transformação dos padrões podem ser exploradas através da análise de contextos específicos nos quais a linguagem é posta em acção.

Logo, ainda que o estruturalismo e o pós-estruturalismo diverjam em muitos pontos, compartilham a noção da *linguagem como o lugar da construção das pessoas* (Burr, 1995). A adopção deste pressuposto foi de tal modo revolucionária para as ciências sociais e humanas que passou a ser denominada por “virada linguística”, “virada discursiva”, “virada epistemológica” ou “virada pós-moderna”.

De acordo com Íñiguez (2002), a virada linguística é um debate na filosofia da ciência que questiona se a linguagem da ciência deveria ou não ser uma linguagem formal, e se a linguagem quotidiana seria suficiente para a ciência e, portanto, para a descrição dos processos. R. Rorty é o principal representante deste movimento, sendo acompanhado também por Quine e Davidson. O argumento destes filósofos é de que a linguagem quotidiana seria suficiente para compreender como é o mundo e que o uso ou desenvolvimento de linguagens formais, como a lógica, não contribuem em nada para a compreensão do mundo.



Ao concluírem que é desnecessário desenvolver e modificar linguagens formais para dar conta da realidade, igualam o conhecimento ou o saber quotidiano e popular ao conhecimento ou saber científico. Desta forma, as ciências sociais e os cientistas sociais deveriam unicamente utilizar as ferramentas que as pessoas normalmente usam em seu quotidiano.

Uma das consequências da virada linguística é a conversão das práticas sociais da ciência em mais uma prática social, isto é, igual a qualquer outra prática que as pessoas possam fazer em seu quotidiano. Em segundo lugar, fundamenta o argumento de que o conhecimento não é representativo, não “re-apresenta” um objecto que existe “escondido” ou “subjacente”, mas *constitui* este objecto. Por outro lado, deslegitimar a acção da linguagem formal como descritora do conhecimento e igualar a fala quotidiana ao discurso científico comporta uma forma de compreender a pesquisa e a vida social completamente distinta. Uma última consequência da virada linguística apresentada por Íñiguez (op cit) é a dignificação da acção quotidiana, aquilo que as pessoas normais e correntes fazem no seu dia-a-dia. O convite da virada linguística é ver na acção quotidiana o verdadeiro sentido das acções das pessoas e, portanto, a matéria-prima do trabalho de pesquisa nas ciências sociais.

Outro autor importante para a virada linguística é Austin, com a Teoria dos Actos de Fala (*speech acts*), de 1962. Nesta, qualquer acto da fala é considerado como uma acção equivalente ao comportamento ou às acções, ou seja, é quando se fala que se está construindo significados. As verbalizações não possuem apenas certos significados (por exemplo, referem-se a estados, pessoas, eventos e etc.), mas também possuem força, isto é, as palavras não se referem apenas *sobre* as coisas, elas *fazem* as coisas. Em outras palavras, a fala (e a linguagem usada de um modo geral) é acção e possui múltiplas funções, as quais vão variar conforme as pessoas envolvidas, as circunstâncias, as intenções do falante e os efeitos no ouvinte. Desta forma, o foco da análise deve estar no que o discurso *faz*, e não *sobre* o que trata. A ênfase dada ao discurso (ou linguagem) como uma acção e como constituinte dos fenómenos implica uma alteração no foco de análise: abandona-se o interesse pelo fenómeno em si para dar-se atenção ao discurso sobre este fenómeno, isto é, o discurso deixa de ser um recurso ou uma ferramenta para a compreensão de um determinado comportamento para se tornar o próprio comportamento ou acção a ser compreendida (Wood & Kroger, 2000).

Ainda que não seja possível generalizar ou caracterizar a virada linguística de forma única, suas diferentes abordagens compartilham a negação das “metanarrativas”. O termo metanarrativa refere-se a uma teoria que procura oferecer uma explicação universal do mundo

social. Em oposição, o pós-modernismo reflecte a perda da legitimidade das perspectivas universais e afirma a flexibilidade, a fluidez, a contingência e a incerteza da vida social. Enquanto o pensamento moderno enfatiza a objectividade do método, o pós-moderno substitui esta objectividade pela atenção à linguagem. A sociedade é considerada como uma rede de significados construídos através do uso da linguagem e que, ao mesmo tempo, só pode ser compreendida através da linguagem. Desta forma, a sociedade deve ser “lida”, assim como um texto escrito e, como tal, seu significado não é fixo, mas pode alterar-se conforme as diferentes leituras e leitores. Qualquer “leitura” (ou compreensão) da sociedade é uma tentativa, nunca um julgamento final, e este relativismo também é característico da viragem linguística e/ou pós-moderna (Hugman, 2003).

Nogueira e Fidalgo (1995) dizem que, na psicologia, a importância do estudo da linguagem se fez presente desde a “crise da psicologia social”. Contudo, apenas mais recentemente os psicólogos sociais passaram a se dedicar ao estudo da linguagem como a forma mais elementar e penetrante da interacção entre as pessoas. De acordo com as autoras, existem grandes e numerosas razões para os psicólogos sociais se interessarem pela linguagem. Em primeiro lugar, ela é central em todas as actividades sociais, sendo difícil imaginar a comunicação sem a linguagem. Por outro lado, a linguagem não é apenas um código para a comunicação, ela está completamente imbricada no processo de pensamento e compreensão, pois grande parte de nossas actividades são realizadas através da linguagem. Desta forma, a linguagem parece dirigir nossas percepções e “faz coisas acontecerem”, construindo e criando interacções sociais e os diversos mundos sociais. Logo, a linguagem é conceptualizada como uma forma de acção realizada no discurso entre indivíduos com diferentes objectivos, o que nos leva a considerar o contexto em que esta acção se desenvolve.

Ainda com relação à “virada para a linguagem” na psicologia social, Christlieb Fernández (2005) diz que esta adoptou o chamado “paradigma discursivo” não só por influência da virada linguística, mas também por “cansaço interior”.

*La psicología social, aquella que era acrítica y cientificista, se convirtió en una psicología social crítica y discursiva, el día en que se cansó de sus propias palabras, de oír sus mismos temas tan de siempre como repeticiones y como sonsonetes, las actitudes, la propaganda, el liderazgo y la socialización, porque ya estaban tan definidos, tan dichos y enseñados, tan insistidos de que así era la verdad absoluta, que para un cansado resulta difícil que alguien le pueda decir alguna verdad menos*

*absoluta, y así, resultaba que cada vez más se iba diciendo cada menos del tema en cuestión pero siempre recordándole a uno que así era la verdad y así era el objeto* (Christlieb Fernández, op cit, p. 2)

Na psicologia social, o **construcionismo social** é a única corrente que conseguiu se estabelecer como um dos interlocutores entre os debates contemporâneos da filosofia e das ciências sociais ao incorporar as discussões da pós-modernidade e da virada discursiva discutidas acima. Penetrando nas ciências sociais e, especificamente, na psicologia social (marcada por uma ortodoxia herdeira do positivismo), provocou uma grande “ebulição” neste contexto. Porém, o construcionismo social nunca foi claramente definido - ou, melhor dizendo, rigidamente definido - pois não representa uma escola de pensamento ou uma nova teoria, é algo muito mais complexo, com muitos matizes, fazendo com que Íñiguez (2005) opte por falar em “movimento” ou “perspectiva construcionista”. Desta forma, aquela psicologia que temos até agora chamado de “psicologia (social) crítica” ou “psicologia social diferente” consubstancia-se no movimento sócio-construcionista, assumindo uma “virada construcionista” (no campo da ontologia), uma “virada linguística/interpretativa” (no campo da metodologia” e uma “virada não-fundamentalista” (no campo epistemológico) (Ibáñez, 1997).

Gergen (1985) utiliza a expressão “construcionismo” em detrimento de “constructivismo” (embora esta também seja usada para referir-se a este movimento), de modo a diferenciá-lo da teoria piagetiana, de uma forma de teoria perceptual e de um movimento signficante na arte do século XX. O termo “construcionismo” evita estas confusões e estabelece uma ligação com o texto seminal de Berg e Luckmann, *The social construction of reality*. Hepburn (2003) especifica esta diferenciação ao afirmar que o constructivismo dá grande ênfase à construção como algo mental (como imagens ou figuras), produzido através da interação com objectos do mundo externo. Seus principais teóricos são Jean Piaget e George Kelly. Por outro lado, no *constructivismo social*, assim como no constructivismo, a construção é vista como algo mental. Contudo, é gerada pelas relações sociais e pela conversação, ao invés da interação com objectos. Seus principais teóricos são Lev Vygotsky e Jerome Bruner. Uma variação do constructivismo social é a teoria das representações sociais, de Serge Moscovici, a qual enfatiza as representações mentais e o modo como são utilizadas para construir a realidade. Por fim, o *construcionismo social* distingue-se das abordagens anteriores por dar ao *discurso* o papel central na construção do eu

e do mundo. Na psicologia social, foi desenvolvida por Rom Harré, John Shotter e Kenneth Gergen, entre outros.

A pluralidade que caracteriza o construcionismo social faz com que não haja uma única maneira de o caracterizar. Desta forma, a metáfora do “chapéu-de-chuva” frequentemente é utilizada (Burr, 1996, Jorgensen & Phillips, 2002) para representar o construcionismo social como um termo que abrange um amplo conjunto de novas ideias sobre a cultura e a sociedade. Apesar da grande diversidade interna, todas estas novas teorias compartilham alguns dos pressupostos que serão apresentados a seguir, dando-lhes uma “aparência comum”. Contudo, como adverte Íñiguez (2005), esta lista, além de extensa, nunca é definitiva, sendo impossível determinar um elemento *sine qua non* que caracterize um determinado autor ou autora como construcionista social. Além do mais, dificilmente os autores e autoras adoptam todos estes pressupostos ao mesmo tempo e, tampouco, colocam a tónica no mesmo elemento. Portanto, uma das principais características deste movimento é justamente o facto de não admitir uma definição única e definitiva, o que é consoante a outra de suas características, o contínuo questionamento das verdades estabelecidas (Íñiguez, 2002). De modo geral, esta “lista” foi primeiramente elencada por Gergen (1985) e retomada em outros escritos, como Gergen e Gergen (1997), sendo posteriormente completada, criticada e transformada por outros autores, como Burr (1995), Garay, Íñiguez e Martínez (2001), Íñiguez (2002), Neves e Nogueira (2003, 2004, 2005), Nogueira (2001 b, c), Nogueira, Neves e Barbosa (2005), entre outros.

– **Posicionamento crítico diante do conhecimento tido como “verdadeiro”.** O construcionismo social assume um posicionamento oposto ao do positivismo e do empirismo, criticando a noção de que a natureza do mundo pode ser revelada pela observação e de que o que existe é o que percebemos, isto é, critica a crença de que os termos utilizados para descrever a nós e ao mundo são ditados pelos objectos em si. Adopta um contínuo questionamento/desconstrução do que é considerado “verdade” e da ideia de que o conhecimento se baseia na observação objectiva e imparcial da realidade. O que é considerado verdadeiro ou bom para uma comunidade frequentemente é falso ou moralmente inaceitável para outra. Portanto, cada palavra, proposição ou proposta deve ser provisória, aberta à desconstrução e à avaliação político-moral. Desta forma, retira-se o privilégio de qualquer pessoa ou grupo (como a ciência, a religião, a filosofia ou partido político) para reivindicar um conhecimento superior (“a” verdade).

– **Especificidade cultural e histórica.** O modo como compreendemos o mundo, as categorias e conceitos que utilizamos são específicos a um momento histórico e cultural. Isto significa não apenas que estas categorias e conceitos são específicos de culturas particulares e períodos históricos, mas que são produtos desta cultura e história, dependentes dos arranjos sociais e económicos particulares em cada cultura, a cada momento. As formas particulares de conhecimento existentes em cada cultura são artefactos desta, pois os termos utilizados para entender a nós e ao mundo são produzidos historicamente através de trocas entre as pessoas e as culturas. Desta forma, nenhum conhecimento pode ser considerado melhor ou mais verdadeiro do que outro. Assumir que o social é profundamente histórico implica, entre outras coisas, assumir que são as práticas sociais que produzem o conhecimento e constroem o que chamamos de realidade social. Isso significa admitir que o conhecimento científico também tem um carácter histórico e processual. Não há nada absoluto, nenhum saber é verdadeiro e definitivo. Toda forma de conhecimento é peculiar e particular a uma cultura e época histórica. Consequentemente, esta é uma posição anti-fundacionista, a qual se opõe à visão fundacionista de que o saber pode ser estabelecido em uma base sólida e meta-teórica que transcende às acções humanas. É também uma visão anti-essencialista do mundo, o que implica que este não é pré-determinado ou determinado por condições externas e que as pessoas não possuem uma “essência” ou características fixas.

– **O conhecimento é sustentado por processos sociais.** O conhecimento do mundo, nossos modos de compreendê-lo não derivam da sua “natureza”, são construídos pelas pessoas através de suas interacções quotidianas na vida social. Desta forma, as diversas formas de interacção social interessam ao construcionismo social e, em particular, a linguagem, a qual funciona como uma acção social constitutiva de uma ou mais tradições. Participar na linguagem é, portanto, participar em uma tradição ou forma de vida. O que acontece entre as pessoas durante o curso de suas vidas diárias é visto como *práticas* através das quais as versões compartilhadas de conhecimento são construídas. Portanto, o que é considerado “verdade” varia histórica e culturalmente, sendo produto não da observação do mundo, mas dos processos sociais e interacções através das quais as pessoas estão constantemente relacionadas umas às outras. Cada discurso surge de uma comunidade de “utilizadores da linguagem” e constrói os objectos de distintos modos, abrindo umas possibilidades e fechando outras. Desta forma, as tradições discursivamente construídas são, simultaneamente, essenciais e perigosas.

– **Conhecimento e acção social andam juntos.** As “compreensões negociadas” podem assumir uma variedade de formas e falar sobre uma variedade de construções sociais do mundo. Mas, cada construção traz consigo (ou convida) um tipo diferente de acção; as descrições ou construções de mundo, portanto, sustentam alguns padrões de acção social ao mesmo tempo em que excluem outros. Logo, a construção social do conhecimento e da verdade possui consequências sociais. Através das relações comunicativas podemos gerar novas formas de significado a partir das quais novas formas de agir podem emergir. O significado, portanto, está sempre aberto à transformação, assim como as suas práticas.

– **O significado da linguagem deriva do seu modo de funcionamento dentro dos padrões de relacionamento:** a psicologia tradicional entende que a linguagem representa uma expressão de compreensão do pensamento, funcionando como um conjunto de “etiquetas” que podem ser escolhidas para descrever os estados internos (pensamentos e sentimentos). A natureza da pessoa, portanto, surge antes da linguagem, cuja função é expressar algo já existente. Por outro lado, o construcionismo social questiona esta ideia, afirmando que a linguagem não é um meio claro e puro através do qual pensamentos e sentimentos são tornados acessíveis aos outros. O uso da linguagem é uma forma de acção, tendo um carácter performativo. Portanto, ao falar, as pessoas constroem o mundo, não sendo a linguagem apenas um veículo passivo para os pensamentos e as emoções. A natureza partilhada dos códigos de linguagem e suas constantes mudanças fazem com que os significados também variem conforme os contextos. Deste modo, a forma de compreender o mundo não provém de uma realidade objectiva, anterior às pessoas; os indivíduos nascem em um mundo em que as categorias e conceitos já existem, adquirindo-os através do uso da linguagem. A forma como as pessoas pensam, os conceitos e categorias que utilizam são fornecidos pela linguagem, e o conhecimento se desenvolve entre as pessoas, no mundo quotidiano.

De acordo com Burr (1995), estes pressupostos implicam em profundas diferenças entre a psicologia tradicional e aquela que compartilha do construcionismo social, as quais podem ser colocadas como:

– **Anti-essencialismo.** Uma vez que o mundo e as pessoas são produto de processos sociais, não existe nada que seja dado previamente ou uma natureza determinada do mundo ou das pessoas. Não existem essências dentro das pessoas que as fazem ser o que são.

- **Anti-realismo.** O construcionismo social recusa a premissa de que o conhecimento é uma percepção directa da realidade. As pessoas constroem suas versões da realidade (como a cultura ou a sociedade) entre si. Uma vez que se aceite o relativismo histórico e cultural de todas as formas de conhecimento, a noção de “verdade” torna-se problemática, pois os “factos objectivos” não existem. Todo o conhecimento é decorrente do modo com que olhamos o mundo, sendo que qualquer perspectiva serve a um determinado interesse. A busca pela “verdade” que caracterizou o início das ciências sociais não faz sentido no construcionismo social.

- **Especificidade cultural e histórica do conhecimento.** Se todas as formas de conhecimento são histórica e socialmente específicas, isto também inclui o conhecimento gerado pelas ciências sociais. Desta forma, as teorias e explicações da psicologia são limitadas temporal e culturalmente e não podem ser assumidas como descrições definitivas da natureza humana. Portanto, a psicologia e a psicologia social não podem de destinar a descobrir a verdadeira natureza das pessoas e da vida social. Em lugar disto, devem focar sua atenção ao estudo histórico da emergência das formas correntes da vida social e psicológica e das práticas sociais através das quais são criadas.

- **A linguagem como pré-condição para o pensamento.** Nossos modos de compreender o mundo não advêm de uma realidade objectiva, mas das outras pessoas, do presente e do passado. Todos nascemos em um mundo em que as categorias conceptuais utilizadas pelas pessoas de nossa cultura já existem. Estes conceitos e categorias são adquiridos das outras pessoas enquanto desenvolvemos o uso da linguagem e, então, reproduzidas diariamente pelas pessoas que compartilham uma mesma linguagem e cultura. Isto significa que o modo como as pessoas pensam, as categorias e conceitos que oferecem sustentação às suas compreensões são oferecidas pela linguagem que utilizam. A linguagem, portanto, é uma pré-condição necessária para o pensamento. Neste aspecto, o construcionismo social se diferencia de outras correntes psicólogos, como a piagetiana, que afirma que a linguagem é uma forma de expressão do pensamento e não uma pré-condição deste.

- **A linguagem como uma forma de acção social.** Ao colocar focar as interações quotidianas entre as pessoas e vê-las como activamente produzindo as formas de conhecimento, a linguagem também se torna mais do que um simples modo de nos expressarmos. Quando as pessoas conversam entre si, constroem o mundo. Portanto, o uso da

linguagem é uma forma de acção, caracterizando o que alguns chamam de “carácter performativo” da linguagem.

– **Foco nas práticas sociais e na interacção.** Diferentemente da psicologia ou da sociologia tradicional, o construcionismo social rejeita as explicações fundamentadas na “psique individual” ou nas “estruturas sociais” (como a economia, o casamento ou a família), focando sua atenção nos processos de interacção que ocorrem quotidianamente entre as pessoas.

– **Foco nos processos.** Seguindo o pressuposto anterior, o construcionismo social não utiliza explicações baseadas em entidades como a personalidade, as estruturas económicas, os modelos de memória e etc. As explicações oferecidas pelo construcionismo social se dão em termos das dinâmicas das interacções sociais. O foco, portanto, está nos processos e não nas estruturas. O objectivo deixa de ser a análise da “natureza” das pessoas ou da sociedade, dirigindo-se para o modo como certos fenómenos ou formas de conhecimentos são criados pelas pessoas em suas interacções. Portanto, o conhecimento não é algo que se tem, mas algo que as pessoas fazem em conjunto.

Tal como vimos discutindo, o foco do construcionismo social está principalmente na linguagem (ou no discurso) em acção e seus efeitos sobre as práticas das pessoas. Por outro lado, grande parte da crítica construcionista à ciência é dirigida ao empirismo e ao positivismo, podendo levar à conclusão (equivocada) de que o construcionismo social desconsidera e, até mesmo, invalida a prática investigativa. Contudo, isto não é verdadeiro. De acordo com Gergen (1985), o construcionismo social é uma forma de confrontar as concepções ocidentais tradicionais com relação ao conhecimento como objectivo, individualista e a-histórico, criando uma nova meta-teoria científica. Esta meta-teoria abandona o direcionamento “a partir dos dados” e/ou dos domínios cognitivos, colocando o foco nas pessoas em interacção. As formulações científicas, desta forma, não serão o resultado de uma aplicação impessoal e descontextualizada de regras metodológicas, mas responsabilidade de pessoas em trocas activas e comuns.

Nesta perspectiva, a **análise de discurso** (A.D) começou a ser utilizada na psicologia social como um método alternativo ao uso de outros métodos típicos da psicologia e da psicologia social tradicional, desenvolvendo-se basicamente em um Departamento da Universidade de Loughborough, Inglaterra. Porém, assim como o construcionismo social, a



própria análise de discurso é um campo que engloba perspectivas muito distintas de análise de textos, sendo influenciada por diferentes correntes filosóficas e sociológicas. Existem tradições de análise de discurso oriundas da linguística e que se aproximam das análises sintáticas e gramaticais; há aquelas oriundas da sociologia, que estão mais distantes da linguística e que se aproximam da hermenêutica. E há também uma tradição de análise de discurso de inspiração foucaultiana - embora o próprio Foucault nunca tenha explicado bem o método que utilizava – representada pela linguística francesa, também conhecida como teoria da enunciação (Íñiguez, 2002).

Stubbe, Lane, Hilder, Vine e Marra et al (2003) relatam que uma recente publicação elencou 12 abordagens distintas de análise de discurso, havendo outras mais que não foram incluídas nesta lista. Deste modo, qualquer pessoa que inicie seu percurso (e, mesmo as mais experientes) na análise de discurso fica confusa com a multiplicidade de abordagens analíticas existentes nas ciências sociais e humanas assim denominadas. Ainda que haja muitas semelhanças, também existem muitas diferenças quanto ao modo de fazer a análise, suas influências e pressupostos básicos. Ou seja, não existe um posicionamento único sobre a análise de discurso. Trata-se mais de um conjunto de abordagens interdisciplinares que podem ser usadas para explorar diversos domínios sociais através de diferentes tipos de estudos. Do mesmo modo, não existe consenso sobre o que é o “discurso” ou sobre o modo de analisá-lo. As diferentes perspectivas oferecem suas próprias sugestões e definições, competindo na apropriação dos termos “discurso” e “análise de discurso”. Algumas abordagens enfocam mais o nível micro na análise, enquanto outras analisam o nível macro. Relatamos a seguir algumas variações da análise de discurso com maior representatividade para a psicologia social, embora reconheçamos previamente que esta descrição está longe de ser “exacta” ou definitiva.

A **sociolinguística interacional** possui suas raízes na etnografia da comunicação. A análise utilizando esta abordagem geralmente foca-se nos significados sociais e linguísticos criados durante a interação, na diversidade linguística e cultural na comunicação e no seu impacto nas relações entre diferentes grupos na sociedade. Aproxima-se muito das técnicas da análise conversacional (A.C.) na sua abordagem microanalítica das interações. Contudo, reconhece explicitamente o contexto social maior como tendo influência nas interações e utiliza “processos interpretativos orientados”, os quais se relacionam aos pressupostos

contextuais (compreensão tácita do significado) que levam os participantes a fazer inferências sobre a interpretação mais provável da fala (Stubbe et al, 2003).

A **análise conversacional** (A.C) é a abordagem mais “micro-analítica” de análise de discurso, cujas origens estão na sociologia e na etnometodologia, sendo seu fundador Hervey Sacks. Seu foco é a análise de interações de fala espontâneas (formais e informais, institucionais, pessoais/privadas). Algumas vezes, é referido que o seu foco é a organização da fala, contudo, é mais adequado dizer que o seu objecto de estudo é a organização interactiva da construção dos significados (Wood & Kroger, 2000). Baseia-se num modelo da comunicação como uma “actividade conjunta”, como a dança ou a performance musical. Rejeita o modelo típico da linguística da comunicação como mensagens enviadas e recebidas. As seqüências são importantes focos de análise e cada emissão de voz ou gesto é entendida como um passo na actividade conjunta. Portanto, um de seus mais importantes focos é como a interacção se desdobra através de seqüências de acções dos diversos participantes. O significado de uma emissão de voz ou gesto é altamente dependente de sua posição na seqüência da interacção, assim como é negociado conjuntamente. O contexto é visto de modo distinto de outras abordagens, não como algo “anterior” à interacção, mas constituído na/pela própria interacção. Os factores sociais e contextuais (como a identidade dos participantes) não são analisados como causas específicas e independentes do comportamento, mas como recursos que podem ser invocados num modo interpretativo/normativo (Stubbe et al, 2003).

Para a A.C., a acção dos participantes é ocasionada localmente, isto é, cada acção conversacional é uma resposta à acção anterior. Deste modo, o contexto sociocultural não é visto como anterior à interacção. O contexto é a própria interacção. Deste modo, insiste em tratar como relevante para a análise apenas o que os participantes mostram como relevantes na interacção, não procurando nada “fora” deste contexto. Fornece uma estrutura empírica para analisar em detalhe o modo como os participantes constroem, em conjunto, a interacção, ao mesmo tempo em que constituem o contexto (Stubbe et al, 2003, Wetherell, 2002).

Por outro lado, Parker (1995) considera que a análise da interacção linguística momento a momento, característica da análise conversacional, embora possa ser útil em determinadas pesquisas, apresenta algumas limitações:

1 – Empirismo textual: ao referir-se apenas ao que pode ser directamente visto na transcrição, não se pode fazer referências ao poder ou à ideologia;

2 – Uma vez que simplesmente repete-se o que está dito na transcrição de modo mais detalhado, a crítica fica restrita aos aspectos já assinalados na transcrição;

3 – O uso de termos e jargões típicos (como “par adjacente”) faz parecer que se está acumulando um exaustivo conhecimento sobre os padrões de interacção. Contudo, trata-se de uma habilidade técnica de re-descrever o que as pessoas *dizem*, ao invés do examinar o que estão *entendendo*;

4 – “Não é nosso objecto de pesquisa”: uma maneira de livrar-se de qualquer problema é afirmar que a pesquisa não inclui o estudo da ideologia ou do poder porque se está preocupado apenas com a organização de seu fragmento de texto. Na verdade, isso significa que o analista está se prendendo apenas ao domínio de seu inquérito (do modo que a tradição académica tanto admira).

Peace (2003) também critica o que chama de uma “abordagem endógena que, por vezes, parece enclausurada” no exame empírico da orientação dos participantes, limitando-se à aderência estrita à orientação dos participantes. Além disso, busca um ideal inatingível, isto é, a realização de uma análise objectiva e livre da bagagem ideológica do pesquisador. Uma vez que é impossível distinguir a orientação do participante da pesquisa e o pesquisador, o autor considera que a análise será sempre uma imposição deste.

Apesar destes “riscos”, Parker (op cit) considera que, recentemente, a análise conversacional tem sido utilizada de modo interessante por investigadoras feministas como Célia Kitzinger (2000), indo além desta abordagem ao acrescentar um ponto de vista político e uma crítica às relações de poder na sociedade. A este respeito, Wetherell (2002) diz que aquela feminista sugere que o tratamento da A.C. dos falantes como pessoas activas, que alcançam o entendimento social através da actividade, é compatível com a leitura feminista das mulheres como agentes activos, ao invés de meras vítimas da estrutura de opressão hetero-patriarcal. Adicionalmente, adverte que a análise de discurso de orientação mais pós-estruturalista pode ignorar as nuances no modo como as mulheres marcam a sua resistência ao desconsiderar aspectos micro-estruturais da conversação. Outro aspecto que torna a A.C. compatível com a pesquisa feminista é a ênfase nas práticas diárias e quotidianas, o que corresponde à importância dada pelo feminismo às experiências das mulheres.

A **análise crítica do discurso** (A.C.D) pode ser considerada como um “chapéu-de-chuva” para várias abordagens com diferentes origens teóricas e, conseqüentemente, diferentes características analíticas e níveis de análise. Distingue-se pelo seu foco crítico, seu âmbito amplo e sua ampla agenda política, é uma pesquisa politicamente envolvida com reivindicações emancipatórias que procura ter efeitos na prática social e nas relações sociais, fortemente influenciada pelo pós-estruturalismo. Seu objectivo é revelar as conexões entre linguagem, poder e ideologia, bem como descrever o modo com que o poder e a dominação são produzidos e reproduzidos na prática social através de estruturas discursivas de interações quotidianas. Preocupa-se com o aumento da consciência das pessoas e com as influências recíprocas entre a linguagem e a estrutura social. Possui suas raízes teóricas no trabalho da chamada Escola de Frankfurt e outros (como Marx, Hall, Habermas, Bordieu e Foucault). No seu centro, estão as investigações sobre exploração e abuso do poder social nas interações quotidianas. Deste modo, não é uma disciplina, mas um conjunto de interesses e compromissos teóricos que influenciaram teóricos de diversas disciplinas (Silvestre, 2003, Stubbe et al, 2003, Wood & Kroger, 2000).

As técnicas analíticas usadas para identificar os aspectos linguísticos relevantes do texto são muito amplas. Algumas focam no nível macro das estratégias discursivas, examinando padrões retóricos, por exemplo, enquanto outras adoptam uma abordagem analítico-conversacional ou interacionalmente orientada. Outras assumem uma abordagem mais gramatical, explorando detalhes relevantes da organização sintáctica ou semântica. Mesmo neste nível, há alguma diversidade, com diferentes analistas utilizando diferentes modelos gramaticais. Portanto, enquanto todos os pesquisadores que utilizam a A.C.D. comprometem-se com o estudo das formas discursivas de uso e abuso de poder, os métodos para isso são muito variáveis (Stubbe et al, 2003).

Na linguística crítica, a A.C.D. partiu dos trabalhos de Roger Fowler, Bob Hodge, Gunter Kress e Tony Trew, na Universidade de East Anglia, Inglaterra, na década de 1970. Porém, foi na década de 1990 que emergiu com maior expressão, sendo seus principais representantes Norman Fairclough, Teun Van Dijk, Ruth Wodak, Gunter Kress e Theo van Leeuwen, entre outros (Silvestre, 2003), os quais participaram de um seminário em Amesterdão, em 1991. Embora a linguística crítica e a própria A.C.D. já existissem anteriormente, a partir deste encontro formou-se um grupo internacional, heterogéneo e unificado de estudiosos, passaram a ocorrer simpósios e encontros anuais, acompanhando o

surgimento de um paradigma unificado mais por uma agenda de pesquisa do que por uma teoria ou metodologia comuns. O início dessa rede é também marcado pelo lançamento da revista *Discourse and Society* (1990), editada por van Dijk, assim como por vários livros, como *Language and Power*, de Norman Fairclough (1989), *Language, Power and Ideology*, de Ruth Wodak (1989), ou do primeiro livro sobre racismo escrito por Teun van Dijk, *Prejudice in Discourse* (1984) (citados por Wodak, 2004).

Por outro lado, Van Dijk (2001) considera que a A.C.D. tem suas raízes na psicologia social crítica, tendo como foco as relações de poder/dominação entre diferentes grupos sociais e o modo como a dominação social se (re)produz com o discurso. Ao invés de apenas descrever esta dominação, a A.C.D. assume uma postura activa. Em contraste com outros paradigmas da análise do discurso e da linguística textual, a A.C.D. focaliza não só os textos - falados ou escritos - como objectos de investigação, mas também os processos e estruturas sociais que levam à produção de um texto e as estruturas e processos sociais no seio dos quais indivíduos ou grupos, como sujeitos sócio-históricos, criam significados em suas interações com os textos. Deste modo, os conceitos de poder, história, ideologia são indispensáveis. Por outro lado, a A.C.D. tenta evitar estabelecer uma relação simplista de determinação entre os textos e o social. Levando em conta as premissas de que o discurso é estruturado pela dominação, que cada discurso é historicamente produzido e interpretado (isto é, está situado no tempo e no espaço) e que as estruturas de dominação são legitimadas pelas ideologias dos grupos que detém o poder, a A.C.D. possibilita a análise das pressões verticalizadas, bem como das possibilidades de resistência às relações desiguais de poder. A partir dessa perspectiva, as estruturas dominantes são vistas como estabilizando e naturalizando as convenções, e os efeitos da ideologia e do poder na produção de significados como “mascarados”, assumindo formas estáveis e naturais: eles são tomados como “dados”. A resistência é vista, então, como a quebra de convenções, de práticas discursivas estáveis, através de actos de criatividade (Wodak, 2004).

Fairclough e Wodak (citados por Silvestre, 2003) relatam pelo menos oito abordagens distintas de A.C.D.:

1 – A.D. da corrente francesa: representada por Pechêux e seguidores;

2 – Linguística crítica: representada por seguidores dos trabalhos fundadores de Fowler, Kress, Hodge e Trew, sendo a “gramática sistémico-funcional”, de Halliday, a principal inspiração;

3 – Semiótica social: expansão da anterior, alargada a outros sistemas semióticos;

4 – Mudança social e mudança no discurso: representada por Fairclough, com raízes no neo-marxismo, interessando-se pelas estruturas globais de poder;

5 – Estudos sócio-cognitivos: desenvolvida por T. Van Dijk, que procura estudar a relação entre a linguagem em uso – discurso – e as relações sociais sob uma perspectiva cognitiva;

6 – Método histórico-discursivo: desenvolvido por Ruth Wodak e colegas para a análise e interpretação de acontecimentos históricos através de diversos discursos (jornalístico, político, histórico) em investigações sobre anti-semitismo, instituições e género;

7 - Análise da leitura: combina a análise foucaultiana com a hermenêutica, especialmente com relação a discursos do nazismo, representada por Utz Maas;

8 – Escola de Duisburg: analisa discursos da nova direita alemã numa perspectiva foucaultiana, desenvolvida por Siegfried e Margret Jäger.

Contudo, como adverte Silvestre (2003), classificações como esta não admitem justificativas que a sustentem de modo definitivo, tratando-se mais de um enquadramento de natureza temática. Além do mais, apresenta uma perspectiva “eurocentrista” e “anglofônica”, decorrente do reduzido conhecimento sobre o que se produz em outras partes do mundo em línguas que não sejam o inglês.

Por último, a A.C.D. analisa textos e interações. Todavia, não parte dos textos em si, mas das questões e os problemas sociais que afectam as pessoas em seu quotidiano e que são objectos de estudo de áreas como a sociologia e a ciência política, entre outras. É, portanto, uma prática transdisciplinar que defende, ao invés de uma mera formulação de um problema teórico, que a natureza da teoria e do trabalho empírico devem ser uma função da compreensão e da resolução de um problema social específico (Silvestre, op cit).

A **psicologia discursiva** se desenvolveu dentro da psicologia em conjunto com críticas às práticas de pesquisa convencionais, como a quantificação e a experimentação, questionando os pressupostos epistemológicos dominantes do realismo e do positivismo no cognitivismo. Portanto, não é apenas um método, mas uma abordagem teórica analítica para entender os fenómenos sócio-psicológicos como identidade, relação interpessoal e intergrupar, persuasão, discriminação e preconceito, entre outros (Stubbe et al, 2003). Para Hepburn (2003), o trabalho discursivo na psicologia social pode ser visto como uma tentativa de “socializar” a psicologia através da consideração de que aquilo que tradicionalmente era visto como íntimo e pessoal poderia ser compreendido como práticas sociais. Para isso, propuseram uma abordagem analítica totalmente diferente dos questionários e experimentos característicos da pesquisa norte-americana e o repensar dos termos que os psicólogos sociais usavam para compreender as acções humanas, adoptando também uma nova abordagem epistemológica para temas como “conhecimento” e “verdade”. Tal vinculação à psicologia social crítica faz com que Wood e Kroger (2000, p. 20) denominem o que aqui chamamos de psicologia discursiva como “análise de discurso na psicologia social” (*discourse analysis in social psychology*, D.A.S.P).

De acordo com Carla Willig (2003), a psicologia discursiva é uma versão da análise de discurso introduzida por Potter e Wetherell com a publicação de *Discourse and Social Psychology: beyond attitudes and behavior*, em 1987, onde os autores criticaram o que consideram ser crenças infundadas do cognitivismo, quais sejam:

- **A fala como um meio de aceder à cognição.** Para a psicologia discursiva, quando uma pessoa expressa uma opinião ou crença, não está oferecendo informações sobre a cognição que se processa no interior de sua mente, mas fazendo parte de uma conversação. Esta conversação possui um (ou mais) objectivo e os participantes se posicionam (orientam suas falas/respostas) a partir de uma leitura particular das questões colocadas (como um desafio, uma crítica ou uma oportunidade para reclamar). Logo, é preciso considerar o contexto da conversação, pois os relatos oferecidos pelos falantes e ouvintes podem variar através dos contextos sociais (isto é, as atitudes expressas pelas pessoas não são necessariamente consistentes através dos contextos sociais);

- **A cognição é baseada na percepção.** O cognitivismo assume que as cognições se baseiam na percepção, podendo ser definidas como representações mentais de objectos, acontecimentos e processos reais que existem no mundo exterior. De modo oposto, os

analistas de discurso consideram que os próprios objectos e acontecimentos do mundo são construídos pela linguagem. Portanto, o foco deve estar no discurso e na conversação, pois é aí que os significados são criados, partilhados, mantidos e alterados.

- **A possibilidade de uma percepção objectiva da realidade.** Uma vez que, para a análise de discurso, a linguagem constrói (e não representa) a realidade, não é possível haver uma percepção objectiva da realidade. Pelo contrário, a ênfase é colocada no modo como as categorias sociais são construídas e as suas consequências na conversação;

- **A existência de objectos de pensamento consensuais.** A psicologia discursiva discorda totalmente desta afirmação, pois considera que os próprios objectos são construídos através da linguagem em uso, onde cada participante pode ter uma leitura particular dos acontecimentos. Portanto, as versões podem ser diferentes de uma pessoa para outra, ou em uma mesma pessoa em contextos distintos.

- **A permanência das estruturas cognitivas.** A concepção da linguagem como produtiva e performativa faz com que as explicações das pessoas dependam do contexto em que são produzidas. Como tal, o que uma pessoa diz nos fala sobre o que ela está fazendo com as suas palavras (reivindicando, explicando, justificando, persuadindo, etc.) mais do que sobre as estruturas cognitivas que representam estas palavras.

Um conceito característico da psicologia discursiva é o de repertórios interpretativos. Potter e Wetherell (1995) criaram este termo para se referir a um amplo conjunto discernível de termos, descrições, figuras de linguagem e características gramaticais frequentemente reunidos em torno de metáforas ou imagens vívidas. São sistemas de significação utilizados para produzir versões sobre acções, *self* e estruturas sociais na fala. Em outras palavras, são recursos disponíveis para fazer avaliações, construir versões sobre os factos e desempenhar acções particulares ou, ainda, um modo de compreender o conteúdo do discurso e o modo como este conteúdo é organizado. Os repertórios interpretativos (assim como sua denominação alternativa, “discursos”) são vistos como recursos linguísticos ou ferramentas disponíveis aos falantes para a construção de suas explicações. Burr (1995) explica os repertórios interpretativos através da metáfora de uma peça de ballet: todos os bailarinos de um mesmo tipo de dança possuem um número limitado de repertórios de movimentos (passos de dança). Contudo, a originalidade de cada peça está na combinação diferente destes mesmos



movimentos. A ideia de repertório, portanto, envolve também a noção de flexibilidade do uso. Os repertórios podem ser utilizados de diferentes formas e em diversas situações.

Ainda que elementos de estilo, gramática e linguística sejam utilizados na análise da psicologia discursiva, o foco analítico não é linguístico, mas a forma como os participantes utilizam os recursos discursivos e seus efeitos, isto é, a orientação para a acção do discurso. A preocupação está no uso da linguagem, no que se obtém com este uso e na natureza do repertório interpretativo que permite a acção. O que está em análise é o modo como o texto (e não o entrevistado) constrói seus objectos e sujeitos. Deste modo, apesar do foco no discurso, a psicologia discursiva permanece sendo psicologia, pois os tópicos de pesquisa são os tradicionais da psicologia (e não da linguística), tendo como meta contribuir para a compreensão de questões relativas à identidade, mente, construção de *self*, do “outro” e do mundo, adoptando as noções de acção social e interacção. Os fenómenos psicológicos (como memória e identidade) são vistos como acções discursivas (e não como processos cognitivos internos) empregadas para se atingir objectivos sociais e interpessoais. Deste modo, a psicologia discursiva assume um posicionamento anti-cognitivista, rejeitando as tentativas de explicar a conduta humana nos termos psicológicos comum. Porém, isso não significar negar que as pessoas possuem uma “vida mental”. Pelo contrário, estes temas são centrais à psicologia discursiva, mas sob um novo enfoque: a sua orientação para a acção (Potter e Wetherell, op cit).

Stephens, Carryer e Budge (2004) destacam que a abordagem oferecida pela noção de repertórios interpretativos na construção dos objectos nas práticas discursivas também abre espaço para considerações sobre posições subjectivas, inspirando-se na *Positioning Theory*, de Lagenhove e Harré. Deste modo, a construção do sujeito individual pode ser vista como um lugar assumido na intersecção de múltiplos repertórios interpretativos, ou seja, as identidades são determinadas pelos repertórios existentes. Inclui um entendimento da continuidade de um senso de identidade/personalidade ao longo de subjectividades conflituantes e em alterações apenas construídas na prática social.

Outro autor frequentemente associado à psicologia discursiva é Derek Edwards (citado por Hepburn, 2003), que concentra maior atenção aos estudos interculturais das emoções, os quais frequentemente utilizam como ponto de partida categorias inglesas (ou norte-americanas). Isso significa que os termos ingleses típicos usados para descrever as emoções são utilizados como *sendo* a emoção. O problema, portanto, está em analisar a emoção

interculturalmente. Partindo da noção fundamental da psicologia discursiva de que as palavras e categorias existem pelo que fazemos com elas, Edwards propõe uma abordagem que não parta de um vocabulário técnico das emoções ou da ideia de que as emoções estão relacionadas a modelos cognitivos. Para entender o que é emoção, não devemos considerá-la como algo abstracto, mas analisá-la em seu contexto. Sugere também que, independentemente das características semânticas e conceituais semelhantes das emoções, em diferentes culturas, o que importa é o potencial flexível dos termos emocionais. Eles podem ser utilizados em diferentes contextos para dizer coisas diferentes. Portanto, dedica-se a estudar as emoções como *práticas humanas*. Ao invés de partir de universalizações e abstracções, seu estudo parte da especificidade das emoções e de seu uso local, em oposição à abordagem mais tradicional da emoção, que examina as características individuais ao invés de ver as acções em relação aos contextos sociais e políticos. Deste modo, provoca uma mudança na visão das emoções como sendo objectos internos que influenciam o comportamento para uma perspectiva que considera o papel das entidades públicas e sociais.

Portanto, é possível distinguir diferentes estilos de análise de discurso dentro da psicologia discursiva. Em um nível geral, todos são mais ou menos influenciadas pela filosofia linguística e pelo pragmatismo, pela etnometodologia, análise da conversação e pós-estruturalismo. O estilo varia conforme a ênfase teórica, contudo, as práticas e recursos disponíveis para justificar, racionalizar e guiar a conduta social são conceitos-chave. Um dos objectivos analíticos da psicologia discursiva é examinar os recursos (linguísticos e discursivos) utilizados para racionalizar e justificar práticas sociais (como a desigualdade de género). Um objectivo maior de alguns estilos de análise de discurso pode ser considerar como padrões da linguagem em uso (às vezes referidos como “repertórios interpretativos”, “práticas ideológicas” ou “discursos”) funcionam para recriar e sustentar amplos padrões sociais de desigualdade. Idealmente, trabalham com “discursos naturais”, isto é, diálogos informais, textos de jornais, revistas, programas televisivos e etc. Contudo, devido às dificuldades que podem ser encontradas no processo de pesquisa para a obtenção destes diálogos naturais, também podem ser utilizadas entrevistas (Stubbe et al, 2003).

Uma última versão de análise de discurso é a **análise de discurso foucaultiana**, introduzida pela psicologia anglo-americana nos finais dos anos 1970, quando um grupo de psicólogos influenciados pelas ideias pós-estruturalistas - mais notavelmente pelo trabalho de Michel Foucault - começou a explorar a relação entre a linguagem e a subjectividade e as suas

implicações para a investigação psicológica. A publicação de Henriques et al. *Changing the Subject: Psychology, Social Regulation and Subjectivity*, em 1984, proporcionou uma ilustração clara de como a teoria pós-estruturalista poderia ser aplicada à psicologia. Neste livro, os autores analisam de forma crítica e reflexiva teorias psicológicas (especialmente as que dizem respeito ao desenvolvimento infantil, diferenças de género e diferenças individuais) e o seu papel na construção dos objectos e sujeitos que eles apregoam explicar (Willig, 2003).

Michel Foucault (citado por Gallo, 2006), muito inspirado pelas ideias de Nietzsche, estabeleceu a indissociação entre saber e poder, afirmando que a multiplicação dos saberes ocorrida durante o Iluminismo foi seguida pela intervenção do Estado para organizar este campo, a qual se deu através de quatro procedimentos: desqualificação/selecção de saberes; normalização dos saberes (isto é, fazendo-os comunicar entre si, tornando-os intercambiáveis); classificação e hierarquização dos saberes e, por fim, a centralização piramidal dos saberes, que permitiu seu controle, selecção, transmissão e organização geral. Deste modo, Foucault apontou a existência de uma disciplinarização dos saberes, ou seja, sua organização em disciplinas estanques e excludentes, verdades específicas e inerentes a campos determinados. Suas ideias possibilitaram questionar as crenças ocidentais, fortemente marcadas pelo pensamento platónico dicotómico, o qual também tem sido responsável pela primazia da razão em detrimento das sensações. Assim, propõe que se coloque em análise o conhecimento considerado científico, elaborado por peritos, especialistas, cientistas, intelectuais, etc., dando ênfase aos chamados “saberes dominados”, aqueles desqualificados pela ciência por serem locais, descontínuos e heterogéneos (Coimbra & Nascimento, 2001).

Contudo, não podemos esquecer que o próprio Foucault jamais descreveu de modo detalhado seus métodos de análise (denominados por “genealogia” e “arqueologia”) e, tampouco, determinou regras ou fórmulas de como fazê-la (Íñiguez, 2002). Deste modo, na análise de discurso inspirada em Foucault, as categorias de análise emergem das marcas comuns do entrevistado, do que é regular e homogéneo, buscando por regularidades e repetições, o que ocorre pela constatação da transversalidade e da fragmentação do discurso em suas diferentes formas de enunciação (nos *media*, nos textos académicos, nos documentos governamentais, etc.) (Carneiro, 2000). Contudo, a principal preocupação de Foucault não está na criação de uma nova teoria da ordem económica e social mas, na destruição destas teorias e no ataque aos grandes sistemas e suas tentativas de normalização (metanarrativas).

Não se preocupa com os enunciados “verdadeiros”, mas busca revelar o conjunto de regras discursivas que possibilitam a formação de grupos de enunciados. O discurso é entendido como sistema de possibilidades, sendo que a verdade é uma consequência das regras deste discurso (Philp, 1992). Disso decorre que o método utilizado por Foucault em seus trabalhos não deve ser tomado como um conjunto de regras para a investigação. Assim, “o pesquisador que opta por Foucault sente-se autorizado a construir uma metodologia própria [...] No entanto, nessa liberdade são visíveis as marcas de Foucault [...] incorpora-se uma linguagem própria e um modo especial de ver o mundo (Carneiro, 2000, p. 188).

Portanto, deve-se assumir que o analista do discurso está produzindo uma versão, tendo o contexto como objecto. Ou seja, a própria fala do analista é construída, circunstanciada e orientada à acção. É uma leitura de textos interessada nos efeitos das construções do discurso, não produzindo generalizações empíricas, pois o discurso é sempre circunstancial (Gil, 2002). Busca-se analisar os enunciados, não através das especificações das frases possíveis, mas das especificações sócio-historicamente variáveis de formações discursivas.

A análise foucaultiana do discurso preocupa-se com a linguagem e com o seu papel na constituição da vida social e psicológica, vendo os discursos como facilitadores ou limitadores, na medida em que permitem e constroem o que pode ser dito, por quem quando e onde. Os analistas de discurso foucaultianos focam-se na disponibilidade de recursos discursivos dentro da cultura e as suas implicações para aqueles que vivem dentro dela, sendo o discurso um conjunto de afirmações que constrói objectos. Por seu turno, estas construções disponibilizam certas formas de ver o mundo e certas formas de ser no mundo, ou seja, o discurso oferece posições do sujeito que, quando assumidas, têm implicações para a subjectividade e experiência. O foco da análise está no modo como as compreensões das pessoas sobre o mundo e suas identidades são criadas e alteradas em discursos específicos e nas consequências sociais destas construções discursivas. É, portanto, uma concepção de discurso mais abstracta do que aquela oferecida, por exemplo, pela análise conversacional (Jorgensen & Phillips, 2002, Willig, 2000, 2003).

A análise foucaultiana do discurso também se preocupa com o papel do discurso em processos sociais mais amplos de legitimação e poder. Dado que os discursos tornam disponíveis formas de ver e formas de ser, eles estão fortemente implicados no exercício do poder. Os discursos dominantes privilegiam as versões sobre a realidade que legitimam as

relações de poder existentes e as estruturas sociais. Alguns discursos estão de tal forma enraizados que é difícil ver como é que podemos desafiá-los. Eles tornaram-se “senso comum”. Ao mesmo tempo, é devido à natureza da linguagem que são sempre possíveis construções alternativas e que os contra-discursos podem de facto emergir. Os analistas de discurso foucaultianos tomam em consideração a perspectiva histórica e exploram as formas como os discursos têm mudado ao longo dos tempos e como é que eles podem ser moldados pelas subjectividades históricas (Willig, 2000, 2003).

Finalmente, a versão foucaultiana da análise do discurso, tal como descrita por Willig (2000, 2003) presta atenção à relação entre discursos e instituições, não sendo os discursos conceptualizados simplesmente como formas de falar ou escrever. Os discursos estão ligados a práticas institucionais – isto é, com formas de organizar, regular e administrar a vida social. Deste modo, enquanto alguns discursos legitimam e reforçam as estruturas sociais e institucionais, estas estruturas, por seu turno também apoiam e validam estes discursos. A versão foucaultiana da análise do discurso está preocupada com a linguagem e com o uso da linguagem; contudo, o seu interesse na linguagem vai para além dos contextos imediatos dentro dos quais ela pode ser utilizada pelos sujeitos falantes. Por isso, ao contrário da psicologia discursiva, que está primariamente preocupada com a comunicação interpessoal, a análise foucaultiana do discurso coloca questões sobre a relação entre discurso e a forma como as pessoas pensam ou sentem (subjectividade), o que podem fazer (práticas) e as condições materiais dentro das quais ocorrem tais experiências.

Como podemos ver por estas breves descrições das diferentes variedades de análise de discurso (análise conversacional, análise crítica de discurso, psicologia discursiva, sociolinguística interacional, análise de discurso foucaultiana, etc.), não existem regras ou definições rígidas, sendo os limites, diferenças e semelhanças entre as diferentes perspectivas muito ténues.<sup>39</sup> Por outro lado, é possível identificar alguns pressupostos compartilhados, os quais lhes conferem uma “aparência comum” (Burr, 1995). De modo geral, pode-se dizer que a análise de discurso, nas suas diversas variações, é apenas uma (embora a mais visível) das abordagens existentes no construcionismo social. Seu ponto de partida é a premissa da

---

<sup>39</sup> Por exemplo, Carla Willig (2000) diferencia a análise de discurso em apenas duas variedades: i) a análise de discurso inspirada pela etnometodologia e análise da conversação, que se preocupa com as práticas discursivas (ou qualidades performativas do discurso) e enfatiza a variabilidade e a fluidez do discurso, focando a atenção nos modos como os falantes usam os recursos discursivos para atingir objectivos interpessoais na interacção social. Nesta, “subjectividade” e “personalidade” são produtos transitórios de formações discursivas localizadas e constantemente renegociadas; ii) análise de discurso inspirada nos escritos de Foucault e outros pós-estruturalistas, destinada a analisar o papel do discurso na constituição da subjectividade, personalidade e relações de poder, enfatizando o papel do discurso em amplos processos sociais de legitimação de poder. Parte deste trabalho é a análise das posições subjectivas no discurso e suas implicações para as diferentes possibilidades de experiências subjectivas e personalidades para diferentes grupos de pessoas.

filosofia linguística estruturalista e pós-estruturalista de que nosso acesso à realidade sempre se dá através da linguagem, pois é através desta que criamos as representações (que nunca são um simples reflexo de uma realidade pré-existente) que contribuem para a construção da realidade. A linguagem não é apenas um canal através do qual a informação subjacente a estados mentais, comportamentos ou factos do mundo são comunicados. Pelo contrário, é uma “máquina geradora” que constitui o mundo social, bem como as identidades e as relações sociais. Isto significa afirmar que, alterar um discurso, é um modo de transformar o mundo social. Ao pensar o discurso como uma prática social, algo que constrói o mundo ao invés de apenas reflecti-lo, a análise de discurso promove o desenvolvimento de uma prática política, analisando o modo como os processos sociais participam na manutenção das estruturas de opressão (Azambuja & Nogueira, 2008, Nogueira, Neves & Barbosa, 2005, Jorgensen & Phillips, 2002).

Portanto, a análise de discurso é muito mais do que um método de análise de dados, implicando uma mudança epistemológica radical na forma de desenvolver a pesquisa e de construir conhecimentos. Jorgensen e Phillips (2002) afirmam que, apesar de poder ser utilizada em todas as áreas de investigação, não pode ser empregada com todos os tipos de fundamentos teóricos. Especialmente, não pode ser usada como um simples método de análise de dados desvinculado de seus fundamentos teóricos e metodológicos. Sua utilização, nas palavras das autoras, se fundamenta em um “pacote completo” que contém: (a) premissas filosóficas (ontológicas e epistemológicas) com relação ao papel da linguagem na construção social do mundo; (b) modelos teóricos; (c) guias metodológicas para abordar um domínio de pesquisa e (d) técnicas específicas para a análise. Teoria e método estão de tal forma inter-relacionados que o pesquisador deve aceitar suas premissas filosóficas básicas a fim de utilizar a análise de discurso. Apesar de dever formar um conjunto integrado, cada pesquisador(a) pode criar seu próprio “pacote” através da combinação de elementos de perspectivas de análise de discurso diferentes<sup>40</sup> e, até mesmo, de perspectivas analíticas não-discursivas. A abordagem multi-perspectivada é positivamente avaliada, pois oferece diferentes formas de conhecimento sobre um fenómeno e, conseqüentemente, uma compreensão mais abrangente. Contudo, este ecletismo não significa que as diferentes abordagens possam ser reunidas de modo disparatado. Deve haver uma coerência nesta

---

<sup>40</sup> Tal como proposto por Wetherell (1998), Wetherell & Edley (1999) ou Willott & Griffin (1997), citados por Peace (2003), a síntese da tradição etnometodológica e da análise da conversação com uma vertente pós-estruturalista permite equilibrar as limitações de ambas as perspectivas ao considerar as orientações dos entrevistados ao mesmo tempo em que realiza uma análise de nível estrutural. Permite também abandonar a dicotomia entre determinismo-voluntarismo, retendo a noção de que os indivíduos possuem determinados repertórios interpretativos de acordo com suas posições sociais, de cultura, género, classe e etc. e, simultaneamente, agência (isto é, capacidade de escolha e perspectivas de mudança).

integração, tomando-se cuidado com as diferenças e semelhanças filosóficas, teóricas e metodológicas de cada abordagem.

Deste modo, as diversas perspectivas de análise de discurso, embora tenham suas especificidades, compartilham premissas semelhantes e se inserem no mesmo posicionamento epistemológico, quais sejam (Nogueira, 2001c):

- Um carácter anti-essencialista e anti-realista;
- Pressuposição da linguagem como pré-condição para o pensamento e como forma de acção social;
- Foco na interacção e nas práticas sociais e concepção do conhecimento como histórico e cultural.

Por último, Burr (1995) lembra que o posicionamento teórico do construcionismo social não significa que, necessariamente, a análise de discurso deva ser empregada e, tampouco, que esta represente a adopção de uma base construcionista. A análise de discurso pode ser considerada como uma abordagem para fazer pesquisa social, não havendo nenhuma relação necessária ou intrínseca entre ambas. Pesquisadores e pesquisadoras que se inserem na perspectiva do construcionismo social podem utilizar outros métodos, qualitativos e mesmo quantitativos, assim como pesquisadores de outras abordagens podem “descobrir-se” fazendo análise de discurso. Mais especificamente, a análise de discurso é um conjunto de abordagens ao discurso que implica não só práticas de colecta e análise de dados específicas, mas também pressupostos teóricos e meta-teóricos em comum. A colecta e a análise dos dados são partes importantes da análise de discurso, contudo, não determinam, por si, a amplitude da análise de discurso, devendo esta ser vista mais como uma *perspectiva teórica* (Wood & Kroger, 2000).

#### **4.5 O conceito de género no feminismo pós-moderno**

Após esta longa incursão histórica pela constituição da psicologia como ciência e das perspectivas críticas na psicologia social, podemos retomar um tema que ficou em aberto no final do Capítulo 3, as implicações da teoria crítica para o conceito de género. De acordo com Lígia Amâncio (2002a), as primeiras referências ao termo género surgiram no final da década

de 1960, quando estudos realizados por médicos e psiquiatras constataram que era mais fácil alterar o sexo de adolescentes, através de cirurgia, quando a sua identidade psicológica não correspondia ao plano biológico. Por outro lado, era mais difícil alterar, no plano psicológico, o sentimento de ser homem ou mulher. Desta forma, conclui-se que havia uma autonomia da identidade biológica com relação ao sexo biológico. Stoller (citado por Amâncio, op cit), um dos realizadores destes estudos, afirmava o género tinha origem na cultura, ao passo que o sexo se relacionava à biologia. Desta forma, sexo e género estabeleceram-se como conceitos distintos, pertencendo o primeiro ao domínio da biologia e o segundo ao domínio da cultura, implicando a abertura de uma nova área de conhecimento. Porém, este carácter cultural do género apenas foi efectivamente acentuado na definição que surgiu na sociologia alguns anos mais tarde, pois, como bem salienta Rodríguez (2002, p.32), a definição de Stoller foi criada

*[...] con el ánimo de poder diagnosticar a aquellas personas que aunque poseían un cuerpo de hombre, se sentían como mujeres. Cómo bien podéis observar, el término fue acuñado para normalizar y cerrar de nuevo esas categorías que sin duda quedaban más difuminadas por el fenómeno transexual.*

Ainda assim, aliando-se ao intenso debate ao determinismo biológico sustentado pela crítica feminista à ciência durante a “segunda vaga”, o termo género constituiu-se como um novo projecto teórico que pretendia demonstrar a produção social das crenças e saberes sobre o sexo através da confrontação dos argumentos da invariância biológica das diferenças entre os sexos aos que salientavam os determinantes culturais da condição de subalternidade das mulheres. Rapidamente, o termo passou a integrar o discurso das ciências sociais e humanas, sucedendo-se uma proliferação de programas de pesquisa e produção científica sobre a temática. Contudo, devido à diversidade do próprio feminismo, isso não ocorreu de modo uniforme e unitário, coexistindo diferentes perspectivas (Nogueira, 2001c).

Na psicologia, inicialmente, a introdução do conceito de género não conseguiu deslocar o olhar dos investigadores dos indivíduos sexuais para o pensamento sobre os sexos, tendo-se mantido, por muito tempo, uma utilização mais ou menos arbitrária do sexo e do género como se fossem sinónimos, levando ao esvaziamento de seu significado conceptual e analítico. Amâncio (2002a) apresenta alguns exemplos desta utilização arbitrária em publicações da psicologia social norte-americana da década de 1980, concluindo que o politicamente correcto prevaleceu sobre o teoricamente correcto no que diz respeito ao género. A persistência no uso do género como critério classificatório, mero substituto do sexo,



contribuiu para esvaziar o termo do seu significado conceptual e analítico e para a perda do valor acrescentado que ele poderia trazer ao desenvolvimento do conhecimento psicossociológico.

Tal facto ainda hoje persiste, não só na psicologia, mas também no domínio da saúde. Recentemente, Castaño-López, Plazaola-Castaño, Bolívar-Muñoz e Ruíz-Perez (2006) realizaram uma investigação sobre mulheres, saúde e género em publicações espanholas onde constataram que inúmeros artigos apresentam a palavra género no título quando, na verdade, falavam da variável sexo ou mulher. Entre os 298 artigos analisados, apenas 95 (31,9%) continha um enfoque de género, compreendido como tal

*si, en el planteamiento de los objetivos, análisis e interpretación de la información, consideraba la construcción social del hecho biológico de ser mujer o varón y las diferencias y desigualdades ésta conlleva. Así, los datos desagradados por sexo fueran contemplados como una condición necesaria en los trabajos que incluían a mujeres e varones, aunque no suficiente para la introducción de esta perspectiva.* (op cit, p. 708-709).

De modo semelhante, em Portugal, uma recente análise crítica do documento “Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010: mais saúde para todos” concluiu (Prazeres, 2007, p. 92):

- O conceito de género não é definido, nem de forma sucinta, em qualquer das partes do texto;
- Os conceitos de sexo e de género são usados como sobreponíveis ou, aparentemente, de forma inconsequente, predominando a sua assumpção como sinónimos ou o segundo como uma versão modernizada do primeiro;
- Quando a caracterização dos fenómenos de saúde e de doença se baseia em dados estatísticos e epidemiológicos desagregados por sexo, as diferenças observadas entre ambos são muitas vezes omitidas e praticamente desvalorizadas em termos analíticos;
- A projecção de estratégias de acção baseadas nessa caracterização segue no mesmo sentido, sendo pontuais os exemplos em que se ensaia a alusão à necessidade de considerar o que é distinto em cada sexo;

- A neutralidade face ao sexo e ao género não parece ser deliberadamente procurada, mas o menosprezo pela sua importância acaba por produzir esse efeito.

As consequências desta confusão no emprego dos termos sexo e género no campo da saúde são várias. Muitas vezes, as diferenças encontradas no adoecimento de homens e mulheres são relacionadas ao género, mas são tratadas como se fossem derivadas do sexo (e vice-versa), conduzindo à má interpretação dos resultados e a conclusões desfasadas da natureza dos fenómenos. Por exemplo, se as diferenças de sexo forem erradamente atribuídas ao género, serão desencadeadas respostas que procurarão alterar comportamentos e, neste caso, as possíveis causas fisiológicas podem ser menosprezadas, colocando em causa a possibilidade de agir sobre o fenómeno. O mesmo se passará na situação inversa, quando se atribui ao sexo a causa de uma doença, canalizando-se os recursos para intervenções mal delimitadas que não estarão actuando sobre a multiplicidade de factores interligados (Prazeres, op cit).

Diversas são as razões para esta confusão terminológica, mas Castaño-López, Plazaola-Castaño, Bolívar-Muñoz e Ruíz-Perez (2006) sugerem que a utilização pouco consistente do termo prende-se com o mero intuito de tornar a investigação “actual”, pois, na sua avaliação, “os estudos de género estão na moda”. Por outro lado, Maria Margaret Lopes (2006) lembra que este é um conceito multifacetado. Paradoxalmente, suas abordagens múltiplas e imprecisas o tornaram útil, propiciando um aumento fantástico dos estudos de género nas últimas décadas; mas, ao mesmo tempo, levaram a uma perda de sua precisão. Por outro lado, na época de surgimento do termo género, a ciência era muito marcada pelo essencialismo biológico, cuja força cultural acabou por se manter.

Rodríguez (2002) afirma que, apesar da dualidade natureza-cultura ter sido fortemente criticada pelas feministas, o mesmo não ocorreu com a dualidade do “sistema sexo-género”<sup>41</sup>, a qual também têm efeitos de subjectivação perigosos e importantes, permanecendo durante muito tempo como uma contradição inerente ao pensamento feminista. Ao introduzirem a distinção sexo-género, as feministas reproduziram a tradicional divisão de tarefas entre as ciências sociais e as biomédicas, relegando o estudo do sexo ao domínio das ciências biomédicas e definindo o estudo do género como exclusivo das ciências sociais (Lopes, 2006). De acordo com Neves, Nogueira e Barbosa (2006), a consequência disto na psicologia

---

<sup>41</sup> O sistema sexo-género concebe o sexo como dizendo respeito aos aspectos biológicos, enquanto o género compreende às construções culturais sobre as diferenças entre mulheres e homens, as quais se estabelecem com base na biologia (no sexo). (Narvaz & Koller, 2006, p. 650).

foi que as diferenças biológicas deram lugar às diferenças de género, que, embora “vestidas” de outro modo, continuaram a ser vistas como intrínsecas aos indivíduos, socialmente descontextualizadas e rapidamente biologizadas. Por outro lado, as construções das ciências biomédicas a respeito do sexo e do corpo permaneceram intocadas, com um carácter de verdade e destino imutável (Lopes, op cit).

O feminismo empirista, exercido principalmente na área denominada por “psicologia da mulher”<sup>42</sup>, procurou denunciar os efeitos sobre a psicologia feminina - em particular sobre a auto-estima - da posição de subordinação das mulheres, da escassez de oportunidades a que tinham acesso e da pressão a que eram submetidas para o desempenho do papel tradicional. Entre o final dos anos 1960 e o início dos anos 1970, surgiram os estudos sobre o preconceito e os estereótipos sexuais - segundo a terminologia da época. A imagem que estes estudos moldavam sobre as mulheres era bastante negativa: tinham uma baixa auto-estima, não eram orientadas para o sucesso (ou eram-no mesmo para o fracasso) e estavam permanentemente ameaçadas pelo desvio e a patologia. Foi para combater essa imagem que o modelo da androginia, de Sandra Bem, veio propor, no início dos anos 1970, um modelo de saúde mental que não obrigava o indivíduo a banir do seu *self* os atributos e comportamentos inadequados ao seu sexo. Porém, este modelo também foi objecto de profundas críticas feministas, pois sofria dos mesmos males que muitos dos estudos daquela época, mostrando que a psicologia não soubera capitalizar o conceito de género, limitando-se a sobrepô-lo ao sexo (Amâncio, 2002a).

Deste modo, as tradições do *feminist standpoint* e do empirismo feminista, apesar de introduzirem novas questões e priorizarem “a voz das mulheres”, não conseguiram romper com o essencialismo, reproduzindo as mesmas fraquezas que os estudos sobre os sexos apresentavam anteriormente: dualismo, enviesamento reducionista, negligência das semelhanças entre os sexos e das variações internas aos grupos de sexo, para além de participarem para a ideia de uma falsa simetria (Amâncio, 2002a). Ainda que procurassem responder ao propósito da construção de uma ciência feminista que pudesse reflectir o mundo mais claramente, de modo menos incompleto e desalinhado, tais perspectivas, inseridas no projecto moderno de ciência, falharam na análise do funcionamento discursivo da opressão e ignoraram o modo como as múltiplas linguagens de poder se articulam e influenciam o quotidiano das pessoas (Neves & Nogueira, 2005).

---

<sup>42</sup> Uma vez que estes temas já foram discutidos no Capítulo 3, serão aqui apenas retomados.

Contudo, a partir dos anos 1980, a crítica pós-modernista da ciência ocidental introduziu o paradigma da incerteza no campo do conhecimento. As feministas francesas, influenciadas pelo pós-estruturalismo e, especialmente, pelo pensamento de Michel Foucault e Jacques Derrida, passaram a enfatizar a questão da diferença, da subjectividade e da singularidade das experiências, concebendo que as subjectividades são construídas pelos discursos, em um campo que é sempre dialógico e intersubjectivo. Surge, assim, uma terceira fase<sup>43</sup> do feminismo, conhecida de modo muito amplo como “feminismo pós-moderno”, cuja análise se concentra nas diferenças, na alteridade, na diversidade e na produção discursiva da subjectividade. Com isso, desloca-se o campo do estudo sobre as mulheres e sobre os sexos para o estudo das *relações de género* (Narvaz & Koller, 2006).

Neste sentido é que algumas posições, embora não consensuais, façam distinções entre os “estudos feministas” - cujo foco se dá principalmente em relação ao estudo *das e pelas* mulheres, mantidas as estreitas relações entre teoria, política e militância feminista - dos “estudos de género” - cujos pressupostos abarcam a compreensão do género como categoria sempre relacional (Narvaz & Koller, 2006). Conforme aponta Amâncio (2002b), os estudos de género vieram substituir os estudos sobre as mulheres devido às fortes críticas de que estes, ao focalizarem exclusivamente as mulheres, recriavam a sua particularidade no quadro dos estudos sobre as diferenças entre os sexos, acentuando a alteridade das mulheres sem questionar o estatuto referente aos homens e mantendo uma visão dualista e essencialista das categorias de sexo.

Foi no âmbito destes debates que os estudos de género surgiram, marcando a alteração na orientação das investigações para a relação entre os sexos em vários domínios e permitindo, também, a problematização da posição social dos homens (Prazeres, 2007), embora tenha sido mais recentemente que os *men’s studies* e o estudo da “masculinidade hegemónica<sup>44</sup>” tenham se estabelecido. Por outro lado, a simples adopção da terminologia

---

<sup>43</sup> A “terceira vaga” do feminismo é caracterizada tanto pela existência de fenómenos como o pós-feminismo, o *backlash* e o contra-feminismo, já discutidos no Capítulo 3, quanto pelo feminismo pós-moderno, completamente distinto destes.

<sup>44</sup> De acordo com Ribeiro (*in press*), o conceito de masculinidade hegemónica, também frequentemente designado de “valores masculinos hegemónicos” e “representações hegemónicas”, constitui um aspecto central da teoria social do género de Connell que define formas bem sucedidas de “ser homem” num momento e lugar específicos. Constitui um conjunto de preceitos ideológicos que congregam expectativas ideais dominantes sobre masculinidade e que subordinam as feminilidades, bem como outras formas de masculinidade. Nas culturas ocidentais encontra-se associada à heterossexualidade, ao casamento, à autoridade, ao salário, à força e à resistência física.

“estudos de género” não garante, por si, uma “evolução” em termos teóricos, sendo vulneráveis à negligência dos contextos e das relações entre os sexos<sup>45</sup>.

Neste contexto, as ideias de Judith Butler (entre outras feministas) foram fundamentais para o questionamento da dicotomia sexo-género através da desconstrução da naturalização do conceito de identidade de género. Segundo esta feminista, a categoria sexual e natural “mulher” é, paradoxalmente, construída a partir das relações sociais, ou seja, a biologia deixa de ser vista como algo fixo e imutável (Rodríguez, 2002). Obviamente, tais ideias não foram facilmente recebidas, pois questionavam o que até então era visto como uma certeza: a natureza. Contudo, Keller (2006) mostra como esta concepção não é tão disparatada através de exemplos de diversas transformações ocorridas na biologia quanto a fenómenos relacionados à fertilização, biologia do desenvolvimento e biologia evolutiva.

Por exemplo, no fenómeno da fertilização, até pouco tempo, o espermatozóide era descrito como activo e vigoroso, o que lhe permitia atravessar a capa do óvulo e penetrá-lo para entregar seus genes e activar o programa de desenvolvimento. De modo oposto, o óvulo seria passivamente transportado através da trompa de Falópio até ser penetrado e fertilizado pelo espermatozóide. Como diz a autora (op cit, p. 18), o que interessa destacar não é a óbvia linguagem sexista empregada nesta descrição, mas o facto de que os detalhes técnicos que elaboraram essa descrição foram, até recentemente, impressionantemente consistentes: o trabalho experimental forneceu descrições químicas e mecânicas da mobilidade do espermatozóide, de sua aderência à membrana do óvulo e da sua capacidade de efectuar a fusão das membranas. A actividade do óvulo - concebida *a priori* como inexistente - não requeria qualquer mecanismo, e tal mecanismo não foi encontrado. Todavia, pesquisas posteriores demonstraram a importância de actividades ovulares, tal como a produção de proteínas e moléculas necessárias à aderência e penetração do espermatozóide, reconhecendo-se que cada óvulo influencia activamente o desenvolvimento de seu próprio folículo, distribuindo informações que afectam o crescimento e a diferenciação de células granulosas a sua volta. A partir de então, a fertilização passou a ser descrita como o processo pelo qual óvulo e espermatozóide se encontram e se fundem. Nas palavras de Keller (op cit, p. 19), “estas referências igualitárias não são retóricas – estão baseadas numa descrição que está

---

<sup>45</sup> Talvez seja também por isso que os estudos sobre as mulheres e os estudos de género foram mais facilmente aceitos na academia, pois, ao não explicitarem um carácter político, adequam-se melhor aos parâmetros de cientificidade (embora também não exista nada que determine que os ideais de transformação social característicos do feminismo necessariamente estejam excluídos destas perspectivas). Por outro lado, os “estudos feministas”, devido a sua óbvia ligação com o movimento feminista (e tudo aquilo que ele representa no imaginário social), são claramente políticos e, por isso, têm tido maior dificuldade em se consolidar no mundo académico, o qual privilegia a “neutralidade”.

firmemente apoiada por um rico acervo de mecanismos que os pesquisadores identificaram em anos recentes”.

A autora (op cit) apresenta outros exemplos de mudanças discursivas no campo da biologia a respeito dos chamados “efeitos maternos”, sendo actualmente reconhecida a importância do comportamento ou fisiologia materna sobre a biologia da fecundação e da gestação. A importância destes temas “naturais” para a análise de questões “culturais” como a condição das mulheres na sociedade se torna mais clara se lembrarmos as inúmeras teorias psicológicas criadas a partir da (suposta) imobilidade do aparelho sexual feminino que serviram, durante muito tempo, para justificar a submissão das mulheres à “força” e ao “vigor” masculinos (Saavedra & Nogueira, 2006). Tais transformações nas teorias científicas das ciências naturais, tradicionalmente vistas como neutras, mostram a importância da reflexão feminista, assim como o modo como as construções discursivas constroem práticas sociais. Como diz Keller (op cit, p. 27), “ninguém argumentaria aqui pela acção política directa – isto é, não se formaram comissões para representar e defender tempo igual para o óvulo, o citoplasma ou o ambiente (materno) inicial. Contudo, há [...] um efeito mais ou menos directo do feminismo”.

Deste modo, a partir do momento em que o género passou a ser concebido como um conceito relacional, implicou que os atributos femininos e masculinos fossem definidos um em relação ao outro, pressupondo também que termos como “sexual”, “feminino”, “masculino” e “biologia” não sejam encarados como auto-evidentes, mas considerados em sua historicidades (Lopes, 2006). Esta compreensão tem permitido questionar as “certezas” no campo da saúde, da biologia e, até mesmo, da genética, tal como comprova um recente documento da OMS, *Gender and Genetics* (2007, citado por Prazeres, 2007, p. 17):

Os seres humanos nascem com 46 cromossomas, em 23 pares. Os cromossomas X e Y determinam o sexo do indivíduo. A maioria das mulheres são 46XX e a maioria dos homens são 46XY. Contudo, a investigação sugere que, em cada mil nascimentos, alguns indivíduos apresentam um único cromossoma sexual (45X ou 45Y) (monossomias sexuais) e outros três ou mais cromossomas sexuais (47XXX, 47XYY ou 47XXY) (polissomias sexuais). Além disso, alguns indivíduos do sexo masculino nascem 46XX devido a uma translocação de uma pequena secção do cromossoma Y. De forma similar alguns indivíduos do sexo feminino nascem 46XY devido a mutações no cromossoma Y. Não existem, claramente, apenas mulheres que

são XX e homens que são XY; pelo contrário, constata-se haver uma diversidade de combinações cromossômicas, perfis hormonais e variações fenotípicas que determinam o sexo dos indivíduos (...)

Deste modo, no feminismo pós-moderno, o género deixou de ser fundamentado nas diferenças biológicas ou “naturais”, foi desnaturalizado, passando a ser visto como uma categoria relacional e política. Incorporando ideias pós-estruturalistas e desconstrucionistas, Judith Butler concebeu o género como “acto performativo<sup>46</sup>”, como um efeito produzido ou gerado a partir de construções discursivas. No exemplo de Keller (2006) acima descrito, a construção discursiva do óvulo como inerte no processo de fecundação teve como efeitos a estereotipização das mulheres como seres passivos cuja única responsabilidade é a gestação e a criação dos filhos, estando o acto procriativo (fecundação) totalmente dependente da actividade masculina. Igualmente, as recentes descobertas no campo da genética têm questionado a “rigidez” do sexo biológico, assim como as novas tecnologias têm suscitado diversos questionamentos a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos e, conseqüentemente, propiciado novas formas de viver e construir a feminilidade, a masculinidade a maternidade e a paternidade,<sup>47</sup> mostrando que a biologia não é mais uma certeza definitiva.

Logo, o género não é algo que existe dentro dos indivíduos, pronto para ser descoberto e medido pelos cientistas sociais, mas um acordo existe nas interacções sociais: é precisamente tudo aquilo que concordamos que seja. Deste modo, o género é uma invenção das sociedades criada através da interacção social. O género é performativo, algo que se faz (Nogueira, 2004). Igualmente, o próprio grupo “mulheres” como categoria ontológica é posto em causa, pois esconde as divisões intracategorias (raça, etnia, classe, orientação sexual, etc.), sendo a partir da “miríade de realidades” oferecida pelos “conhecimentos situados” que eclodiram os feminismos “localizados”, como o feminismo negro e o feminismo lésbico, entre outros, assim como aqueles que cruzam estas várias categorias, problematizando género, raça e orientação sexual (Oliveira & Amâncio, 2006).

Portanto, o que interessa destacar aqui é o carácter político que o termo género adquire a partir das leituras pós-modernas/construcionistas, seu potencial subversivo e transformador. Segundo Anne Weatherall (2002), nesta perspectiva, os significados associados ao masculino

---

<sup>46</sup> Um acto performativo é uma prática discursiva, no sentido em que se trata de um acto linguístico e, como tal, está constantemente sujeito à interpretação, tendo como consequência a construção da realidade (Rodríguez, 2002).

<sup>47</sup> Recentemente, em Abril de 2008, a história de Thomas Beatie, um transgénero que engravidou após ter passado pelo processo de mudança de sexo dominou a imprensa estadunidense e mundial sob o *slogan* do “homem grávido”.

e ao feminino não são fixos ou estáticos, mas contextualmente específicos (cultural e historicamente locais), isto é, são construídos e localizados. Como tal, estão continuamente abertos à desconstrução e, fundamentalmente, à reconstrução. Neste contexto, “psicologia feminista crítica” surgiu com o intuito de valorizar a mulher como objecto de estudo, adoptando, porém, uma vertente política, fortemente associada à transformação social e influenciada pelas abordagens construcionistas-sociais e pela análise de discurso como teoria/metodologia de pesquisa, distanciando-se da neutralidade política da “psicologia da mulher” e das possíveis confusões terminológicas do sexo *versus* género dos “estudos de género” (Nogueira, Saavedra & Neves, 2006, Saavedra & Nogueira, 2006).





## Capítulo 5

### **Violência contra as mulheres: a variabilidade nas terminologias**

Amplamente estudada em campos como a antropologia, criminologia, epidemiologia, sociologia, psicologia, saúde pública e outros, a violência contra as mulheres tem sido definida de modos diferentes por cada uma destas disciplinas, tornando difícil a determinação adequada de sua magnitude e natureza. Devido às suas diversas manifestações, ainda não existe um consenso sobre a terminologia adequada para se referir à violência praticada contra as mulheres. Muitos dos termos mais comuns têm definições diferentes em regiões diferentes, sendo derivados de perspectivas teóricas e disciplinas diversas (Desai & Saltzman, 2001; Ellsberg & Heise, 2005).

Termos como violência doméstica, violência familiar, violência conjugal ou na intimidade, abuso e vitimação são frequentemente utilizados indiscriminadamente como sinónimos. Contudo, cada qual possui suas especificidades, vantagens e desvantagens. É importante reconhecer, porém, que estas definições são relativas a determinados tempos e espaços, fazendo com que em diferentes países e diferentes ocasiões certos tipos de violência sejam considerados formas de “violência contra mulher” (Skinner, Hester & Malos, 2005). Neste sentido, cabe dedicarmos um pouco mais de tempo à exploração das diferentes definições e conceitos amplamente utilizados nas investigações.

Em primeiro lugar, devemos reflectir sobre o que seja “violência”. Segundo Elza Pais (1996), não existe uma definição universal, pois esta depende de normas sociais e culturais que variam consoante os contextos e tempos históricos. Consequentemente, os mesmos factos nem sempre são julgados por critérios semelhantes e, do mesmo modo, podem não ser compartilhados por todos como tal. Com efeito, os significados variam conforme um complexo processo de construção socialmente determinado, “sendo a violência perspectivada como uma transgressão aos sistemas de normas e de valores definidos em determinado momento social” (op cit, p. 31).

Tal como já discutimos anteriormente, foi apenas em meados do último século que as situações de violência passaram a ser conceptualizadas como um problema social, de direitos humanos e de saúde pública. Mais do que um fenómeno recente, trata-se de uma maior visibilidade e censurabilidade de actos que, no passado, eram tidos como “normais”. Em

parte, essa maior visibilidade se deve às transformações contemporâneas nas famílias no sentido de uma maior participação feminina em actividades fora do contexto doméstico e à difusão, ao menos no terreno das possibilidades, de modelos simétricos de partilha de funções (Pais, 1996). Costa (1998) também aponta que o reconhecimento social da violência na família como um problema foi facilitado por fenómenos como a alteração dos papéis sociais das mulheres, modificações na instituição casamento (aumento na idade para o casamento, diminuição do número de filhos, possibilidade do divórcio), elevação do nível educacional das mulheres e a consequente dupla carreira (trabalho e família), todas estas aquisições recentes e grandemente influenciadas pelos movimentos de feministas e de mulheres. Desta forma, Lisboa (2003) afirma que o conceito de violência é dinâmico, o que obriga a que se faça um esforço de desconstrução, procurando os processos e dinâmicas que estão por trás de cada termo. Abordaremos em seguida algumas destas expressões, considerando aspectos como a severidade da agressão, o carácter legal (crime), o contexto em que ocorre, o tipo de relacionamento entre vítima e agressor e as características da vítima.

Elza Pais (1996) relembra que a origem etimológica da palavra violência provém do latim *violentia*, que significa carácter violento ou bravo, força. O verbo “violar” significa tratar com violência, profanar, transgredir, relacionando-se à “força em acção”, vigor, potência, mas também quantidade, abundância. Por outro lado, Dália Costa (2005) refere que o termo abuso muitas vezes é usado também como sinónimo para agressão. Contudo, existem diferenças quanto à severidade considerada necessária para que um acto seja definido como abuso. Juntamente com termos como maltrato ou maus-tratos - os quais incluem actos que provocam danos físicos e outros, como a má nutrição, o abuso sexual ou a negligência, inicialmente utilizados para agressões praticadas às crianças - o termo abuso se associa à continuidade repetida. Temos, portanto, uma primeira diferenciação, onde violência se relaciona ao “agir com força”, e abuso ao carácter persistente das agressões.

Outra distinção diz respeito à criminalização ou não de tal acto. Lisboa (2003) considera que a definição de crime é mais objectiva, uma vez que se fundamenta no que o sistema jurídico considera como tal. No caso específico da violência praticada contra as mulheres no contexto doméstico e/ou familiar, em Portugal, tal como já discutido na primeira parte desta Tese, é enquadrada como um crime pelo sistema jurídico desde 1982. Chegamos, portanto, a uma segunda conceitualização: a violência contra as mulheres no contexto familiar/doméstico é um crime.

O local em que os actos ocorrem também tem influenciado o modo como se conceituam tais situações, onde, violência doméstica é aquela que ocorre no espaço da casa/moradia. O problema desta denominação reside no carácter privado que assume, desconsiderando agressões praticadas por familiares em outros contextos (como a perseguição) e, mesmo, outras formas de violência praticadas por não familiares. Na maior parte das vezes, a chamada “violência doméstica” é praticada por familiares ou pessoas com laços de intimidade, mas também pode incluir outras pessoas (como o assédio ou maltrato de empregados/as que residam na casa) ou ser praticada por estranhos (como no crime de invasão de residência). Portanto, não é sinónimo de violência familiar, ainda que possa com ela se relacionar e se sobrepor (Azambuja, 2004). Desta forma, em muitas partes do mundo, o termo violência doméstica diz respeito à violência praticada contra uma mulher pelo marido ou companheiro, actual ou passado. Contudo, em outros países, inclusive na América Latina, violência doméstica diz respeito a qualquer forma de violência que ocorra dentro de casa, incluindo as agressões contra crianças e idosos (Ellsberg & Heise, 2005).

Todavia, esta denominação tem sido criticada por ser sexualmente neutra e escamotear os aspectos estruturais deste tipo de violência, como a permissividade para que os homens exerçam a violência como forma de resolução de conflitos, a subalternidade das mulheres na sociedade e as assimetrias de poder dentro do relacionamento íntimo (Costa, 2005). Em Inglaterra, até recentemente, o foco das feministas esteve na violência doméstica. Ironicamente, a ênfase dos grupos de mulheres (e outros) em colocar a violência doméstica na agenda política e em forçar alterações nas práticas políticas e governamentais também acabou por resultar em que fosse vista como um fenómeno isolado de outras formas de violência. A consequência inesperada desta estratégia é que ficou mais difícil argumentar por mais recursos para outras formas de violência contra mulheres - embora isso venha mudando nos últimos tempos (Skinner, Hester & Malos, 2005).

A violência familiar, por sua vez, é definida pelo tipo de relação entre agressor e vítima, restringindo-se aos actos ocorridos entre pessoas com relações consanguíneas ou afectivas próximas, independentemente do sexo da vítima e do agressor (Ellsberg & Heise, 2005), podendo ser subdividida em violência conjugal (entre o casal), violência parental (pais contra filhos), violência fraternal (entre irmãos), violência contra idosos (praticada por filhos contra pais já em idade avançada, por netos ou por cuidadores em geral) e assim sucessivamente, tantos quantos forem os papéis familiares possíveis (avós-netos, tios-

sobrinhos, sogros-nora/genro, etc.) (Monteiro, 2005). Inclui também outras formas de violência que, embora tenham menor visibilidade na literatura especializada, devem ser consideradas, tal como a que ocorre em momentos distintos da relação marital (violência durante o período de namoro e na fase pós-separação), assim como em relacionamentos amorosos homossexuais (Matos, 2006). Por outro lado, ainda que as mulheres frequentemente sejam agredidas pelos companheiros, pais ou outros familiares, o conceito de violência familiar não compreende a variedade de formas de violência a que as mulheres estão sujeitas fora de suas casas, tais como a violência sexual ou a perseguição no local de trabalho (Ellsberg & Heise, op cit).

A violência familiar e seus subtipos assemelham-se ao conceito de violência nas relações íntimas/na intimidade e, do mesmo modo que a violência doméstica, são todos sexualmente neutros, não ressaltando o facto de a maior parte da violência familiar ser praticada por um homem contra a sua esposa e/ou filhas (Ellsberg & Heise, op cit). A crítica feminista a estas concepções também diz respeito às suas implicações, isto é, o reconhecimento de que as mulheres também possam ser violentas. Mais do que simplesmente negar esta possibilidade, as feministas afirmam que as pesquisas que identificam as mulheres como agressoras geralmente são simplistas e descontextualizadas. Em oposição, apresentam dados oriundos de emergências médicas, inquéritos sobre vitimação, entrevistas em abrigos para mulheres e levantamentos policiais que sugerem que entre 90% e 95% dos casos as vítimas são do sexo feminino. De acordo com pesquisas realizadas em Portugal, as mulheres, quando agredem (Sousela, 2006) ou, mesmo quando matam seus companheiros (Pais, 1996), fazem-no no contexto de relações violentas. Desta forma, as feministas afirmam que os termos associados à violência familiar podem inverter a situação, transformando as mulheres de vítimas em agressoras e servindo para justificar, por exemplo, a relocação de recursos (Jasinski, 2001).

Outra crítica refere-se ao facto de o próprio conceito “família” ser extremamente vago, significando que a validade e a utilidade das diversas pesquisas que utilizam este conceito possam ser postas em dúvida, uma vez que cada uma pode estar se referindo a um fenómeno diferente. Estes questionamentos não podem ser considerados como de pouca importância, pois afectam todo o processo de pesquisa, desde seu objectivo, passando pela definição de participantes, instrumentos e os seus resultados. Segundo DeKeseredy e Schwartz (2001),

portanto, o que determina o processo de pesquisa é quem ou “o que está sendo violado”: o indivíduo mulher, a família, o pai patriarcal ou o marido ou, ainda, a “honra nacional”.

As definições mais amplas consideram que, potencialmente, as vítimas e os agressores podem ser tanto do sexo masculino quanto feminino, pertencer a qualquer estrato social, raça/etnia ou ter qualquer idade. Contudo, dizemos “potencialmente” porque os estudos realizados por todo o mundo mostram que as principais vítimas são as mulheres (acompanhadas pelas crianças, pessoas idosas e/ou pessoas com incapacidades). De acordo com Ellsberg e Heise (2005), as mulheres estão vulneráveis a diferentes tipos de violência ao longo de suas vidas. Antes do nascimento (durante a gestação), podem ser assassinadas através de abortos selectivos; durante a infância, podem sofrer infanticídio, negligência, abuso sexual e desnutrição; na adolescência, podem ser forçadas à prostituição, traficadas (para este mesmo fim), forçadas a casar precocemente, bem como sofrer abuso psicológico e estupro; durante a fase reprodutiva, podem sofrer de “crimes de honra”, violência conjugal, abuso sexual por desconhecidos, homicídio, tráfico e perseguição sexual e, até mesmo na velhice, podem sofrer agressões.

Esta constatação levou à conclusão de que a violência doméstica/familiar/na intimidade não é sexualmente neutra, fazendo surgir uma nova nomenclatura, desta vez fundamentada no sexo da vítima, a violência contra a(s) mulher(es). Inclui, por exemplo, a violência doméstica, o estupro, o tráfico e a exploração sexual (ainda que estas últimas não sejam, consensualmente, conceituadas como violência contra mulher ou violência de gênero) e, por sua vez, relaciona-se a termos como vitimação feminina, esposa agredida, mulher agredida ou mulher maltratada. Apesar de servirem para denunciar as assimetrias entre os sexos, destacando a posição inferior das mulheres neste aspecto, tais denominações acabam por excluir pessoas do sexo masculino – que, no caso do maltrato infantil, de idosos ou de pessoas com deficiências, por exemplo, não são raras – e priorizar as vítimas adultas (Azambuja, 2004). Além do mais, os termos “violência contra a mulher” ou “mulher agredida” não consideram o sexo do agressor (deixando em aberto a possibilidade de ser, até mesmo, outra mulher), assim como a expressão “esposa agredida” pode ser vista como excluindo as uniões consensuais e as agressões ocorridas durante o namoro ou na fase de separação do agressor (Ellsberg & Heise, 2005).

Frequentemente, a violência também é conceituada tendo como base o tipo de agressão praticada/sofrida, onde temos: violência física (tapas, socos, pontapés, surras, puxões

de cabelo); sexual (violação ou tentativa de, abuso, tráfico, mutilação genital, gravidez forçada); psicológica (intimidação, depreciação constante, humilhação, comportamentos controladores sobre a vítima, gritos, berros, ameaças, chantagens); económica (recusa em disponibilizar dinheiro para aquisição de bens essenciais, posse do dinheiro da vítima); negligência/privação (recusa em oferecer alimentos, roupas, medicamentos ou condições adequadas de moradia) e homicídio (Heise & Garcia-Moreno, 2002; Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002; Neves, 2005).

Como vemos, algumas conceptualizações são mais inclusivas, tanto quanto ao sexo da vítima ou do agressor, quanto as suas idades e características particulares (como etnia ou incapacidade física); outras são mais específicas, procurando destacar um aspecto em particular. Todas apresentam vantagens e desvantagens, o que não torna mais fácil a escolha de qual conceito adoptar. DeKeseredy e Schwartz (2001) afirmam que a definição do que seja violência é um dos principais problemas neste campo de pesquisa, havendo muitos debates sobre o que deve ser incluído ou excluído. De acordo com estes autores, geralmente as pesquisas se dedicam ao abuso físico e/ou sexual, sendo em menor número as que se dedicam ao abuso psicológico, verbal ou económico. Uma razão para isso é o facto de que incluir tantas categorias em um estudo poderia gerar confusões, tendendo a acreditar-se que existem diferenças quanti e qualitativas entre o abuso físico e psicológico. Contudo, as feministas têm criticado as definições amplas por serem super-inclusivas (sexualmente neutras) e, com isso, acabarem por banalizar a violência praticada contra as mulheres. Por outro lado, quem defende as definições mais específicas argumenta que permitem examinar mais detalhadamente cada tipo de agressão, dando maior claridade sobre sua natureza e contexto.

Uma conclusão a que se pode chegar diante da variabilidade nas terminologias até aqui exposta é que não existe uma definição que possa ser considerada universalmente válida. A adopção de uma nomenclatura em detrimento de outra(s) varia conforme os objectivos da pesquisa, os conceitos adoptados, sua operacionalização, fundamentos teóricos e valores do/a pesquisador/a. Existe quem valorize aspectos quantitativos (ligando o conceito às injúrias), aspectos psicológicos (ligando-se ao conceito de dano) ou culturais (considerando aspectos como a cultura, a educação) ou sociais (relações assimétricas entre grupos) (Costa, 2005).

Na presente investigação, consoante com os pressupostos feministas e críticos que a fundamentam, adoptamos a expressão “violência de género”, uma vez que permite analisar as construções sociais sobre o ser homem e mulher na sociedade, assim como as relações de

poder inerentes a tais construções. Na perspectiva do construcionismo social e da análise de discurso, gênero é algo que se *faz* nas interações quotidianas através da linguagem, sendo localmente contextualizado. Deste modo, ainda que muitas vezes sejam utilizados como sinónimos, termos como violência de gênero, violência contra a mulher, violência doméstica e violência familiar não são equivalentes. Tal como já discutido em outro momento (Azambuja, 2004, p. 272), os três últimos termos “cabem” dentro do primeiro, mas aquele deve ficar separado, pois envolve não apenas as relações entre mulheres e homens, mas também entre ricos e pobres, crianças e adultos, negros e brancos, etc. De acordo com Saffioti (2002), a violência de gênero não pode ser tratada como um fenómeno unicamente das relações interpessoais, pois diz respeito à estrutura social como um todo. É um conceito amplo, que abrange vítimas como mulheres, crianças, adolescentes e idosos de todas as classes sociais, etnias ou religiões. Apesar do nome, não pode ser reduzido à determinação de gênero, pois a ordem patriarcal de gênero não opera sozinha, é a argamassa que edifica várias desigualdades. Neste sentido, é interessante notar, tal como Grossi e Aginsky (2001), que as estratégias de poder e controlo exercidas sobre as mulheres – que incluem os maus-tratos físicos, sexuais e emocionais, bem como o isolamento, as ameaças e intimidações – são usadas para sustentar também outras formas de opressão, como o racismo, a exclusão social de idosos, a dominação das crianças, o classicismo e outras. Portanto, o fenómeno da violência de gênero pode ser conectado não apenas às mulheres, mas a outro grupos oprimidos.

Conforme Skinner, Hester e Malos (2005), a violência de gênero inclui todos os tipos de violência praticados contra as mulheres, seguindo a definição das Nações Unidas, mas não se restringe à violência praticada contra as mulheres, pois reconhece também a condição das crianças, jovens e lésbicas ou gays. A importância de utilizar este termo se fundamenta no pressuposto de que a violência é, de alguma forma, influenciada e/ou influencia as relações de gênero. Portanto, o termo violência de gênero inclui: violência doméstica entre pessoas hetero e homossexuais (podendo ser física, psicológica, económica e sexual), estupro e violência sexual, exploração sexual, prostituição e tráfico de pessoas para a exploração sexual, violência sexual e física, tortura e estupro em situações de guerra civil, comunitária ou conflitos étnicos e situações de violência em que as mulheres podem ser as perpetradoras, mas que sua participação é mediada pelo gênero.

A utilização da “lente de gênero” para o problema da violência vivida por mulheres em seus relacionamentos íntimos permite examinar criticamente as desigualdades de poder



entre mulheres e homens. A interpretação sociopolítica do fenómeno revelou que a sociedade está estruturada de modo a permitir a utilização da violência como estratégia para resolução de conflitos de interesses e de controlo social por parte dos homens. É, portanto, algo que transcende a esfera familiar e doméstica/privada (Monteiro, 2005).

A absorção dos pressupostos do construcionismo social e, especialmente, da noção foucaultiana (Foucault, 1992, 2000) de poder como “jogos de força”, como algo que se exerce, leva a uma nova compreensão do papel de vítima. Nesta perspectiva, são consideradas as diferentes estratégias desenvolvidas pelas mulheres ao longo de seu processo de vitimação para lidar eficazmente com a violência, distanciando-as de um posicionamento passivo, onde o termo “sobreviventes” surge com maior propriedade para se referir a estas mulheres. No contexto nacional, por exemplo, Fátima Monteiro (2005) realizou uma investigação intitulada “Mulheres agredidas pelos maridos: de vítimas a sobreviventes”, assim como Susana Maria (2001), com a dissertação de mestrado “Mulheres sobreviventes à violação”. Contudo, como coloca esta última autora, devido ao facto do termo vítima ser o mais frequentemente utilizado no contexto legal e pelo público em geral, às vezes torna-se difícil evitá-lo, visto que este é o estatuto/posição das pessoas que procuram a justiça para reparar o mal que lhes foi infligido. Porém, esta é uma abordagem reducionista, pois remete a pessoa lesada apenas para a componente passiva do sofrimento do crime. Por outro lado, o termo “sobrevivente” está associado à acção, existência de recursos, força, coragem e orgulho, servindo para descrever as sobreviventes como mulheres que não ficam a reviver constantemente a sua vitimação. De modo semelhante, adoptar a nomenclatura “violência de género” não é uma simples questão de escolha de palavras, implicando em um claro posicionamento político, vinculado ao movimento feministas e às suas bandeiras de luta.

## INTEGRAÇÃO

O movimento feminista, embora não possa ser compreendido de modo único e uniforme, representou um importante desafio para a sociedade como um todo e para a ciência em particular. Na sua luta política para a melhoria da condição de vida das mulheres, passou por diversas fases, cada qual com suas próprias características e bandeiras de luta. Desde meados da década de 1960, no período geralmente designado por “segunda vaga”, a violência vivida por mulheres no contexto de seus relacionamentos íntimos tem sido denunciada como uma das mais graves atrocidades cometidas contra as mulheres. Ainda assim, foi preciso algum tempo e muita luta política para que os Tratados e Convenções Internacionais de Direitos Humanos reconhecessem que os direitos das mulheres são direitos humanos e, muitos mais, para que as disposições expressas nestes acordos fossem colocadas em prática (não ignorando que, em muitos casos, estas ainda não saíram do papel).

Mais contemporaneamente, o campo da saúde, em especial da saúde pública, tem vindo a demonstrar atenção para este problema ainda oculto pelas normas sociais que privilegiam a privacidade familiar e que colocam os homens em um estatuto de poder superior sobre as mulheres. As repercussões sobre a saúde física e psicológica das vítimas de maus-tratos têm sido amplamente documentadas em estudos, relatórios, tratados e convenções. As iniciativas de prevenção da violência doméstica (tais como campanhas informativas sobre os direitos das mulheres agredidas e os recursos a que podem recorrer), ao promoverem a desocultação do fenómeno, têm sido hábeis em aumentar a consciência social sobre o problema e propiciado um aumento no número de casos registados nas entidades policiais, judiciais e instituições de apoio, representando, mais do que um aumento na incidência de casos, uma maior visibilidade do fenómeno.

No entanto, muito ainda está por fazer. Tradicionalmente encarado de modo polarizado como um problema de origens socioculturais (consequência do “machismo”) ou como uma perturbação individual (como uma patologia, um desvio), o desafio está na integração dos factores socioculturais ao atendimento prestado pelo sector saúde às vítimas. A saúde, devido à predominância do modelo biomédico, tem apresentado dificuldades em trabalhar com os “determinantes sociais da saúde”, embora já os considere. Em muitos casos, a integração destes aspectos está muito mais no nível teórico do que das práticas e, ainda assim, com muitas imprecisões e distorções, tal como demonstra o equivocado uso do termo

género como sinónimo de sexo em diversas publicações e, mesmo, na formulação das políticas públicas.

Os cuidados de saúde primários, por definição, trabalham com uma perspectiva bio-psico-social e, deste modo, devem estar preparados para lidar com problemas que vão além da enfermidade orgânica, tal como a violência de género. Neste aspecto, os médicos de família actuantes nos cuidados de saúde primários são importantes actores para despiste e acompanhamento destes casos devido ao contacto directo com todos os membros da família, a continuidade do atendimento prestado e a relação de confiança que estabelecem com seus(uas) utentes. Desta forma, é urgente reflectir sobre o cuidado de saúde que tem sido prestado às mulheres vítimas de maus-tratos no campo da saúde, em especial no domínio dos cuidados de saúde primários.

Inserida no paradigma crítico oferecido pelo construcionismo social, análise de discurso e feminismo, a presente investigação tem como objectivo mapear os discursos circulantes nos cuidados de saúde primários sobre a violência de género e examinar suas consequências para as práticas de cuidado oferecidas às mulheres submetidas à violência conjugal. De modo subjacente, pretende desconstruir estes discursos de modo a construir práticas de cuidado mais sensíveis às especificidades femininas, promovendo um saber mais responsável com a melhoria das condições de vida das mulheres - mas também dos homens, entendendo o género como algo que se faz nas relações interpessoais e reconhecendo que os padrões da masculinidade hegemónica também podem ser opressivos para os homens.

Para isso, foram realizados três estudos, os quais procuraram “mapear” as diferentes manifestações do discurso sobre a violência de género. Esta estratégia, longe de buscar a generalização dos dados ou almejar revelar “a verdade” sobre o fenómeno, relaciona-se à compreensão dos saberes como parciais, limitados e historicamente situados. Desta forma, a “multiplicidade de olhares” permitida pelos diferentes estudos pretende captar as dispersões, variabilidades e/ou regularidades do discurso sobre a violência de género.

**PARTE C**

**OS DISCURSOS SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA  
MULHERES:  
ESTUDOS EMPÍRICOS**



## *Apresentação*

Nesta terceira parte, apresentamos os estudos realizados a fim de mapear os discursos sobre a violência praticada contra mulheres na intimidade circulantes nos cuidados de saúde primários em Portugal. Trabalhamos com a perspectiva dos “conhecimentos situados” proposta por Donna Haraway (1995), a qual representa uma postura epistemológica de localização e de consideração da contextualidade do conhecimento no quadro da sua produção. Deste modo, no Capítulo 6, além de uma reflexão sobre os procedimentos metodológicos empregados e uma reflexão sobre os critérios de cientificidade adoptados no construcionismo social, apresentamos uma análise do domínio científico “cuidados de saúde primários” e da especialidade de medicina geral e familiar, cujos desenvolvimentos históricos estão intimamente imbricados. De forma breve, e como “perspectiva de fundo”, o desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde, suas fases e principais transformações nos últimos anos, especialmente a reforma dos cuidados de saúde primários actualmente em curso, são analisados. Em seguida, caracterizamos o contexto local em que a pesquisa se realizou, nomeadamente o município de Braga, sendo relatados também os principais achados do “mapeamento” da rede de atendimento a mulheres vítimas de maus-tratos do município, realizado através de entrevistas aos responsáveis pelos serviços e consulta a fontes bibliográficas (quando existentes).

No Capítulo 7, são apresentados os estudos realizados. Além do Estudo Piloto, quatro outros estudos foram desenvolvidos, os quais cobrem duas grandes áreas:

### 1. O discurso científico sobre mulheres e violência:

- Estudo I - Investigações sobre mulheres e violência em Portugal (Teses e Dissertações);

- Estudo II – Revistas médicas: a invisibilidade da violência de género em publicações nacionais;

### 2. O discurso de profissionais da medicina:

- Estudo III – Médicos de Família actuantes nos cuidados de saúde primários;

Em cada estudo, é realizada uma pequena introdução, descrição dos procedimentos teóricos utilizados e apresentação dos dados, finalizando com uma conclusão. Nas Considerações Finais, relacionamos todos os achados e encaminhamos as conclusões,

reservando também algum espaço para a reflexão sobre as limitações da investigação e sugestões para trabalhos futuros.

## Capítulo 6

### Saberes situados: metodologias, domínio e contexto

#### 6.1 Metodologias utilizadas

De acordo com Jacques (1993), o emprego de um método na construção de um conhecimento científico é de extrema importância, mas este está sempre subordinado às teorias explicativas escolhidas pelo pesquisador, a sua noção de mundo, de realidade e de vida. Conforme já discutimos no Capítulo 4, esta Tese tem como base conceptual e epistemológica o construcionismo social e a análise de discurso, os quais incorporam as críticas feministas à ciência.

Como afirmam Neves e Nogueira (2003), a intervenção feminista na psicologia procura diminuir a distância entre o pessoal e o político, entre o público e o privado, entre mulheres e homens. Os modelos feministas, ao serem incorporados pela psicologia, desempenham um enorme papel no desenvolvimento de um pensamento crítico que desafia a tentativa de padronização e de classificação dos comportamentos humanos, numa lógica de mudança social e activismo político. É, portanto, um modo diferente de fazer ciência onde (Burr, 1995):

- **A objectividade** é vista como uma meta inatingível, pois cada pessoa “enfrenta” o mundo a partir de uma perspectiva própria, fazendo com que as questões colocadas, as teorias e hipóteses empregadas derivem dos pressupostos subjacentes a esta perspectiva de mundo. Nenhuma pessoa consegue abandonar completamente seus valores e concepções (ou seja, a neutralidade também é impossível), sendo isto válido tanto para os pesquisadores quanto para as pessoas em geral. Portanto, torna-se uma responsabilidade dos pesquisadores reconhecer e, até mesmo, trabalhar com o seu próprio envolvimento intrínseco ao processo de pesquisa e suas consequências para os resultados investigativos produzidos. A pesquisa deve ser encarada como uma co-produção entre pesquisador e pesquisado.

- **Os papéis de pesquisador e pesquisado** (ou de sujeito e objecto de pesquisa) devem ser considerados como de igual importância e igualmente válidos. A relação entre pesquisador e pesquisado é colocada de modo distinto ao que tradicionalmente tem sido empregado, sendo importante incorporar a validação dos relatos dos pesquisados. Esta perspectiva faz parte do que tem sido descrito como “reflexividade”.



- **A reflexividade** é um termo que tem sido muito utilizado no construcionismo social, embora de maneiras distintas. Pode tanto referir-se ao modo como a teoria re-constitui o papel dos respondentes, sua relação com o pesquisador e o *status* de seus relatos, bem como a outros dois significados: i) é utilizada para chamar a atenção para a natureza constitutiva da linguagem, ou seja, quando alguém apresenta seu relato, este é, simultaneamente, uma descrição dos factos e parte integrante deste facto; ii) o próprio construcionismo social, como um corpo teórico e prático, não está alheio às críticas, devendo ser reconhecido como uma construção social. Tal facto implica que seja necessário reflectir sobre sua escrita e sobre como suas próprias versões foram construídas (este é o sentido mais utilizado).

- **Os objectivos da pesquisa** são pragmáticos e políticos, representando não uma busca pela verdade, mas uma prática utilizada para trazer transformações para quem necessita. A pesquisa se torna uma “pesquisa-acção”, tendo como objectivos explícitos a transformação e a intervenção. Portanto, a análise de discurso é uma actividade política. Em parte isso se deve ao seu posicionamento relativista, afirmando que não se pode buscar a verdade, mas aceitar a existência de muitas construções alternativas dos eventos. Seu projecto não pode ser a revelação da verdade sobre as pessoas ou a sociedade, mas a mobilização do processo de pesquisa para metas diferentes.

Concluindo, o construcionismo social não oferece regras fundamentais ou garantias e, justamente por isso, as críticas do paradigma dominante não cessam. A partir do posicionamento oferecido pela psicologia social “tradicional”, este tipo de trabalho é visto como marcado por muitos vieses, posição que, no panorama científico hegemónico, frequentemente é vista de modo impróprio, erróneo e, acima de tudo, estereotipado (subjectividade, invalidade, relativismo, trivialidade, etc.). Segundo Íñiguez (1997), a clarificação dos diferentes campos de debate, a definição de discussões coordenadas e, acima de tudo, uma atitude de ataque, mais do que de defesa, permitirão o surgimento de um espaço produtivo e criativo para a discussão de novos critérios para avaliação da cientificidade na pesquisa. Contudo, isto não significa que “tudo vale”. Conforme Gergen (1985), devido à sua inerente dependência dos sistemas de saber de comunidades que compartilham inteligibilidades, a actividade científica será sempre governada, em larga medida, por regras normativas. Nesta perspectiva, o construcionismo também utiliza alguns critérios para avaliar a qualidade das investigações realizadas, embora estes sejam muito distintos dos tradicionais. Expressões como validade, fidedignidade e representatividade são questionadas, transformadas ou, mesmo, abandonadas.

Diferentemente do que pode ser afirmado por quem se opõe ao paradigma crítico e acredita que o construcionismo não permite uma “verdadeira prática científica”, Gergen (1996) afirma que a pesquisa empírica não é abandonada pelo construcionismo social. Simplesmente, seus objectivos são revistos de modo a que os resultados produzidos sejam directamente relacionados a problemas sociais, provocando diálogos culturais, alterando as compreensões tradicionais e fornecendo informações relevantes aos seus investimentos. Nesta perspectiva, é essencial trabalhar em um processo de deliberação reflexiva, o qual chama a atenção para o carácter histórico e culturalmente situacional do que é tomado como “certo” ou “verdadeiro” e que reflecte seu potencial para a supressão e para a abertura de espaço para outras vozes no diálogo cultural. A psicologia construcionista-social se posiciona de modo a incitar o diálogo reflexivo – tanto dentro da disciplina da psicologia quanto da cultura de um modo geral.

Uma vez que cada estudo é único, marcado pela singularidade do(a) investigador(a), dos(as) investigados e de seu contexto sociocultural, a natureza reflexiva da pesquisa não é objectiva, mas incompleta e limitada pelo suporte teórico do(a) investigador(a) e pelo tipo ou formato de relatório que deverá ser produzido. Portanto, a qualidade da pesquisa depende de seus objectivos e das “comunidades interpretativas” (público em geral, participantes da pesquisa, comunidade científica) que irão ler e avaliar a investigação, sendo os textos vistos não como possuidores de uma “autoridade externa”, mas podendo sempre ser desconstruídos a partir de sua lógica interna. Desta forma, torna-se menos importante seguir rigorosamente as orientações ou passos de cada estratégia metodológica – o que, na análise de discurso, tal como já assinalado no Capítulo 4, inexistente – mas explicitar todos os passos efectivamente realizados, permitindo que cada leitor(a) faça suas próprias avaliações sobre a pesquisa (Highlen & Finley (1996).

Segundo Gergen e Gergen (1997), o construcionismo social, em primeiro lugar, chama a atenção para os modos em que uma tradição teórica constrói seu objecto, entendendo que as realidades não são resultados da configuração do mundo, mas derivadas tipicamente das tradições do diálogo dentro desta teoria e da cultura. Tal orientação foi adoptada nesta Tese deste o princípio, procurando, já na fundamentação teórica (Partes A e B), construir uma explicação histórica e cultural para o surgimento da preocupação com a problemática da violência de género. Todavia, conforme indicado em diversos pontos, jamais se buscou descrever sua “evolução”, numa lógica de linearidade em que um facto se acumula ao anterior. Pelo contrário, procurou-se destacar as inconsistências e pluralidades de visões.

Em segundo lugar, Gergen e Gergen (1997) consideram que o diálogo construcionista sensibiliza para a atenção aos modos em que as inteligibilidades entram no mundo cultural e são usadas pelas pessoas para sustentar, questionar ou abandonar certos padrões da vida cultural. Logo, presta atenção nas formas de realidade construídas dentro do domínio profissional, preocupando-se com os modos em que posicionam os sujeitos em estudo e os efeitos de sua caracterização.

Deste modo, o objectivo geral da Tese é **mapear os discursos circulantes nos cuidados de saúde primários sobre a violência de género e examinar suas consequências para as práticas de cuidado**<sup>48</sup> oferecidas às mulheres submetidas à violência conjugal, procurando responder a questionamentos como: quais as posições de sujeito oferecidas pelas construções discursivas a respeito das mulheres vítimas de maus-tratos, dos agressores e dos(as) profissionais de saúde que se deparam com estas situações? Quais as práticas profissionais com relação à violência de género decorrentes destas construções discursivas? O que é privilegiado e o que é suprimido ou destruído pelos modos particulares em que o problema se configura discursivamente? Quem ganha e quem perde com esta(as) construção(ões)? Quais as políticas, práticas ou instituições sancionadas e/ou destruídas? Contudo, estes questionamentos não correspondem a hipóteses a serem testadas, tal como no paradigma quantitativo, mas a uma busca pela compreensão dos significados e das intenções.

Outro aspecto que deve sempre ser levado em consideração, independentemente do modelo ou paradigma adoptado, é a questão ética. A história da protecção formal aos sujeitos de pesquisa se iniciou como consequência dos abusos praticados em experiências com prisioneiros dos campos de concentração da II Guerra Mundial. Em 1947, o “Código de Nuremberg” estabeleceu um conjunto de padrões para o julgamento daqueles que praticaram tais crimes. Desde então, outros documentos internacionais e nacionais foram produzidos para proteger as pessoas que participam em pesquisas. De modo geral, são voltados mais para a área médica, onde podemos citar: a Declaração de Helsinki, de 1964, publicada pela Associação Médica Mundial e revisada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2002; o *International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies*, de 1991 (e actualmente em revisão) e o *International Guidelines for Biomedical Research Involving Human Beings*, de 1982 (revisado em 1993 e 2002), publicados pelo Conselho das

---

<sup>48</sup> O termo “cuidado” é aqui entendido de acordo com as reflexões que vêm sendo realizadas no campo da saúde colectiva brasileira como “a orientação em relação a um Cuidar efetivo, no qual a presença do outro seja ativa e as interações intersubjetivas sejam ricas e dinâmicas, exige que tanto a racionalidade orientadora das tecnologias quanto os âmbitos e agentes de sua operação tenham seus horizontes expandidos. É preciso superar a conformação individualista, rumo a esferas também coletivas, institucionais e estruturais de intervenção e enriquecer a racionalidade biomédica com construtos de outras ciências e outros saberes” (Ayes, 2004, p. 89). Sobre o assunto, consultar também Pinheiro & Matos (org.) (2006). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3. ed. - Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC – ABRASCO.

Organizações Internacionais de Ciências Médicas em colaboração com a OMS (Guerriero & Dallari, 2008). Na psicologia, o código de ética de pesquisa social e comportamental pioneiro e mais conhecido foi publicado pela APA em 1973 (*Principles in the conduct of research with human participants*) e revisado em 1982. O impulso para sua criação deste código foram as críticas dirigidas a pesquisas posteriores à pesquisa sobre autoridade de Milgram, entre outros estudos. Contudo, desde a publicação do primeiro código de ética profissional da APA, datado de 1953, a ética na pesquisa já era uma preocupação (Meara & Schmidt, 1996).

Todavia, estes documentos internacionais, de um modo geral, priorizam o modelo positivista de ciência, com a sua conseqüente divisão entre sujeito e objecto e busca por neutralidade em pesquisas experimentais, no que se opõem totalmente aos pressupostos da pesquisa qualitativa e, em especial, aos do construcionismo social. Mas, isto não significa que os aspectos éticos da pesquisa possam ser desconsiderados. Pelo contrário, podemos mesmo afirmar que, a partir da ênfase na reflexividade, a ética é levada muito mais a sério. De acordo com Bolam e Chamberlain (2003), no modelo de profissionalização “científico”, a reflexividade foi excluída do processo social de treinamento/formação profissional. A ideologia do empirismo não apenas gera o conhecimento empírico, mas também desabilita o questionamento não empírico ou pré-empírico, gerando a crença na investigação científica como “desinteressada e livre de valores”. Em suma, a assunção acrítica do modelo de profissionalização positivista e funcionalista sistematicamente obscurece as agendas moral e política da psicologia.

De modo geral, a reflexividade envolve o reconhecimento da contingência do conhecimento e da prática e serve para redefinir as técnicas objectivas do modelo científico em direcção a uma acção reflexiva e engajada. Conforme Bolam e Chamberlain (op cit), a reflexividade pode ser diferenciada em *light* e *dark*. A primeira diz respeito às reflexões sobre o papel do pesquisador, considerando seus valores práticos e atributos pessoais e seu impacto na prática. A *dark* se relaciona a uma interrogação mais profunda, analisando as práticas em seus pressupostos subentendidos, questionando seus interesses, seu conhecimento e o modo como as práticas moldam o conhecimento e a própria disciplina. A reflexão *light* pode levar à produção de práticas melhores; mas, a *dark*, necessariamente, envolve a consideração sobre o poder, a política e a ética subjacente à prática. Portanto, ambas devem sempre estar actuando em conjunto, uma vez que, se for utilizada apenas no sentido *light*, a reflexividade pode acabar se tornando apenas mais uma “competência” a ser desenvolvida pelos cientistas em formação. Uma pesquisa que se proponha realmente a ser crítica deve dar-se no sentido *dark*,

preocupando-se com a distribuição de poder e com a implicação do próprio psicólogo para a produção de saúde e bem-estar, questionando o contexto político, moral, ético e sociohistórico em que as práticas situam-se. Partindo do pressuposto de que não existe separação entre sujeito e objecto, entre pesquisador e pesquisado, os contextos históricos, sociais, económicos e culturais são priorizados e tornados visíveis. Trabalha-se com a noção de que a ciência e a pesquisa são práticas sociais, o que significa dizer que são produções históricas e sociais. Desta forma, não existe saber absoluto. Seu interesse está na compreensão do ser humano em seus mais diferentes contextos, através das intersecções entre as estruturas sociais, os grupos, a cultura, a história e as relações que as pessoas constroem (Guareschi, 2001).

No paradigma qualitativo, temas tradicionais da ética em pesquisa, tal como confidencialidade, autonomia e protecção recíproca não são uma simples questão, e o equilíbrio entre eles não é facilmente alcançado. Estes aspectos constituem aspectos dilemáticos na condução da pesquisa que devem ser considerados desde o planeamento do projecto, passando por todos os momentos de sua execução, demonstrando, de modo claro, todas as acções do pesquisador (Angelo, 2008). Por exemplo, a assinatura de um “termo de consentimento informado”, considerado fundamental no paradigma científico positivista, nem sempre pode ser adoptado nas metodologias qualitativas devido às razões culturais que podem estar em jogo ou às características dos participantes da pesquisa (como a iletracia ou em situações delicadas em que, por exemplo, o(a) entrevistado(a) pode estar em conflito com a lei). Ainda assim, a aprovação dos grupos ou indivíduos envolvidos na pesquisa é inquestionável, podendo, no entanto, ser colocada em outros termos (Guerriero & Dallari, 2008).

De acordo com Meara e Schmidt (1996), o termo de consentimento informado é um documento que contém elementos de informação, compreensão e voluntariedade da participação na pesquisa, devendo ser assinado por pesquisador(a) e pesquisado(a), cada qual recebendo uma cópia. Outros aspectos éticos que devem ser levados em consideração na execução da pesquisa, segundo as autoras são:

- O processo de pesquisa deve ser explicado numa linguagem clara para o sujeito da pesquisa;
- São informados os possíveis riscos sociais, psicológicos, sociais e/ou económico envolvidos (sempre minimizados ao máximo), assim como os benefícios individuais e/ou sociais da pesquisa;

- A privacidade e confidencialidade são garantidas ao máximo<sup>49</sup>;
- O(a) pesquisador(a) se compromete utilizar os dados no modo em que foi previamente acordado;
- Os participantes têm o direito de desistirem de sua participação em qualquer momento da pesquisa, mesmo que tenham previamente dado seu consentimento;
- Os incentivos para participação no estudo não devem ser tão aliantes a ponto de pressionarem o(a) informante a consentir com a sua participação.

Na presente investigação, foram levados em consideração aspectos como o consentimento para a participação na pesquisa, explicitação dos riscos e benefícios desta participação e garantida a privacidade e o anonimato dos dados. No caso dos profissionais entrevistados nos centros de saúde (Estudo III), foi solicitada uma autorização prévia da directora da instituição (Anexo A). Além disso, sempre que as informações foram obtidas a partir de fontes orais (entrevistas) e registadas em áudio para posterior análise, foi utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido onde constavam os objectivos da pesquisa e o tipo de colaboração do(a) informante<sup>50</sup>. Nos casos em que os encontros foram gravados em áudio, além do prévio consentimento para o registo, foi facultada uma cópia da transcrição para todos(as) que assim desejassem a fim de que efectuassem as modificações e correcções consideradas necessárias<sup>51</sup>. Apenas nos estudos em que o material analisado era de domínio público,<sup>52</sup> o termo de consentimento não foi adoptado.

No que diz respeito às metodologias empregadas nesta Tese, todas se inserem no âmbito dos estudos qualitativos. A este respeito, Denzin e Lincoln (2000) consideram que a “virada” para a linguagem e a crítica à artificialidade do experimentalismo, aliadas à violenta abstracção que traz consigo, significaram um distanciamento dos métodos quantitativos dominantes na investigação em psicologia em direcção a técnicas mais qualitativas e etnográficas. Ainda assim, é preciso não esquecer que a pesquisa qualitativa é uma especialidade própria que se atravessa a diferentes disciplinas, campos e temas. Inclui perspectivas ligadas tanto ao positivismo quanto ao pós-positivismo, pós-estruturalismo e

<sup>49</sup> Lembrando as diferenças entre estes conceitos: *privacidade* diz respeito ao controle do indivíduo sobre a extensão, o tempo ou circunstâncias em que aspectos individuais (físicos, psíquicos, comportamentais ou intelectuais) serão compartilhados na pesquisa; *confidencialidade* diz respeito ao que será revelado sob a expectativa de que o que foi dito não será revelado a outros de modo inconsistente com o original e sem a permissão do participante (Meara & Schmidt, 1996).

<sup>50</sup> Nos Anexos, B, C, D e E podem ser visualizados as autorizações dos(as) representantes dos serviços contactados para a realização do mapeamento da rede de serviços existente em Braga descrita neste Capítulo (6.3). No Anexo F, há um modelo do termo de consentimento utilizado nas entrevistas aos médicos(as) de família do Estudo III (descrito no Capítulo 7).

<sup>51</sup> A este respeito, informa-se que apenas a responsável pelo Gabinete de Acção Social de Braga realizou pequenos ajustes à transcrição. No caso dos entrevistados do Estudo III, uma minoria demonstrou interesse em receber cópia da transcrição, e nenhum destes efectuou alterações ao texto.

<sup>52</sup> Estudo I (Teses e Dissertações) e Estudo II (Revistas Médicas), descritos no Capítulo 7.

tantas outras perspectivas e/ou métodos<sup>53</sup>. Analisando os acontecimentos dentro de um momento histórico específico, tido como parte e como representante de um todo, não pretendem generalizar resultados mas, sim, entender, de maneira mais aprofundada, determinado fenómeno (Minayo, 1998). Seus principais pressupostos, segundo Martinelli (1999), são:

- O reconhecimento da singularidade do sujeito, fazendo com que cada pesquisa seja única;
- O reconhecimento da importância de se conhecer a experiência social do sujeito e não apenas suas circunstâncias de vida;
- O reconhecimento de que conhecer o modo de vida do sujeito pressupõe o conhecimento de sua experiência social (e é em direção a essa experiência social que as pesquisas qualitativas, através da fonte oral, buscam os significados das vivências dos sujeitos).

A análise de discurso foi a “perspectiva teórica” (Wood & Kroger, 2000) adoptada para “trabalhar com os dados”<sup>54</sup>, numa combinação entre o que foi descrito no Capítulo 3 como “análise crítica de discurso” e “análise foucaultiana de discurso”. Porém, tal como já referido, não existem regras ou passos consensualmente estabelecidos sobre o modo de fazer a análise e, tampouco, do que seja “discurso” (Stubbe et al, 2003). Cada pesquisador(a) tem a liberdade para construir seus próprios métodos e estratégias, e esta liberdade, paradoxalmente, é a principal vantagem e o maior obstáculo para a execução da pesquisa. A falta de regras, passos ou “fórmulas” permite que as estratégias analíticas adoptadas se adequem ao objecto analisado, permitindo explorar diversos domínios sociais através de diferentes tipos de estudos. Por outro lado, o pesquisador(a) pode sentir-se “perdido”, sem saber por onde começar a análise e o que fazer com os dados. Deste modo, procurou-se construir um roteiro próprio<sup>55</sup> para a execução da pesquisa, tomando como base procedimentos indicados por diversos autores, como Parker (2005), que apresenta passos para a análise de discurso; Gilles (1999) e Willig (2003), quanto à análise foucaultiana de discurso, assim como em Braun e Clarke (2006), sobre a análise temática.

Sendo a análise de discurso uma perspectiva teórica (Wood & Kroger, 2000) e não apenas uma técnica, a interpretação dos dados é um processo não linear que,

---

<sup>53</sup> No Anexo G pode ser visualizada uma comparação entre estas perspectivas, construída a partir de Highlen e Finley (1996).

<sup>54</sup> As aspas são empregadas com o intuito de destacar o facto de a análise de discurso não ser uma simples técnica de análise de dados.

<sup>55</sup> O estudo-piloto, descrito no Capítulo 7, foi uma primeira tentativa de construir este roteiro.

simultaneamente, dá ordem, estrutura e dá significado aos dados. A análise ocorre em todos os estágios da pesquisa, desde a definição de seus objectivos, passando por seu planeamento, colecta, análise dos dados e redacção do relatório (Highlen & Finley, 1996). Deste modo, os passos adoptados neste estudo foram:

### *1 – Definir os objectivos da pesquisa*

Seguindo os pressupostos pós-estruturalistas, o objectivo da investigação não pode ser a busca por algo “interno”, “escondido” no interior dos indivíduos ou dos textos, mas compreender de que modo os factos, o mundo e os objectos são discursivamente construídos e utilizados para sustentar práticas sociais. Especificamente na perspectiva da análise crítica do discurso, a investigação sempre começa pela formulação de questões relacionadas com o poder, a ideologia e a dominação, as quais se materializam em relações assimétricas e/ou injustiças sociais. Neste caso, apoia-se nas tradições dos estudos culturais e análises da ideologia, especialmente em autores com Barthes e Foucault (Potter & Wetherell, 1995, Silvestre, 2003).

De acordo com a orientação oferecida pelas epistemologias feministas, a violência de género foi tomada como o “problema de partida”, entendendo-a como uma prática social resultante das posições assimétricas entre mulheres e homens na sociedade. Assim, o objectivo geral da Tese é mapear os discursos circulantes nos cuidados de saúde primários sobre a violência de género e examinar suas consequências para as práticas de cuidado oferecidas às mulheres submetidas à violência conjugal. Deste modo, o que está em foco não é a violência de género “por si”, mas o modo com que ela é discursivamente produzida no contexto dos cuidados de saúde primários. Como desdobramento deste objectivo, outros objectivos secundários foram estabelecidos com o intuito de mapear o discurso sobre a violência de género em suas diversas manifestações, dando origem a quatro estudos distintos:

**Estudo I – Investigações sobre mulheres e violência em Portugal (Teses e Dissertações):** tal como o próprio título indica, foram analisadas teses e dissertações produzidas em diferentes universidades portuguesas sobre o tema “mulheres e violência”. O foco principal era compreender o modo como a violência contra as mulheres/violência de género é construída no contexto científico-académico, buscando identificar quando este tema surgiu na arena académica, sob qual enfoque e em quais domínios científicos.



Secundariamente, também permitiu ampliar a fundamentação teórica a respeito do fenómeno a partir de dados provenientes da realidade local.

**Estudo II - Revistas médicas: a invisibilidade da violência de género em publicações nacionais:** compreende uma análise sistemática dos artigos publicados em duas revistas médicas nacionais. Em primeiro lugar, pretendia-se verificar se este era um tema presente nas publicações médicas nacionais e, em segundo, perceber o modo como era discursivamente construído. Os artigos das duas revistas foram categorizados de acordo com a presença ou ausência do descritor “violência” e apresentados no chamamos de “estudo da positividade” e “estudo da negatividade” (onde positividade e negatividade se relacionam com a presença ou ausência do descritor violência).

**Estudo III – Entre Discursos e Saberes: Médicos(as) de família actuantes nos cuidados de saúde primários:** análise do discurso de profissionais actuantes no Centro de Saúde de Braga obtido com recurso ao uso de entrevistas semi-estruturadas, gravadas e transcritas. O objectivo deste estudo era identificar o modo como os(as) profissionais construíam a violência de género e as suas repercussões para as práticas de cuidado oferecidas às mulheres vítimas de maus-tratos.

Com estes três estudos, não pretendíamos obter uma “descrição completa” do fenómeno “violência de género”, mas compreendê-lo em diversos contextos, verificando suas semelhanças e rupturas, seus jogos de força, dominação e resistência.

## *2 – Escolher o(s) tipo(s) e a(s) fonte(s) dos discursos a serem analisados*

Apoiando-se na concepção foucaultiana, Íñiguez e Antaki (1994) caracterizam discurso como um conjunto de práticas linguísticas que mantêm e promovem certas relações sociais, onde a análise de discurso consiste em estudar como estas práticas actuam no presente, mantendo e promovendo certas relações, ou seja, é trazer à tona o poder da linguagem como uma prática constitutiva e reguladora. Em outras palavras, discurso é toda a forma de linguagem (escrita, falada, cantada, expressa graficamente) usada como uma prática social. Compreender o discurso como prática social significa assumir que o discurso faz coisas, cria versões de mundo e posições de sujeito através das quais as pessoas constroem seus modos de agir e de pensar (Wood & Kroger, 2000).

Por outro lado, o discurso também pode ser compreendido como um *conceito analítico* (Jorgensen & Phillips, 2002, p. 143), isto é, uma entidade que o(a) pesquisador projecta para a

realidade a fim de criar uma “estrutura” de estudo. Deste modo, os discursos podem ser textuais (artigos, livros, material publicitário, documentos), verbais (falas “naturais”, que ocorrem no contexto quotidiano, ou “artificiais”, produzidas para fins investigativos - como entrevistas) ou gráficos (obra de arte, filmes, mensagens publicitárias). A delimitação do que será considerado como discurso na pesquisa é um exercício onde o discurso é tomado como um objecto construído estrategicamente pelo(a) pesquisador(a) a partir de seus objectivos de pesquisa (e não algo que existe na realidade pronto para ser identificado e mapeado).

De acordo com Nogueira e Fidalgo (1995), nem toda fala, texto ou entrevista pode ser vista como constituindo um discurso. Em primeiro lugar, um fragmento de conversação ou texto é relevante se os(as) seus(uas) participantes são representativos do grupo/comunidade que o(a) investigador(a) tenha identificado como protagonista na relação social. A representatividade, aqui, não está ligada à noção estatística, mas ao facto de a pessoa entrevistada (ou a fonte do discurso) ter uma referência grupal que lhe permita expressar, de forma típica, o conjunto de vivências de seu grupo. Trabalha-se, portanto, com o conceito de “sujeito colectivo” (Martinelli, 1999). O segundo critério apontado pelas autoras (Nogueira & Fidalgo, op cit) é o facto de o discurso ter *efeitos discursivos*, os quais não dizem respeito a efeitos psicológicos individuais no(a) falante ou ouvinte, mas às práticas decorrentes das construções discursivas, isto é, o que as pessoas fazem nas/com as suas falas e escritos (Potter & Wetherell, 1995).

Nos estudos compõem esta Tese, as fontes dos discursos foram várias, mas sempre levando em consideração a possibilidade de serem representativos do grupo/comunidade/contexto que se pretendia analisar e os seus efeitos discursivos, onde:

- **Estudo I - Investigações sobre Mulheres e Violência em Portugal (Teses e Dissertações):** as fontes foram teses e dissertações produzidas em universidades portuguesas sobre a temática “mulheres e violência”. A escolha deste material se fundamenta no facto de representarem o que está se fazendo e pensando nos centros de produção de conhecimento (universidades). Além do mais, as teses de doutoramento e as dissertações de mestrado geralmente constituem a base da maioria dos artigos publicados nas revistas científicas, constituindo-se em saberes que são disseminados junto a um público específico, construindo modos de pensar e prescrevendo formas de agir. Deste modo, além do aspecto da representatividade (as teses e dissertações representam a produção científica nacional), também possuem efeitos discursivos, na medida em que é a partir das informações veiculadas nestes meios que as práticas profissionais são construídas.

- **Estudo II – Revistas Médicas: A invisibilidade de Género em Publicações Nacionais:** ainda com o intuito de mapear o discurso “científico” sobre mulheres e violência, mas, agora, no contexto mais específico da formação médica e, em especial, dos cuidados de saúde primários, foram escolhidas duas importantes revistas nacionais (Revista Portuguesa de Saúde Pública e Revista Portuguesa de Clínica Geral) de acordo com sua aceitação e visibilidade perante a comunidade médica. A representatividade advém, por um lado, de sua tradição (Revista de Saúde Pública, editada há cerca de 25 anos e vinculada à Escola Nacional de Saúde Pública) e, por outro, da área temática que cobre e de sua grande aceitação junto aos profissionais actuantes nos cuidados de saúde primários (Revista Portuguesa de Clínica Geral), domínio sobre o qual este Tese se debruça.

- **Estudo III – Entre Discursos e Saberes: Médicos de Família Actuantes nos Cuidados de Saúde Primários:** a escolha por este grupo profissional se relaciona ao facto de, frequentemente, o sistema de saúde ser o primeiro (senão o único) ponto de contacto com uma mulher que sofre violência (Ertürk, 2005). De modo particular, os(as) médicos(as) de família, inseridos no contexto dos cuidados de saúde primários, são importantes actores de identificação e despiste de tais casos. Devido às características próprias da especialidade (Wonca, 2002), como a actuação de acordo com o modelo bio-psico-social, o contacto com todos os membros da família e o acompanhamento ao longo do tempo - os quais permitem um maior vínculo com os(as) pacientes - os(as) médicos de família podem ser importantes actores de identificação e despiste destes casos. Adicionalmente, a ênfase na promoção da saúde e prevenção das doenças que caracterizam a especialidade de medicina geral e familiar e os cuidados de saúde primários também podem servir como um importantes meios de transformação social com relação à violência doméstica/violência de género.

### *3 – Capturar o(s) discurso(s)*

Esta é a etapa em que os dados são capturados de seu contexto original para o contexto analítico da pesquisa, dependendo em grande medida do tipo de material empregado (oral ou escrito). A análise de discurso não foca a linguagem em um sentido abstracto, mas a *linguagem em uso*, isto é, o discurso diz respeito a palavras que foram efectivamente faladas ou textos que foram efectivamente escritos. Todavia, o discurso falado é efêmero, e precisamos de um material que possa ser examinado repetidamente para efectuar a análise. Deste modo, o material a ser trabalhado – os dados – precisa ser registado, pois não podemos

contar com os relatos ou memórias dos pesquisadores ou outros observadores da interação que se deseja analisar. A exigência de utilizar dados registados é teoricamente orientada pelo pressuposto de que a recordação e o registo escrito, baseado apenas na memória, envolvem, necessariamente, uma interpretação do que foi dito, e não apenas uma descrição. Mesmo que o registo seja feito no momento em que a interação ocorre (ou logo posterior a ela), o efeito da interpretação e da memória estará presente, pois, mesmo o mais experiente pesquisador, jamais conseguirá incluir todos os detalhes do encontro. Deste modo, os discursos devem ser registados em um modo mais definitivo e que permita sua repetição. No caso de discursos “visuais”, como uma obra de arte, um *graffiti* ou uma obra publicitária, o registo pode ser uma fotografia. Em textos já escritos, devem ser copiados ou reproduzidos e, em discursos orais, o registo pode ser uma gravação em áudio ou, mais idealmente, em áudio e vídeo. De todos modos, por mais que se busque a “fidelidade” aos dados originais, é preciso reconhecer que sempre existe uma dose de intervenção, interpretação ou transformação do discurso “original” antes mesmo do processo de análise propriamente dito (Wood & Kroger, 2000).

Devido às influências etnometodologia e da análise da conversação, a análise de discurso idealmente trabalha com discursos que ocorrem “naturalmente”, isto é, falas quotidianas, espontâneas e não planejadas. Contudo, este é um ponto um tanto controverso, pois é difícil determinar a espontaneidade ou a intencionalidade de um discurso, seja escrito ou falado. Neste caso, a “naturalidade” diz respeito mais ao facto do discurso não ser induzido pelo pesquisador, o que traria como desvantagem, entre outras, a dificuldade em fazer extrapolações directas das falas nas entrevistas para outros contextos. Porém, em termos técnicos, práticos e éticos, dependendo dos objectivos da pesquisa e do tema a ser analisado<sup>56</sup>, pode ser extremamente difícil obter estes dados “naturais”, sendo necessário recorrer a entrevistas (Potter & Wetherell, 1995, Wood & Kroger, 2000).

O uso da entrevista é uma das técnicas de colecta de dados mais recorrentes na pesquisa qualitativa, podendo ser empregada tanto a um indivíduo quanto a um grupo de indivíduos, permitindo o contacto directo com os sujeitos da pesquisa através de sua narrativa oral (Martinelli, 1999). A entrevista é um ponto de entrada para o investigador social, pois fornece dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os actores sociais e a sua situação. Dependendo dos objectivos da pesquisa, a entrevista pode ser estruturada, semi-estruturada ou livre. No primeiro e segundo casos, implica que haja um guião previamente elaborado, sendo este seguido com maior ou menor rigor de acordo com

---

<sup>56</sup> Nos Estudos I e II foram utilizados materiais textuais “naturais”, no sentido em que foram produzidos “espontaneamente” e sem a indução da pesquisadora. Já no estudos III, o material foi produzido “artificialmente”, partir da interação com a entrevistadora.

cada caso, permitindo uma maior ou menor liberdade ao entrevistado. No entanto, de acordo com o referencial discursivo, a “arte” da entrevista está em tornar o guião relativamente livre para permitir que cada entrevistado coloque em acção seus próprios repertórios discursivos, facilitando a emergência de novas linhas de discurso em cada encontro com diferentes entrevistados (Potter & Wetherell 1995).

Ainda que se assuma que será o entrevistado a guiar a entrevista, é importante construir um roteiro prévio, o qual obrigará o pesquisador a reflectir sobre o que pensa ou deseja que a entrevista deva cobrir. O processo de construção do guião de entrevista permite identificar as dificuldades que serão encontradas durante a entrevista e planear formas de enfrentá-las. Adicionalmente, pode ser realizada uma Entrevista Piloto<sup>57</sup> que permitirá adequar o guião aos sujeitos entrevistados e ao tema da pesquisa. Smith (1995) propõe os seguintes passos para a construção do guião: pensar nos temas que a entrevista deve cobrir; listar os temas/áreas em uma sequência apropriada e lógica, deixando os temas mais “delicados” para o final, quando o entrevistado já estará mais à vontade; pensar em perguntas subsequentes às questões efectuadas. Para a construção das perguntas, o autor sugere:

- Devem ser neutras, não-directivas ou marcadas por juízos de valor;
- Evitar utilizar jargões (aproxime-se ao máximo da linguagem do entrevistado);
- Utilize questões abertas (questões fechadas induzem a respostas do tipo “sim” ou “não”).

O processo de construção do guião da entrevista é a parte vital do processo investigativo, pois é a partir dos dados produzidos na entrevista que o estudo será desenvolvido. Seu planeamento deve levar em conta os objectivos da pesquisa, considerando também a literatura existente e o reconhecimento do campo a ser pesquisado. Preferencialmente, os tópicos devem caber em uma página, não se constituindo em uma lista extensa de perguntas específicas, mas em um conjunto de títulos ou temas que servirão como lembretes e auxiliarão o pesquisador a estimular as respostas do entrevistado sobre temas que pretende que aborde<sup>58</sup> (Gaskell, 2002).

Quanto ao papel do pesquisador na entrevista, mais uma vez, existem características próprias da perspectiva discursiva que a distinguem de outras metodologias qualitativas. Uma vez que não assume que existe uma resposta “correcta”, o pesquisador não se preocupa em

---

<sup>57</sup> Este procedimento foi adoptado na presente investigação e encontra-se descrito no Capítulo 7.

<sup>58</sup> O guião das entrevistas realizadas aos(as) médicos(as) de família (Estudo III) pode ser visualizado em Anexo H.

obter uma informação “completa” e “adequada”. Pelo contrário, o que é produzido no encontro entre pesquisador e pesquisado é apenas uma versão possível. Graças às influências da análise da conversação, o discurso produzido na entrevista é visto como uma co-produção entre entrevistado e entrevistador, onde ambos são vistos como parceiros e em igual posição na produção do discurso. De qualquer forma, o seu papel não é ditar como a entrevista será conduzida, mas facilitar e guiar o processo. Deste modo, o papel do pesquisador é activo, muito distante da noção de “neutralidade” do empirismo. Em muitos casos, pode ser muito mais útil o entrevistador revelar ou expressar suas próprias visões durante a entrevista, argumentando com o entrevistado, fazendo com que a fala do entrevistador seja mais importante para a análise do que a do entrevistado. Logo, a própria entrevista é tratada como a interacção social em análise. A entrevista não precisa seguir a ordem do guião e, tampouco, abordar todas as questões previamente estipuladas. O mais importante é deixar o entrevistado à vontade para conduzir o processo. Eventualmente, o tema da entrevista pode fugir muito aos interesses do pesquisador, que conduzirá a “volta” para aquilo que deseja enfocar. Por outro lado, estas “fugas” também pode ser momentos importantes para a pesquisa, conduzindo terrenos não previstos anteriormente (Potter & Wetherell, 1995, Smith, 1995, Wood & Kroger, 2000).

#### *4 – Preparar o material para a análise*

Assim como já foi referido, os discursos, para serem analisados, precisam ser “manipuláveis”, isto é, devem estar registados de forma a permitir a interacção com o pesquisador. No caso dos discursos orais, podem ser registados em áudio e/ou vídeo, mas sempre reconhecendo que a gravação não retoma completamente o que se passou na entrevista, ou seja, a gravação não é algo “objectivo”. No caso dos registos apenas em áudio, o comportamento não-verbal fica excluído (e, por isso, prefere-se que seja o próprio entrevistador a realizar a transcrição, podendo recordar-se de alguns elementos e incluí-los na transcrição). Se, por um lado, a gravação permite armazenar mais informações do que as anotações e dá liberdade para o entrevistador se concentrar no modo como a entrevista está ocorrendo, deve-se sempre considerar que muitas pessoas podem não gostar ou concordar com a gravação ou, ainda, sentirem-se pouco à vontade durante a entrevista, mais preocupadas com o gravador do que com as respostas (sendo que o mesmo ocorrer com o entrevistador, que pode ficar mais preocupado em chegar o funcionamento do aparelho do que com a entrevista em si). (Smith, 1995).

No Estudo III, que envolveu entrevistas a médicos(as) de família, encontramos a resistência de apenas uma profissional ao facto da entrevista ser gravada, recusando-se a colaborar e alegando que este é um procedimento de pesquisa muito questionável e, até mesmo, pouco ético. Apesar das tentativas de explicar o motivo da gravação, bem como a garantia dada quanto aos procedimentos ético de sigilo e anonimato dos dados, a recusa permaneceu, desta vez sob a alegação de que o documento “termo de consentimento informado” (Anexo F) era “um simples papel que não garantia nada”. Por fim, diante de tantos obstáculos, compreendeu-se que não havia disponibilidade da profissional. As suas opiniões foram respeitadas e a entrevista não se concretizou.

O primeiro passo para a análise de materiais gravados em áudio é a transcrição, isto é, a transformação das palavras em textos (Parker, 2005). De acordo com Silverman (1993), a transcrição não é um simples detalhe técnico anterior ao trabalho de análise. A produção e o uso da transcrição são, essencialmente, “actividades de pesquisa”. Envolvem a atenção e repetição da audição do material gravado e, frequentemente, servem como um primeiro passo da análise propriamente dita, pois permite identificar padrões recorrentes da organização da fala. O registo em áudio e sua transcrição permitem trabalhar com o material de modo mais minucioso, assim como permite ao analista e ao leitor retornar ao material para conferir certos detalhes e desenvolver a análise, pois é impossível reter todas as características do discurso apenas com recurso ao uso da memória. Através da transcrição, o que parece óbvio pode, posteriormente, ser revisto como fundamentado em mecanismos precisos usados pelos participantes da interacção. Por outro lado, a transcrição permite que outros pesquisadores tenham acesso aos dados, favorecendo a colocação das análises sob o escrutínio público. Por fim, uma vez que os dados ficam disponíveis a outros pesquisadores, permite a reutilização do material em outras pesquisas ou para o desenvolvimento de novos achados (Wood & Kroger, 2000)

Mais uma vez, existem concepções epistemológicas características da análise de discurso com relação à transcrição. Stubbe et al (2003) afirmam que a análise dos dados já se inicia com a transcrição, a transformação das falas em texto escrito, pois toda a transcrição é uma aproximação, uma reedição parcial da gravação em que se baseia; nunca é neutra ou recupera plenamente o texto falado. Uma vez que processo de transcrição é, inevitavelmente, selectivo, envolve uma certa dose de interpretação e análise. Adicionalmente, o facto de conceber a entrevista como uma interacção entre duas pessoas (pesquisador-pesquisado) implica que a transcrição seja a mais completa possível, incluindo as falas do pesquisado e

destacando pausas, entonações vocais, mudanças no tom de voz e ênfases de ambos os actores. Todavia, a transcrição é uma actividade trabalhosa e que requer imenso tempo (muitas vezes além do possível para o desenvolvimento do projecto de pesquisa). Portanto, a minuciosidade da transcrição vai depender da perspectiva de análise de discurso adoptada (micro ou macro focada), dos objectivos do estudo e da natureza do material analisado. De acordo com Potter e Wetherell (1995), se o foco está nos repertórios interpretativos e práticas ideológicas, um esquema de transcrição mais reduzido pode ser suficiente. Mas, se o foco está nas regularidades nas práticas discursivas ou o uso de dispositivos linguísticos particulares, a transcrição deve ser mais detalhada. Nesta caso, pode-se trabalhar com um número menor de entrevistas para transcreve-las mais detalhadamente ou utilizar mais entrevistas, transcrevendo minuciosamente apenas alguns trechos.

Um dos principais desafios com relação à transcrição é definir o modo em que as características do discurso serão representadas. O padrão ortográfico tradicional, apesar de consensual, pode não reproduzir adequadamente as características do discurso (como expressões corporais, ênfases, entonações vocais). A abordagem “fonológica” modifica o padrão ortográfico tradicional, utilizando palavras e outros signos através da combinação entre palavras, semi-palavras e outros símbolos. O sistema de transcrição mais conhecido deste tipo foi desenvolvido por Gail Jefferson (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974). Ainda que esteja mais associado à análise da conversação, também tem sido utilizado por pesquisadores em outras variedades de análise de discurso. Todavia, seu emprego não é consensual, havendo também muitas críticas (Wood & Kroger, 2000).

O’Connel e Kowal (1995) referem que existem tantas formas de transcrever uma mesma acção quantos são os diferentes propósitos para analisá-la. Lembram também que o discurso falado, quando transcrito, é sempre fragmentário, pois apenas é possível saber o que “realmente” se passou numa conversação quando dela se participou. Na sua análise, consideram que discurso humano transcende qualquer gravação que possa ser realizada (e transcrita). Portanto, as transcrições não devem assumir o lugar dos dados primários, elas são representações dos dados. Idealmente o sistema de transcrição deve ser fácil de escrever, fácil de ler, fácil de aprender e fácil de pesquisar. Mas, os autores consideram que actualmente nenhum sistema compreende todas estas características. Uma vez que não existe um sistema de transcrição único e perfeito, o modelo adoptado deve reflectir os interesses particulares do pesquisador (sendo que um dos riscos que se corre com a transcrição é o facto de registar não o discurso, mas uma abordagem particular dele). A definição do “que” e do “como”



apresentar depende totalmente do que o autor pretende ilustrar, da audiência a que se dirige o texto e dos seus objectivos. Ressaltam, ainda, que o facto dos elementos para-linguísticos e extra-linguísticos serem essenciais para a compreensão da fala não significa que, necessariamente, devam ser incluídos na transcrição. Uma opção pode ser ouvir a gravação simultaneamente à leitura da transcrição no momento da realização da análise para procurar capturar estes elementos ou indicá-los de alguma forma no texto apenas quando essenciais à compreensão (sendo que a definição do que será considerado essencial depende, mais uma vez, da interpretação do pesquisador). Entre as recomendações deixadas pelos autores para a escolha do método de transcrição, temos:

- Apenas os elementos do discurso falado que serão analisados devem ser transcritos, assim como apenas aqueles que tornam a análise compreensível devem ser apresentados ao leitor;
- Os objectivos do investigador devem ditar o conteúdo das transcrições;
- Utilizar o menor número de símbolos possível (evitar que o texto fique “poluído”);
- Reconhecer que é impossível oferecer uma descrição completa das falas;
- Os grafemas devem ser usados apenas para a representação dos itens lexicais e os marcos de pontuação devem ser usados apenas de acordo com seus propósitos convencionais (não é fácil para qualquer pessoa abdicar de seus hábitos com relação às convenções ortográficas. Utilizá-las para outros fins pode confundir o pesquisador, o leitor, o digitador e, até mesmo, o programa de edição de texto);
- A integridade interna das palavras não deve ser interrompida por qualquer símbolo, pois, inevitavelmente, irá prejudicar a representação da palavra falada em sua forma escrita:
- Percepções subjectivas e/ou categorizações de quem realiza a transcrição não devem ser registadas como se tratassem de medidas objectivas;
- Os símbolos utilizados no sistema de transcrição devem corresponder a apenas uma característica do discurso falado;
- As descrições, explicações, comentários e interpretações devem ser claramente distinguíveis da transcrição das características fonéticas do discurso falado;

- A pessoa que faz a transcrição deve ser considerada como um usuário da linguagem e, como tal, sujeito a erros. Sua capacidade está limitada à sua habilidade para observar, ouvir, digitar, concentrar-se, assim como ao seu conhecimento, saber e experiência;
- Quando a transcrição é realizada por outra pessoa que não é o pesquisador, considerar que seus objetivos com a tarefa podem não ser os mesmos. O facto de não ter estado presente não interação pode influenciar a compreensão e a transcrição das palavras, sendo substituídas por outras que alteram o sentido do que foi dito;
- Não existem medidas fáceis para eliminar estes problemas, os quais apenas podem ser minimizados com o treino e a experiência.

Considerando todos estes aspectos, optou-se por adoptar um sistema de transcrição bastante simples, mas que incluísse pausas, alterações na entonação vocal, suspiros, risos e outras manifestações, onde:

**P** = fala da pesquisadora

**E** = fala do(a) entrevistado(a)

... = pequenas pausas

**(“número” s.)** = pausas maiores, com marcação de tempo. Ex: (5 s.)

**(XX)** = palavra pouco clara

**(?)** = palavra incompreensível

Palavra sublinhada = ênfase dada pelo(a) entrevistado(a)

Suspiros, risos e outras manifestações são colocadas entre colchetes, assim como comentários adicionais. Ex: [tom irónico]; [risos]; [suspiro]; [pausa na gravação].

Até o momento, nos detivemos a descrever mais detalhadamente os processos que envolvem a preparação do material oral para a análise, pois é onde existem mais procedimentos a serem adoptados. No caso das fontes textuais (artigos, teses e dissertações), foi preciso copiar todas as informações, o mais fielmente possível, para o programa de edição de texto (Word for Windows).

### *5 – A análise propriamente dita:*

Tal como já referimos antes, o processo de interpretação e análise dos dados é amplo e envolve todo o desenvolvimento da pesquisa. Contudo, trataremos aqui das estratégias específicas empregadas para a interpretação dos dados. E, este é o momento em que surgem as principais dúvidas e dificuldades. O que fazer com todo o material colectado? Por onde iniciar a análise? O que, exactamente, analisar? Estes são alguns questionamentos que inevitavelmente surgem e que apenas podem ser respondidos com recurso aos fundamentos teóricos do trabalho e seus objectivos. Diversos autores procuraram indicar “pistas” para fazer análise qualitativa e/ou análise de discurso (Braun & Clarke, 2006, Parker, 2005, Phillips & Jorgensen, 2002, Potter & Wetherell, 1995, Smith, 1995, Willig, 2003, Wood & Kroger, 2000), mas, mesmo estas, costumam ser muito amplas, frequentemente redigidas sob a forma de questionamentos que devem estar presentes ou pontos a serem discutidos.

De modo geral, os autores sugerem que a busca por temas, padrões ou categorias recorrentes/emergentes é o primeiro passo para a análise dos dados na pesquisa qualitativa. Tal facto faz com que Braun & Clarke (2006) afirmem que a análise temática é um “método fundacional para a análise qualitativa” (p. 78), sendo considerada por alguns autores (como Boytzis, 1998 e Ryan & Bernard, 2000, citados por Braun & Clarke, op cit, p. 78) como uma ferramenta utilizada por diferentes métodos, ainda que muitas vezes tal não seja reconhecido ou que seja chamado de outra forma. Todavia, as autoras consideram que a análise temática deve ser considerada como um método próprio, distinto da análise de conteúdo ou da análise de discurso, com vantagens e desvantagens, ainda que possa estar associada também a estas<sup>59</sup>. Entre as vantagens da análise temática, destacam a flexibilidade, podendo ser empregada em pesquisas com diversas orientações teóricas, ao mesmo tempo em que permite descrições detalhadas, ricas e complexas dos dados.

Antes de iniciar a análise propriamente dita, é preciso tomar uma série de decisões. Por exemplo, o que considerar como um “tema”? Braun e Clarke (2006, p. 82) referem que um tema captura algo de importante nos dados com relação à questão da pesquisa e representa um certo nível de padronização nas respostas ou significados. Para esta avaliação, é preciso levar em conta a sua prevalência em cada item (no caso, em cada entrevista), assim como no conjunto de materiais. Contudo, na definição dos temas não se deve utilizar apenas um critério numérico, dando-se mais importância aos mais recorrentes. Pelo contrário, a ausência

---

<sup>59</sup> Para uma comparação entre as diferenças entre análise de conteúdo, análise temática e análise de discurso segundo Parker (2005), ver Anexo I.

ou o não-dito pode ser um tema. Uma vez que não existem regras de como definir o que é um tema, é necessário o julgamento do pesquisador para determinar o que será como tal considerado.

Os temas ou padrões podem ser identificados a partir de dois posicionamentos perante os dados. A abordagem indutiva significa que os temas identificados estão fortemente vinculados aos próprios dados, podendo ter pouca relação com as questões colocadas aos entrevistados ou com o interesse teórico do pesquisador. A análise indutiva é um processo de codificação dos dados sem o esforço de tentar “encaixá-los” em um esquema de codificação pré-existente, ou seja, é orientada a partir dos dados. De modo oposto, a abordagem teórica é direcionada pelos interesses teóricos ou analíticos do pesquisador e é mais explicitamente orientada a partir do analista. Caracteristicamente, este tipo de análise temática tende a apresentar menos descrições do conjunto de dados, focando mais detalhadamente em apenas alguns aspectos (Braun & Clarke, 2006).

A análise temática também pode ser considerada com relação aos níveis de análise, podendo ser semântico (explícito) ou latente (interpretativo). No nível semântico, os temas são identificados a partir dos significados explícitos e o analista não procura nada “além” do que o participante tenha dito ou escrito. O processo analítico parte da descrição - onde os dados apenas são organizados de forma a mostrar os padrões no conteúdo semântico, chegando na interpretação - quando ocorre a teorização sobre a significância dos padrões e seus amplos padrões de significados e implicações. No nível latente de análise, vai-se além do conteúdo semântico dos dados, procurando identificar ou examinar ideias, pressupostos e conceptualizações (ideologias) subjacentes, as quais são teorizadas como moldando ou informando sobre o conteúdo semântico dos dados. Neste caso, o desenvolvimento dos temas envolve um trabalho interpretativo, e as análises produzidas não são apenas descrições, mas teorizações fundamentadas (Braun & Clarke, 2006).

Em acordo com os referenciais construcionistas desta Tese, optou-se por uma análise de nível latente ou interpretativo, procurando-se ir além da mera descrição dos dados. No caso da definição das categorias temáticas (indutiva ou teórica), optou-se por uma abordagem mista, onde algumas categorias foram previamente definidas, tendo como base as questões da pesquisa e sugestões provenientes da fundamentação teórica, e outras surgiram dos próprios dados, isto é, foram posteriormente definidas. Além disso, não se procurou por categorias psicológicas individuais, como motivações ou opiniões, mas uma teorização do contexto sociocultural e suas condições estruturais que produzem os relatos dos indivíduos.

Adoptando os passos propostos por Braun e Clarke (2006) para a análise temática conjuntamente com a orientação de outros autores (Parker, 2005, Phillips & Jorgensen, 2002, Potter & Wetherell, 1995, Smith, 1995, Willig, 2003, Wood & Kroger, 2000) sobre como realizar uma análise qualitativa ou uma análise de discurso, descrevemos a seguir os procedimentos adoptados para a análise propriamente dita.

*i) Familiarização com os dados (conhecer).* O primeiro passo para a análise é conhecer profundamente o material a ser analisado. No caso das entrevistas, a fase da transcrição já é uma forma de entrar em contacto com os dados, pois requer a audição atenta e repetida do material. Neste momento, alguns temas ou padrões já começam a ser identificados, podendo ser listados para o momento seguinte.

Com o material transcrito em mãos (ou com o material textual já reproduzido), é realizada uma leitura repetida dos textos ao mesmo tempo em que ouve a gravação, fazendo-se registos e anotações nas margens do texto, os quais podem ser comentários, associações/conexões com a teoria ou outros materiais analisados ou interpretações preliminares identificadas na fase da transcrição. Aos poucos, alguns temas ou palavras-chave começaram a surgir<sup>60</sup> como mais recorrentes ou organizadores das ideias principais dos textos.

*ii) Gerar os códigos iniciais (identificar).* Os códigos identificam características dos dados (conteúdo latente ou semântico) que parecem interessantes ao analista, dizendo respeito aos segmentos ou elementos mais básicos dos dados/informação sobre o fenómeno em análise que podem ser alcançados de modo compreensível. O processo de codificação faz parte da análise, permitindo a organização do material em grupos de significados. Todavia, os códigos são distintos das unidades de análise (os temas), as quais são mais amplas. É importante que todos os extractos sejam codificados e agrupados, evitando “cortar” as unidades de análise (mantendo-se alguns dados próximos relevantes para a compreensão do código) e trabalhando sistematicamente em todo o material, dando igual atenção para cada item.

*iii) Buscar temas (relacionar).* Todos os códigos são anotados em uma folha à parte, procurando encontrar relações entre eles de modo a constituírem temas. Alguns códigos poderão ser agrupados, outros serão considerados como principais ou secundários. Este é um processo interactivo e interpretativo que requer diversas idas e vindas ao texto. De modo geral, os temas são produzidos com base nos objectivos da pesquisa e nas questões que

---

<sup>60</sup> Não a partir dos dados em si, como se estivessem “escondidos” e passassem a ser “revelados”, mas da interacção entre o pesquisador e o material. (Braun & Clarke, 2006),

estruturaram a entrevista (guião), embora temas completamente novos possam surgir, muitas vezes implicando o repensar do foco do projecto. Produz-se uma lista dos temas/categorias/palavras-chave, organizando-os coerentemente em temas e subtemas, adicionando uma identificação aos trechos do texto de modo a relacioná-los com o tema em que se inserem e de modo a poderem ser facilmente localizáveis. Pode ainda ser útil criar representações visuais para a identificação dos temas, subtemas e relação entre eles, sejam tabelas com extractos representativos dos temas, listas com uma descrição dos temas e exemplos ou mapas temáticos. Neste momento, é possível que alguns códigos não estejam inseridos em nenhum dos temas identificados, constituindo uma categoria provisória denominada por “outros”. Ao final desta etapa, haverá uma lista de potenciais temas e subtemas e todos os extractos dos dados foram codificados com relação a estes, permitindo uma compreensão preliminar do significado de cada tema.

*iv) Revisar os temas (refinar).* Todos os extractos codificados em cada tema são relidos a fim de verificar se formam um conjunto integrado. Se necessário, são categorizados novamente verificando sua relação com os temas. Em um segundo momento, o conjunto de temas é revisado, verificando se capturam adequadamente as informações contidas nos dados e se reflectem os significados evidenciados no conjunto de dados. Para isso, será preciso retornar muitas vezes aos textos, relendo-os e recodificando-os. Neste momento, novos temas podem surgir, assim como podem ser estabelecidas novas relações entre eles. Contudo, é preciso tomar cuidado, pois este processo de revisão pode ser levado *ad infinitum*. É preciso reconhecer a hora de parar, sendo esta quando as alterações não trazem nada de novo. No final desta fase, será possível ter uma boa ideia sobre os diferentes temas, como se articulam e o que “falam” sobre os dados, podendo estar representados sob a forma de um mapa temático.

*v) Definir e nomear os temas (nomear).* Neste momento, deve-se definir e refinar os temas que serão apresentados na análise, assim como analisar os dados contidos em cada tema. Faz-se uma descrição de cada tema, determinando quais os aspectos dos dados que capturam. Em seguida, são organizados em um relato coerente e internamente consistente, não apenas parafraseando o conteúdo dos extractos, mas identificando porque o tema é interessante. Faz-se um relato e uma análise para cada tema, considerando também o modo como os temas se articulam entre si e com os objectivos da pesquisa e se contém ou não subtemas. No final desta fase, deve-se conseguir definir claramente o que são (e o que não são) os temas, preferencialmente descrevendo-os em poucas palavras. No caso de ser necessário elaborar muitas explicações para definir um determinado tema, este pode ser

indicador que é necessário revisá-lo mais uma vez. Este também é o momento em que os temas são nomeados de modo pontual e preciso, dando uma imediata noção sobre o que trata.

*vi) Produzir o relatório (relatar).* O relatório da análise vai se adequar aos objectivos do texto, seja para um artigo científico, para uma devolução de resultados aos entrevistados ou para o relatório de um trabalho de doutoramento. Contudo, independentemente do objectivo do texto, este deve expressar todo o processo de análise, “convencendo” os leitores do seu mérito e validade. É preciso que o relatório apresente uma descrição concisa, não repetitiva e coerente do conjunto de dados dentro de um tema e entre os temas. Escolhem-se exemplos vividos ou que capturam a “essência” do que se quer demonstrar. Contudo, não deve-se restringir a exemplificar os temas com os extractos, apresentando uma narrativa analítica que vá além da descrição dos dados, argumentando com base nos objectivos de pesquisa e fundamentos teóricos.

Até aqui, os passos adoptados seguem o proposto por Braun e Clarke (2006) para a análise temática, tendo esta técnica de análise de dados sido aplicada como uma primeira forma de organizar e dar sentido aos dados. Contudo, no momento da produção do relatório da pesquisa, isto é, quando os resultados foram discutidos, a análise crítica de discurso adquiriu maior importância. Tal como referido por Antaki, Billig, Edwards e Potter (2003), “a análise de discurso implica em analisar”, isto é, ir além da mera descrição dos dados. E, embora não existam fórmulas ou regras de como discutir e analisar os dados, podemos encontrar a indicação de questionamentos que devem ser considerados ou respondidos e pistas por onde seguir.

Carla Willig (2003), a respeito da análise foucaultiana de discurso, propõe que (i) identifique-se as construções discursivas, isto é, perceber como os objectos (temas) são construídos, (ii) avaliando a variabilidade e a recorrência de temas/construções em uma mesma entrevista/texto, assim como em todo o conjunto de dados. Neste processo, não há uma preocupação com os vocabulários em si, mas com os significados, devendo ser incluídas não só palavras-chave, mas também referências implícitas (por exemplo, numa entrevista sobre o adoecimento por cancro, pode nunca aparecer esta palavra, apenas expressões como “aquela doença”, “isso”, “aquela coisa”). Em seguida, deve-se localizar as diferentes construções discursivas do objecto dentro de discursos mais amplos, geralmente vinculados aos aspectos identificados a partir da literatura. Uma terceira etapa envolve uma análise dos contextos discursivos dentro dos quais as diferentes construções do objecto estão a ser expressas, procurando avaliar o que se ganha ao construir o objecto em uma determinada

forma e momento particular do texto, qual é a sua função e como é que se relaciona com outras construções. Estas questões referem-se ao que a psicologia discursiva refere como a orientação para a acção do discurso e do texto.

Tendo-se identificado as várias construções do objecto discursivo dentro do texto e os localizado dentro de discursos mais amplos, deve-se (iv) prestar atenção às posições subjectivas que oferecem e (v) relacionar os discursos com as práticas, o que requer uma exploração sistemática das formas em que as construções discursivas e os posicionamentos do sujeito estão presentes no discurso, abrindo e/ou encerrando oportunidades para a acção. Ao construir versões particulares do mundo e ao posicionar o sujeito dentro delas de forma particular, os discursos limitam o que pode ser feito ou dito. A fase final da análise (vi) explora a relação entre discurso e subjectividade. Os discursos disponibilizam certas formas de ver o mundo e certas formas de ser no mundo, construindo realidades sociais e realidades psicológicas, sendo que o posicionamento discursivo tem um importante papel neste processo. Esta etapa na análise traça as consequências para a experiência subjectiva do participante pelo facto de assumir vários posicionamentos. Assim, além de questionar o que pode ser dito e feito dentro de diferentes discursos (Etapa v), agora investiga-se o que pode ser sentido, pensado e experienciado dentro dos vários posicionamentos do sujeito.

De modo semelhante, Gilles (1999) propõe que se identifique (i) tipos de discursos, dando-lhes “nomes” (diferentes formas de falar sobre os mesmos objectos/temas; identificar se há diferentes grupos de sujeitos a falar do mesmo objecto ou se um objecto se identifica com um diferente grupo e como); (ii) condições que fazem emergir os discursos (qual a sua história, em que se apoiam; as condições que conduzem a que um determinado discurso tenha prioridade sobre outro); (iii) fins, objectivos ou efeitos dos discursos (quem ganha e quem perde com os vários discursos produzidos; como descrevem a situação actual) e (iv) consequências que a utilização de certos discursos têm na realidade social.

Por outro lado, Parker (2005) propõe um modelo mais amplo, composto por 20 passos agrupados por “focos de análise”:

### **Textos**

- i) Tratar objectos de estudo como sendo textos (colocados em palavras);
- ii) Explorar conotações, associação livre;



## **Objectos**

iii) Procurar objectos nos textos;

iv) Tratar a fala acerca desses objectos como objecto de estudo;

## **Sujeitos**

v) Especificar sujeitos (pessoas, assuntos, temas, etc.), como tipos de objectos no texto;

vi) Especular acerca de como eles podem “falar”;

## **Sistema**

vii) Traçar uma imagem do mundo, redes de relações;

viii) Indicar as estratégias defensivas desses sistemas contra possíveis ataques;

## **Ligações**

ix) Identificar contrastes entre “formas de falar”;

x) Identificar pontos de sobreposição, falas sobre os mesmos objectos;

## **Reflexão**

xi) Relacionar maneiras de falar para audiências diferentes;

xii) Escolher rótulos ou designações para as “formas de fala” (os discursos);

## **História**

xiii) Analisar com atenção como esses discursos “emergem”;

xiv) Questionar como os discursos “contam a sua história” acerca da sua origem;

## **Instituições**

xv) Identificar instituições reforçadas pelos discursos;

xvi) Identificar instituições atacadas pelos discursos;

## **Poder**

xvii) Analisar que categorias de pessoas ganham e perdem com os discursos;

xviii) Questionar quem os promoverá e quem se lhes oporá;

## **Ideologia**

xix) Analisar como eles se ligam com outros discursos opressivos;

xx) Descrever como eles justificam o presente.

A partir destas sugestões de aspectos que devem ser integrados e discutidos na análise de discurso, procuramos evitar alguns dos “erros básicos” identificados por Antaki, Billig, Edwards e Potter (2003) em estudos qualitativos que empregam práticas pseudo-analíticas como: (1) pseudo-análise através de resumos; (2) pseudo-análise baseada na tomada de posições; (3) pseudo-análise por excesso ou isolamento de citações; (4) pseudo-análise circular de discursos e de constructos mentais; (5) pseudo-análise por falsas generalizações e (6) pseudo-análise por simples localização de elementos. De acordo com os autores, a análise deve apontar ou examinar como certos dispositivos discursivos estabelecidos são utilizados sobre novos materiais de trabalho para dar conta das dinâmicas interacionais. O que se deseja é mostrar o que estes elementos característicos fazem, como são empregados, para quê ou como são manejados retoricamente. Uma boa análise sempre se move, de modo convincente, entre o geral e o específico e vice-versa.

Highlen e Finley (1996) consideram importante também procurar por explicações alternativas, incorporando-se múltiplas perspectivas (teóricas, de diferentes pesquisadores, entre os próprios entrevistados e os diferentes materiais analisados). Quando um conjunto de temas é localizado ao longo de todos os dados, deve-se procurar informações que neguem este tema ao longo dos textos (“casos negativos”). E, mesmo quando não existam “casos negativos”, deve-se procurar compreender porque não existe oposição a este discurso, pois a perspectiva discursiva integra a variabilidade e as inconsistências nas suas análises, não esperando que as pessoas sejam “consistentes” em seus discursos (pelo contrário, desconfia quando isso ocorre). A variabilidade é importante porque diz respeito à orientação para a acção dos discursos, sendo também a peça-chave para a identificação dos dilemas e contradições no campo ideológico. Padrões de variação e inconsistência em uma série de características dos relatos ajudam o analista a mapear o padrão dos repertórios interpretativos utilizados pelos participantes (Potter & Wetherell, 1995).

Portanto, a análise implica em compromisso com os textos e transcrições e com o conhecimento necessário para ver neles os significados através de um trabalho reflexivo e tecnicamente sofisticado. Desenvolve-se com base na interacção do pesquisador com os textos, onde considera questionamentos como “Por que estou lendo este texto desta forma?

Quais as características/propriedades do texto que produzem esta leitura? Qual o seu contexto? Como o texto (e não o entrevistado) constrói seus relatos e sujeitos? Por que este texto é interessante? Quais podem ser os efeitos de diferentes suas leituras? Como pode corresponder ou alterar os padrões de poder?”. Por fim, a escrita do processo de pesquisa não está separada da análise, e a tentativa de produzir um relato claro e coerente leva o pesquisador a identificar as tensões e inconsistências, o que provoca novos *insights* (Parker, 2005, Potter & Wetherell, 1995, Willig, 2003).

Tal como já afirmamos, a análise de discurso é muito mais do que uma técnica de pesquisa, implicando em importantes transformações no modo de desenvolver a prática investigativa. No Capítulo 7 serão apresentados de modo detalhado os estudos realizados, sendo retomadas algumas das questões aqui colocadas. Antes, porém, seguiremos com a proposta dos “conhecimentos situados” (Haraway, 1995), apresentado o domínio científico e o contexto local em que os estudos se inserem.

## **6.2 O domínio científico**

Para falarmos sobre o discurso a respeito da violência doméstica circulante nos cuidados de saúde primários é preciso compreendermos também o processo histórico de implantação do Sistema Nacional de Saúde e da especialidade de medicina geral e familiar em Portugal. Nos últimos 20 anos, registaram-se avanços notáveis no domínio desta especialidade, intimamente relacionada com o processo de criação do Sistema Nacional de Saúde e da rede de cuidados de saúde primários. Actualmente, há uma cobertura quase integral do território nacional por uma rede de Centros de Saúde com médicos de família, a maior parte dos quais com formação complementar específica para a prática desta especialidade clínica. Contudo, durante décadas, a generalidade da população esteve pura e simplesmente sem cuidados médicos ou com assistência precária. Apenas as classes altas e a diminuta classe média podiam recorrer a médicos privados e as “Caixas” não cobriam a totalidade da população.

Branco e Ramos (2001) identificam quatro fases no desenvolvimento histórico dos cuidados primários de saúde em Portugal: de 1971 à Revolução de 1974; a fase do Serviço Médico à Periferia (1975-1982); a fase dos Centros de Saúde Integrados e de expansão do Serviço Nacional de Saúde (desde 1983), e a actual, de transição. Contudo, Biscaia e colegas (2006) apresentam uma análise mais completa. Partindo de 1945, apresentam seis períodos no

desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde. A seguir, partimos desta última divisão e procuramos fazer uma integração das duas abordagens, com algumas adaptações.

*Primeiro período (1945 – 1967): o Estado reconhece suas responsabilidades na saúde*

Nesta época, o Estado era o principal responsável pela saúde pública, mas assumia um papel meramente supletivo à assistência aos doentes. O “Estatuto do Trabalho Nacional”, criado em sintonia com os pressupostos do Estado Novo e de sua Constituição, previa a criação da Previdência Social, integradas por “Caixas” ou outras instituições de assistência ao trabalhador (na saúde, doença, invalidez e aposentadoria). Estes seguros sociais obrigatórios, ligados ao trabalho, iniciaram-se em 1935. No período posterior à II Guerra Mundial, cresceu o reconhecimento de que a situação sanitária do país era insatisfatória e que a iniciativa privada não era suficiente para dar conta desta demanda. O Decreto-Lei nº 35 108, de 07 de Novembro de 1945, reconheceu formalmente esta situação e deu origem à criação ou autonomização de institutos responsáveis pela execução de programas verticais (Instituto Nacional de Assistência aos Tuberculosos, Instituto Maternal, Serviço Anti-Seasonático e de Higiene Rural, etc.). No ano seguinte, foi constituída a “Federação das Caixas de Previdência”, uniformizando os benefícios e os serviços médicos das diferentes instituições. Devido às suas possibilidades financeiras, estes serviços cresceram a um ritmo muito rápido, quando comparados aos serviços médicos do Estado, com os quais não estabeleciam cooperação. Com o tempo, estes serviços foram expandido suas áreas de actuação, passando a atender também os familiares dos trabalhadores e a abranger a participação em despesas hospitalares (Biscaia et al, 2006).

Apesar da ampliação da cobertura dos Serviços Médico-Sociais das Caixas (de menos de 10% da população, em 1954, para cerca de 78% da população, em 1975), havia uma grande parcela da população que ficava excluída destes serviços: todos aqueles que, por razões diversas (tipo de vínculo laboral, trabalho rural, desemprego, etc.), não contribuíam para as “Caixas”. Neste momento, os cuidados médicos eram prestados por três tipos de instituições: de assistência caritativa (para pobres e indigentes), os Serviços Médico-Sociais das Caixas (para trabalhadores e seus familiares) e a medicina privada (para os mais abastados e todos aqueles que não se enquadravam nas categorias anteriores) (Souza, Sardinha, Sanchez, Melo & Ribas, 2001).

Em 1946, foi publicada a Lei da Organização Hospitalar, que fez a regionalização e a hierarquização dos hospitais e estabeleceu as “redes de referência”. Também foi iniciado um programa de construção hospitalar, sendo alguns destes hospitais entregues às Misericórdias. A criação do Ministério da Saúde e Assistência ocorreu em 1958, possivelmente devido ao movimento crítico com relação à situação sanitária do país desencadeado pela campanha para eleições presidenciais. Contudo, não se notaram grandes alterações nas competências e meios disponíveis.<sup>61</sup> A intervenção do Estado na saúde cresceu neste período - quando também foi criada a Direcção-Geral dos Hospitais - mas, não nos níveis considerados necessários pelos críticos da época. Entre 1956 e 1961, os médicos da região de Lisboa, com o apoio da Ordem Médica, desenvolveram um importante documento sobre a situação sanitária do país, no qual se defendeu a necessidade de um Sistema Nacional de Saúde. Este documento foi publicado em 1961, com o título de “Relatório das Carreiras Médicas” (Biscaia et al, 2006).

Segundo o testemunho de Sakellarides (2001), na altura, aos médicos que concluíam a Licenciatura, após o estágio e o ano de internato geral, restavam apenas duas opções: ingressar no internato da especialidade e continuar nos hospitais universitários de Lisboa, Porto e Coimbra e, no outro turno, fazer consultas domiciliares para a “Caixa”, na tentativa de obter um período de duas horas de consultas diárias em um de seus postos. Ou, dar por concluída a formação médica institucionalizada e ser médico “não especializado”. Neste caso, seria preciso abdicar dos hospitais centrais e, frequentemente, dos grandes meios urbanos.

#### *Segundo período (1968 - 1973): a emergência dos cuidados de saúde primários*

A chamada “Primavera Marcelista” - iniciada em 1968 e reconhecida como um período de alguma abertura no regime fascista - permitiu a emergência de algumas mudanças, como a extensão da Previdência à população rural, e a criação da “Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado” (ADSE – actual “Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública”) para os funcionários públicos. Em 1968, foram publicados mais dois diplomas sobre a estrutura e a organização dos hospitais com a pretensão de uniformizar o funcionamento de todos os hospitais do país e criar carreiras para o pessoal médico, de enfermagem, de administração e farmácia. Nesta altura, os serviços de saúde estavam dispersos, dependentes de grandes estruturas nacionais e ministérios não

---

<sup>61</sup> Apenas em 1973 foi criado o Ministério da Saúde, separado da “assistência”. Contudo, no ano seguinte, o Ministério dos Assuntos Sociais incorporou as Secretarias de Estado da Saúde e da Segurança Social, voltando a saúde a ter seu próprio Ministério apenas em 1983 (Biscaia et al, 2006).

articulados. Havia os grandes programas verticais dos Institutos, os Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência, alguns hospitais estatais, uma extensa rede de hospitais das Misericórdias e os hospitais privados (Biscaia et al, 2006).

Em 1971, o Estado reconheceu, pela primeira vez, o direito à saúde para todos os cidadãos, através da publicação da “Lei Orgânica do Ministério da Saúde”, a qual estabeleceu as bases da reforma na saúde e da criação de um Serviço Nacional de Saúde. Foram também criados Centros de Saúde com o objectivo de assegurar uma cobertura médico-sanitária da população correspondente, vocacionados para os cuidados de saúde materna e infantil, incluindo a vacinação, em quase todos os concelhos. Os atendimentos eram prestados maioritariamente por pediatras e ginecologistas, alguns médicos com apenas a formação básica e enfermeiras com formação em saúde pública (Campos & Faria, 2003; Souza, Sardinha, Sanchez, Melo & Ribas, 2001).

Estes centros de saúde ficaram conhecidos como de “primeira geração” (Biscaia et al, 2006; Branco e Ramos, 2001), associados ao que então se entendia como saúde pública: vacinação, vigilância de saúde da gestante e da criança, saúde escolar, actividades de autoridade sanitária, incluindo as relacionadas com o ambiente, cartões de sanidade e etc., destinando-se ao atendimento preventivo e acompanhamento de alguns grupos de risco. De modo geral, as doenças agudas e os cuidados ditos curativos tinham pouco espaço entre suas actividades, sendo prestados predominantemente nos postos clínicos dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência. Na sociedade portuguesa da época havia, portanto, dois estilos de práticas:

- Uma prática de saúde comunitária, visando a promoção da saúde e a actuação programada por valências ou programas verticais normalizados centralmente (exercida pelos centros de saúde e pelos “Institutos”);

- Uma prática de cuidados imediatos, baseada na resposta à procura expressa dos doentes e traduzida no elevado número de consultas, visitas domiciliares e tratamentos de enfermagem, sem planeamento e preocupações qualitativas (exercida pelos Serviços Médico-Sociais das Caixas).

Apesar de não actuarem de modo integrado e de parecerem contraditórios, estes dois estilos se complementavam em termos das necessidades de saúde e expectativas da população. Por outro lado, para sua época e contexto, a primeira geração de centros de saúde pode ser considerada um sucesso no que diz respeito aos indicadores de saúde materno-

infantil e incidência de doenças transmissíveis evitáveis através da vacinação. Contudo, apesar dos bons programas que dispunham, estes centros de saúde não conseguiam atingir a totalidade da população-alvo (Branco & Ramos, 2001).

Quanto aos profissionais, destaca-se a publicação de um diploma legal (Decreto-lei nº 414/71, de 27 de Setembro de 1971) que estabeleceu carreiras para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestavam serviço no Ministério da Saúde e Assistência: carreira médica de saúde pública, carreira médica hospitalar, carreira farmacêutica, carreira de administração hospitalar, carreira de técnicos superiores de laboratório, carreira de ensino de enfermagem, carreira de enfermagem de saúde pública, carreira de enfermagem hospitalar, carreira de técnicos terapeutas, carreira de técnicos de serviços social, carreira de técnicos auxiliares de laboratório e carreira de técnicos auxiliares sanitários (Biscaia et al, 2006).

*Terceiro Período (1974 – 1984): constituição do SNS e consolidação dos cuidados de saúde primários*

A Revolução de 25 de Abril de 1974 veio dar um novo rumo para o país. As transformações provocadas pela democratização se fizeram sentir nos serviços de saúde e, em 1975, foi criado o Serviço Médico à Periferia (cumprimento obrigatório de um ano de serviços médicos fora das grandes cidades que precedia o “internato de especialização”, para todos aqueles que o quisessem fazer). Esta foi uma medida de recurso para colmatar o estado de indigência a que chegara a cobertura médica da população que caracterizou as fases anteriores (Branco & Ramos, 2001). A Constituição de 1976, no artigo 64, reafirmou a saúde como um direito dos cidadãos, que deveria ser assegurado pelo desenvolvimento de um Serviço Nacional de Saúde, cuja lei foi aprovada em 1979, mas nunca chegou a ser completamente aplicada. Os Serviços Médico-Sociais da Previdência resistiram à integração nos serviços de saúde e, no nível central, manteve-se uma estrutura vertical e paralela para os cuidados de saúde primários e para os cuidados hospitalares (Biscaia et al., 2006).

No contexto internacional, o ano de 1978 foi decisivo para a saúde pública mundial, sendo seu marco a realização da “Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde”, realizada em Alma-Ata, por iniciativa da OMS. A partir deste encontro, a Atenção Primária de Saúde (APS) foi considerada como a principal estratégia para atingir a “Meta de Saúde para Todos no Ano 2000” (SPT-2000), adoptada pelos Estados-membros da OMS em 1977. A visão de APS elaborada em Alma-Ata marcou o início de uma nova estratégia para

melhorar a saúde colectiva dos povos do mundo e o estabelecimento de uma nova plataforma de saúde internacional, podendo ser definida como (OPAS/OMS, 2003, p. 3)

a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação.

De acordo Sakellarides (2001), a época posterior ao 25 de Abril foi de experimentação de iniciativas inovadoras, executadas por grupos de profissionais não muito numerosos e facilmente identificáveis. Este período foi influenciado por três principais aspectos inter-relacionados: a criação do já citado Serviço Médico à Periferia, o substancial aumento do número de jovens médicos (muitos dos quais provenientes do estrangeiro após o fim do regime fascista) e a criação da especialização de Clínica Geral e Familiar como parte integrante das carreiras médicas.

Em Portugal, a Escola Nacional de Saúde Pública realizou, no ano seguinte à Alma-Ata, uma reunião para discutir a possibilidade de criação da especialidade de Clínica Geral e a melhor forma de o fazer, contando com o apoio de uma comissão de médicos ingleses do *Royal College of General Practitioners*. A implementação desta especialidade médica também foi apoiada por um Projecto de Cooperação Luso-Norueguês que visava a organização de uma rede de cuidados de saúde primários no distrito de Vila Real e um programa de formação para os cuidados primários. Simultaneamente, apoiava a implementação de uma cultura médica de cuidados de saúde primários em diversos centros de saúde do país (Biscaia et al, 2006; Sakellarides, 2001; Souza, Sardinha, Sanchez, Melo & Ribas, 2001).

Em 1979, foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), através da promulgação da lei nº 56/79, a “primeira Lei de Bases da Saúde”. Neste processo, pelo menos no campo formal, os cuidados de saúde primários foram colocados na centralidade do sistema de saúde, mas não sem resistência daqueles que acreditavam que esta ênfase não se justificava em um país desenvolvido como Portugal, seguindo a lógica do *poor care for poor people*. Ainda assim, as mudanças começaram a ocorrer. A Federação das Caixas de Previdência do Ministério da Saúde foi integrada ao SNS e os hospitais das misericórdias e concelhios foram nacionalizados. Na prática, este processo serviu para aumentar a racionalidade na prestação dos cuidados de saúde e a optimização dos recursos. Contudo, não conseguiu melhorar



algumas das virtudes existentes no modelo anterior, nomeadamente: a grande acessibilidade às consultas e visitas domiciliares oferecidas pelos Serviços Médico-Sociais e a programação com objectivos de saúde e procedimentos preventivos e de vigilância à saúde, especialmente na bem sucedida área materno-infantil, prestada pelos Centros de Saúde (Branco & Ramos, 2001).

A partir da integração dos antigos postos dos Serviços Médico-Sociais aos Centros Materno-Infantis - que só então passaram a ser designados por Centros de Saúde - construiu-se a “segunda geração” dos centros de saúde, herdeira dos recursos, património físico e humano das estruturas anteriores e de duas culturas organizacionais distintas. A grande variedade de atitudes e práticas organizacionais nos diversos Centros reflectia as influências, de peso variável, das instituições pré-existentes e a fragilidade da gestão, apoio e acompanhamento deste processo de mudança. Em muitos sentidos, foi uma mudança muito mais administrativa, imposta de cima para baixo, do que uma integração real, com modificações nas práticas. Muitos dos centros de saúde “de segunda geração” só o foram numa acepção puramente formal (Sakellarides, 2001).

A nível central, o processo de fusão também serviu para a criação da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários e das Administrações Regionais de Saúde, através do Decreto-lei nº 254/82, o qual também instituiu uma nova concepção organizativa dos serviços e prestação de cuidados em que foi privilegiada a relação personalizada entre os profissionais de saúde e seus usuários (Campos & Faria, 2003). Desta forma, afirmou-se a identidade profissional de diversas linhas, em especial a carreira médica de clínica geral, considerada por Branco e Ramos (2001, p.6) como “o único elemento novo introduzido neste modelo”.

Portanto, foi no contexto da expansão do Sistema Nacional de Saúde e dos centros de saúde de segunda geração que surgiu, pela primeira vez, a necessidade de um novo tipo de médico, o clínico geral, à semelhança do que acontecia em países mais desenvolvidos - como os EUA, Canadá, Inglaterra, Holanda, Dinamarca e outros. Em 1979, foram realizados diversos seminários e consultorias com profissionais do *Royal College of General Practitioners* britânico, do Instituto de Clínica Geral da Universidade de Oslo e outras instituições congéneres holandesas. O relatório final do seminário sobre o papel do Clínico Geral em cuidados de saúde primários, designado por *Relatório Holder*, constituiu um marco da clínica geral portuguesa (Biscaia et al, 2006; Souza, Sardinha, Sanchez, Melo & Ribas, 2001).

Em 1980, a Portaria nº 444 A/80 instituiu e regulamentou uma nova modalidade de exercício da medicina, consagrada ao exercício das funções da clínica geral: a carreira de generalista. No ano seguinte, iniciou-se o internato da especialidade de generalista e, em 1982, o decreto-lei que regulamentou as carreiras médicas (Decreto-lei nº 310/82) definiu o perfil do médico de clínica geral de modo muito semelhante ao que defendiam os fundadores da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG), criada em 1983, que se transformou na maior associação profissional médica de inscrição não obrigatória do país. Em 1982, foi criado o Colégio de Clínica Geral da Ordem dos Médicos e, entre 1981 e 1983, os Institutos de Clínica Geral das zonas Norte, Centro e Sul, tendo um papel-chave no processo transitório da formação específica em exercício (ainda que, apenas em 1986, tenha ocorrido a regulamentação da formação específica em exercício, através da Portaria nº 712/86) (Biscaia et al, 2006).

O ano de 1984 se apresentou como mais um marco para consolidação da especialidade com a realização, na cidade de Évora, do Encontro Internacional de Clínica Geral, e do lançamento da Revista Portuguesa de Clínica Geral, ambas iniciativas da APMCG. A própria APMCG constituiu-se, cada vez mais, como espaço de reflexão e formação ainda hoje referência no âmbito nacional e internacional (Souza, Sardinha, Sanchez, Melo & Ribas, 2001).

Quanto à formação na especialidade de Clínica Geral e Familiar, ocorreu de três modos distintos em Portugal: formação específica em serviço (para os profissionais já actuates); formação pré-graduada (disciplinas específicas nos cursos de medicina) e internato complementar. A formação específica para os profissionais em serviço foi realizada pelos já citados Institutos de Clínica Geral. Esta formação, além de centralizada nas três principais zonas urbanas (Lisboa, Porto e Coimbra), caracterizava-se por um ensino de sala de aula teórico de longa duração e pouco adaptado à prática clínica. A frequência às aulas também afectava a rotina dos centros de saúde, que tinham muitos dos seus profissionais ausentes dos serviços. Além disso, os profissionais não recebiam ajudas de custos para os deslocamentos necessários, tornando o processo de formação mais penoso. A publicação da Portaria 425/90 melhorou o processo formativo, individualizando-o e alargando o papel da prática clínica orientada. O internato complementar foi concebido como a única via de acesso à carreira de clínica geral, após concluída a formação específica na totalidade. Em 1981, iniciou-se o primeiro programa de internato complementar de generalista (que mais tarde passou a se chamar internato complementar de clínica geral). Porém, este se mostrou pouco adequado às

necessidades do médico de família. Apenas em 1988, com o surgimento da primeira caderneta de estágio, houve uma ligação mais directa com o centro de saúde, sendo o último ano de passagem obrigatória por esta instituição (Souza, Sardinha, Sanchez, Melo & Ribas, 2001).

*Quarto período (1985-1994): maior atenção à gestão dos serviços*

A adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia, em 1986, representou mudanças significativas no país (que ainda era muito fechado e com uma economia protegida). O aumento crescente nos gastos com saúde colocou a contenção dos custos no centro dos debates da gestão pública. Por outro lado, registou-se um aumento na procura pelos serviços de urgência hospitalar, a par de um aumento nos investimentos em hospitais. As tentativas de separação entre o sector público e o privado em troca de melhor remuneração levaram a greves médicas prolongadas, as quais resultaram em melhorias salariais. Esta onda de protesto foi renovada com a promulgação da Lei de Gestão Hospitalar, em 1988, que determinava a centralização do poder numa equipe de titulares dos órgãos de gestão nomeada pela tutela (governo, região ou município)<sup>62</sup> (Biscaia et al, 2006).

Em 1989, a revisão da Constituição tornou a saúde “tendencialmente gratuita” e, no ano seguinte, foi aprovada a segunda Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90), consagrando explicitamente a liberdade de escolha por parte dos usuários no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde (Base V, n.º 5) e que o sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto da comunidade (Base XIII). Além disso, a saúde passou a ser vista como responsabilidade não só do Estado, mas também de cada indivíduo e das iniciativas sociais e privadas. Esta concepção permitiu o aumento dos contratos do SNS com o sector privado, a inserção da medicina privada nos hospitais públicos, a experimentação da concessão da gestão de um hospital público a uma entidade privada, a concessão de benefícios fiscais à realização de seguros de saúde e a introdução das taxas moderadoras. E, por fim, a aprovação do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde permitiu que as Administrações Regionais de Saúde coordenassem o trabalho entre hospitais e centros de saúde. Desta forma, foi um período de distinção do Serviço Nacional de Saúde numa rede mais ampla, com estímulos para a participação de prestadores do sector social e, particularmente, do sector privado, juntamente com a regionalização e maior coordenação do SNS. Houve também o aumento na construção de hospitais e tentativas de separação do

---

<sup>62</sup> Esta situação foi alterada em 1996, passando a nomeação do Director Clínico e do Enfermeiro Director a ser feita a partir dos dois nomes mais votados entre seus pares, e novamente alterada em 2002, quando voltou-se à nomeação pelo Ministro da Saúde (Biscaia et al, 2006).

exercício médico entre os sectores público e privado, com estímulos remuneratórios (Biscaia et al, 2006; Branco & Ramos, 2001).

No que tange à formação profissional, em 1995, o Colégio de Especialidade de Clínica Geral da Ordem dos Médicos propôs um novo programa para o internato complementar, mais específico e aprofundado em áreas consideradas fundamentais, com um alargamento do tempo de formação de três para quatro anos. Contudo, esta proposta não foi aceita. Neste período, e até 1998, o Colégio de Especialidade procurou aumentar a oferta de centros e unidades com idoneidade formativa, atribuindo idoneidade para cerca de 200 centros de todo o país. O ano de 1997 destacou-se positivamente como o de maior número de opções para o internato complementar de clínica geral e, actualmente, esta é a única via de acesso à carreira de clínica geral (Souza, Sardinha, Sanchez, Melo & Ribas, 2001).

A existência de uma disciplina de Medicina Geral e Familiar nos cursos de graduação em medicina foi, desde muito cedo, uma das metas dos profissionais que já estavam actuando nos recentemente criados Centros de Saúde, cujo objectivo era atrair mais profissionais para a especialidade. No âmbito da formação pré-graduada, a Faculdade de Medicina do Porto foi pioneira, ao instituir, em 1984, o primeiro Departamento de Clínica Geral. Em 1987, a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa incluiu a disciplina de clínica geral em seu currículo, o que foi sendo seguido pelas demais universidades nos anos seguintes. No ano 2000, todas as faculdades de medicina do país possuíam departamentos e/ou disciplinas de clínica geral, e tem vindo a aumentar os doutoramentos e mestrados na área. Em 2001, as Faculdades de Medicina da Beira Interior e da Universidade do Minho foram constituídas com uma estrutura educacional que dava grande destaque à formação em Medicina Geral e Familiar, marcando um novo rumo na formação graduada cujos reflexos ainda começarão a se fazer sentir (Biscaia, et al, 2006; Souza, Sardinha, Sanchez, Melo & Ribas, 2001).

Neste período, percebemos que, apesar dos cuidados de saúde primários terem sido constantemente colocados nos discursos políticos como a base do Sistema de Saúde, a análise dos recursos financeiros gastos no sector mostrou uma tendência inversa. Até 1985, a proporção de despesas do SNS com cuidados de saúde primários era superior a 50%. Porém, após esta data, os cuidados hospitalares passaram a absorver uma proporção cada vez maior dos recursos financeiros. Do mesmo modo, os recursos humanos cresceram muito mais no sector hospitalar do que nos cuidados de saúde primários. Neste processo de reflexão sobre o modelo organizativo dos centros de saúde, a APMCG tem tido um importante papel. Além das reflexões teóricas publicadas na já citada Revista Portuguesa de Clínica Geral, em 1988 a

APMCG iniciou a publicação do *Jornal Médico de Família*, com recorde de leitura entre os médicos de clínica geral e lido também por outros profissionais de saúde. No período entre 1989 e 1991, a APMCG conduziu um amplo debate e consultas aos associados que deu origem ao “Livro Azul”, conjunto de ideias e propostas para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. As discussões efervescentes nestes campos e em grande parte impulsionadas pela APMCG só tiveram algum eco no Ministério da Saúde em 1996, quando foi relançado o debate sobre o futuro dos Centros de Saúde e dos cuidados primários (Branco & Ramos, 2001).

*Quinto período (1995-2001): maior atenção à gestão do sistema*

As eleições de 1995 marcaram o início de um novo ciclo político no país, estando a alteração do modelo contratual do serviço nacional de saúde - com separação das funções de prestação e de financiamento - na plataforma dos três principais partidos (apenas o Partido Comunista insistiu no modelo público integrado). Neste período, também foram redigidos pela Direcção-geral de Saúde dois relatórios sobre o estado de saúde dos portugueses e formalmente apresentada a primeira estratégia de saúde para o país para o período compreendido entre 1998 e 2002 (Biscaia et al, 2006).

Por iniciativa dos médicos da especialidade de medicina geral e familiar da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, em 1996/1997, foram iniciados os “Projectos Alfa”, um primeiro impulso para “descongelar” a burocracia centralizadora do SNS e apoiar ideias já latentes no terreno. A criatividade dos pequenos grupos de profissionais foi permitida, propiciando novos modelos de trabalho em grupo e em equipa, tendo como princípios fundamentais a acessibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde. O *status quo* hierárquico-centralizador resistiu a essas iniciativas, mas não impediu que 15 grupos iniciassem suas experiências e que muitos ainda mantenham suas actividades. A avaliação dos “projectos Alfa” mostrou ser necessário estudar formas retributivas mais justas. Ou seja, recompensar melhor os profissionais que melhor trabalham. Desta forma, em 1998, foi aprovado o Regime Remuneratório Experimental em Clínica Geral (Decreto-Lei nº 117/98, de 05 de Maio), mas não sem resistência da máquina burocrática do Estado. O debate sobre a necessidade de descentralização da gestão das “sub-regiões de saúde” para os Centros de Saúde, combinada com a sua reorganização interna, no sentido de uma maior autonomia e responsabilização dos

profissionais, também veio a aumentar nos últimos anos (Biscaia et al, 2006; Branco & Ramos, 2001).

Em 1999, foi aprovada a legislação sobre os Centros de Saúde (Decreto-lei nº 157/99) e sobre a possibilidade de criação de Sistemas Locais de Saúde (Decreto-lei nº 156/99). A reorganização estrutural proposta pretendia impulsionar uma nova postura e dinâmica aos Centros de Saúde - agora denominados como “de terceira geração” - compostos por estruturas operativas com missões complementares. As Unidades de Saúde Familiar (USF) visavam modernizar a Medicina Geral e Familiar nas instituições públicas do SNS, seguindo as modalidades de organização do trabalho propostas por organizações de médicos de clínica geral (como a APMCG). Seu principal objectivo era a substituição da prática médica individual pelas práticas em grupos e/ou equipes interdisciplinares. As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) foram uma inovação estrutural que pretendia modificar radicalmente a imagem e o papel dos centros de saúde junto à população. Essas unidades operativas seguiam as tendências identificadas nos cuidados primários dos países desenvolvidos, com abordagens complementares. As USF privilegiavam a liberdade de escolha do médico, mas podiam levar a grande dispersão geográfica. As UCC, por sua vez, intervinham de forma sistemática e continuada por pequenas áreas geográficas, identificando pessoas, famílias e grupos em situação de maior necessidade e vulnerabilidade; identificavam e mobilizavam os recursos de proximidade, recorrendo aos apoios existentes no centro de saúde e no sistema de saúde. Por fim, as Unidades de Saúde Pública (USP) cumpriam a vocação populacional e a preocupação com a saúde colectiva, servindo como elo de ligação entre os Centros de Saúde e a restante rede de saúde pública. Todas estas unidades devem contar com equipas interdisciplinares e actuar articuladamente, com base em uma estrutura descentralizada (Branco & Ramos, 2001).

Ainda no ano de 1999, foi criado o Instituto da Qualidade em Saúde (Portaria nº 288/99), na dependência do Director-Geral de Saúde e com o objectivo de definir e desenvolver normas, estratégias e procedimentos para a melhoria da qualidade na prestação dos cuidados de saúde. Através do Decreto-Lei nº 286/99, de 27 de Julho, foram criados os Centros Regionais de Saúde Pública, com a função de analisar a situação de saúde e doença em cada região, definir estratégias de acção e apoiar os Serviços de Saúde Pública de âmbito local na vigilância epidemiológica e nos sistemas de alerta. No âmbito da formação profissional, houve uma reorganização da rede de escolas públicas de enfermagem e das tecnologias da saúde, que tornaram-se licenciaturas e passaram para a tutela do Ministério da Educação, bem como houve criação de novas escolas. Foram também oferecidas formações

complementares para os profissionais já actuantes e criada a Ordem dos Enfermeiros, em 1998. Em síntese, este período foi marcado por tentativas de estimular formas diferentes de gestão e organização, como a empresarialização pública de hospitais e centros de saúde e reengenharia do sistema, adopção de uma estratégia de saúde explícita e aumento das despesas com saúde (Biscaia, et al, 2006).

*Sexto período (2002-2005): a reinvenção da gestão dos cuidados de saúde*

Em 2002 foi iniciado um novo ciclo político, cuja fase inicial foi caracterizada por uma forte actividade legislativa sobre a saúde: nova legislação sobre a Gestão Hospitalar (Lei 27/2002, de 08 de Novembro), Hospitais-Empresa (Decretos-Lei nº 272-292, de 09 e 10 de Dezembro de 2002), Rede de Cuidados de Saúde Primários (Decreto-Lei nº 60/2003, de 01 de Abril), Entidade Reguladora da Saúde (Decreto-Lei nº 309/2003, de 10 de Dezembro) e Rede de Cuidados Continuados (Decreto-Lei nº 281/2003, de 08 de Novembro). Embora Biscaia et al (2006) privilegiem as alterações na gestão dos cuidados hospitalares na sua divisão histórica do desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde, nos deteremos nas mudanças mais relacionados aos cuidados de saúde primários, contexto da nossa investigação.

De acordo com Campos e Faria (2003), os Centros de Saúde de terceira geração nunca chegaram a ter uma implementação prática, fazendo com que, quatro anos depois, o Decreto-lei 60/2003, de 01 de Abril, viesse apresentar um novo modelo para os cuidados de saúde primários, a “rede de cuidados de saúde primários”. Seus objectivos eram garantir a prestação de cuidados tendencialmente gratuitos, abrangentes e continuados, bem como constituir-se e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde hospitalares e continuados, parceiro fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença. Uma das novidades deste diploma foi a variedade de figuras jurídicas que podiam se integrar à rede de cuidados de saúde primários, permitindo a coexistência de entidades do Estado com instituições de natureza privada e social, nomeadamente: (1) serviços públicos dotados de autonomia técnica e administrativa; (2) entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos ou acordos e profissionais e (3) agrupamentos de profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos, convenções ou acordos de cooperação. A diversidade na oferta e a liberdade de escolha dos cidadãos foram apresentados como princípios norteadores de toda a rede de cuidados de saúde primários, considerados como a primeira linha de todos os outros cuidados de saúde em geral. Quanto os aspectos

organizacionais, o Decreto-lei acima referido previa que cada centro de saúde poderia dispor de quatro unidades:

1 – A Unidade de Cuidados Médicos, com a missão de prestação personalizada de cuidados médicos, garantindo sua acessibilidade, continuidade e globalidade. Em áreas periféricas e de pior acessibilidade, poderia disponibilizar meios destinados à prestação de cuidados em internamento e actos complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como prestar cuidados urgentes, em articulação com a urgência hospitalar da região. Preferencialmente, o coordenador da unidade deveria ser um médico especializado em medicina geral e familiar com mais de cinco anos de exercício profissional;

2 – A Unidade de Apoio à Comunidade e de Enfermagem, com o objectivo de prestar de cuidados de enfermagem e domiciliários, bem como contribuir para o apoio psicológico e social à comunidade da área geográfica abrangida pelo centro de saúde, em articulação com as Unidades de Cuidados Médicos e de Saúde Pública. Esta unidade deveria ser coordenada por um enfermeiro com formação adequada, preferencialmente com mais de cinco anos de exercício profissional. Também deveria contar com uma equipe multiprofissional composta por técnicos de serviço social e outros profissionais de saúde indispensáveis para a prestação de cuidados de saúde globais e integrados aos usuários;

3 – A Unidade de Saúde Pública, que deveria assegurar actividades de protecção e promoção da saúde na comunidade;

4 – A Unidade de Gestão Administrativa, que deveria coordenar os procedimentos administrativos necessários ao bom funcionamento dos serviços e unidades do Centro de Saúde.

Previo-se, ainda, a existência de um Conselho Consultivo, com o objectivo de assegurar a participação dos cidadãos e de instituições locais públicas e privadas no funcionamento do Centro de Saúde, bem como o envolvimento de elementos relevantes da comunidade local na sua actuação. A composição e regras de funcionamento deste conselho deveria constar no regulamento interno de cada Centro de Saúde e acompanhar o seu funcionamento, apresentando propostas, críticas e sugestões, além de divulgar as acções desenvolvidas pelo Centro de Saúde e dar parecer obrigatório sobre seu plano de actividades, proposta de orçamento, plano de investimento e relatório de actividades (Campos & Faria, 2003).



Em 2004, foi apresentado o primeiro “Plano Nacional de Saúde 2004-2010” (Portugal, 2004), instrumento que definiu orientações estratégicas para a sustentação política, técnica e financeira para a saúde, tendo um carácter nacional, integrador e facilitador da intercolaboração dos seus múltiplos sectores (Biscaia et al, 2006). Contudo, mais uma vez, muitas mudanças propostas por estes últimos Decretos-lei nunca chegaram a ser implementadas na prática. De acordo com Araújo (2005), a preocupação com a contenção de gastos de saúde e com a eficiência do sistema tornaram-se questões centrais para os políticos, criando-se diversas medidas para inverter essa situação. O Decreto-Lei da Rede de cuidados de Saúde acima descrito foi uma destas, assentando-se em uma abordagem mais radical, na qual o governo procurou alterar seu papel de prestador para se tornar um “gestor do mercado de saúde”. Abdicando de sua função de prestador de serviços, o Estado passaria a ser um financiador do SNS, contratualizando os serviços de saúde. Este novo modelo, nitidamente neo-liberal, procurou promover a eficiência do sistema através da criação de um “quase mercado”, diminuindo os limites entre o sector público e o privado. Um dos argumentos utilizados para defender esta reforma foi a liberdade de escolha dos cidadãos, que poderiam obter em qual serviço e por qual profissional seriam tratados. Esperava-se que esta liberdade de escolha causasse uma maior pressão no sentido de melhorar a qualidade dos serviços oferecidos. Contudo, a implementação deste novo modelo passou por muitos desafios, fazendo com que obtivesse poucas transformações concretas. Como diz o autor (op cit, p.14),

a introdução de novos modelos de gestão não é uma panaceia que por si só vai resolver os problemas actuais do sistema de saúde. Para além dos problemas já referidos atrás, o desafio consiste em desenvolver novas práticas e formas de abordar os problemas que promovam a colaboração activa entre gestores e profissionais.

#### *Sétimo período (2005 em diante): a reforma dos cuidados de saúde primários*

A fim de tentar colocar em prática as reformas na saúde delineadas nos últimos anos, em 2005 foi criado o “Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários” (Decreto-lei nº 86/2005, de 07 de Abril). Esta iniciativa se alinha com o reconhecimento crescente nos últimos anos do papel determinante dos cuidados de saúde primários para a melhoria da equidade, eficiência, efectividade e capacidade de resposta dos sistemas de saúde. Seguindo as conclusões de um relatório da OMS de 2004, que aponta que os sistemas de saúde fortemente orientados para os cuidados primários obtêm melhores resultados de saúde

para a população, deu-se particular enfoque aos cuidados primários, reconhecendo seu papel de pilar central do sistema de saúde como primeiro acesso dos usuários aos cuidados de saúde. Em 2005, foi criada a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (Resolução do Conselho de Ministros nº 157), na dependência directa do Ministro da Saúde, com a função de conduzir o projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implantação das Unidades de Saúde Familiar (Pisco, 2007).

O Decreto-lei nº 88/2005, de 03 de Junho, revogou o Decreto-lei 60/2003, que criava a rede de cuidados de saúde primários, e reprimou, temporariamente, o Decreto-lei nº 157/99, que estabelecia o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde e consagrava uma matriz organizativa com base em Unidades de Saúde Familiar. A Missão para os Cuidados de Saúde Primários, no documento “linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos cuidados primários” (MS/MCPS, 2007), estabeleceu que a estrutura organizacional dos centros de saúde deve se assentar em pequenas unidades operacionais, como as Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados Continuados (UCC) e Serviços de Saúde Pública Locais (SSPL), entre outros.

Os processos e rumos da implantação da reforma dos cuidados de saúde primários ainda estão em andamento, sendo difícil realizar uma avaliação. Devido à reestruturação dos serviços de saúde, o ano de 2007 foi marcado pelo encerramento de maternidades e Serviços de Atendimento Permanente de centros de saúde de diversas regiões do país. Os protestos e manifestações noticiados na imprensa durante o ano mostram que a população parece não ter ficado satisfeita com tais medidas. O Ministério da Saúde, por sua vez, argumenta que a população não ficará sem atendimento, pois os serviços fechados serão progressivamente substituídos por outros, mais adaptados às necessidades locais. Entre estes, as “Unidades de Saúde Familiar” parecem ser o “carro-chefe”. De acordo com as informações disponíveis no site da Missão para os Cuidados de Saúde Primários<sup>63</sup>, em Abril de 2008, estavam em funcionamento 109 USF, havendo ainda outras 17 já aprovadas e prestes a entrar em funcionamento, além de 175 em avaliação. Agora, apenas o tempo poderá dizer se estas reformas se efectivarão em mudanças práticas ou se, como muitas das anteriores, ficarão pelo caminho.

---

<sup>63</sup> Acessado a partir de <http://www.mcsp.min-saude.pt/MCSP/candidaturasausf.htm>, em 14 de Abril de 2008.

### *Uma análise final*

Seguindo a análise de Biscaia et al (2006), a característica comum a todas as reformas implantadas na saúde portuguesa nas últimas décadas é a ausência de mudanças abruptas. O Estado foi assumindo progressivamente a responsabilidade pela prestação e financiamento da saúde até chegar ao ponto (após a nacionalização de algumas estruturas e a aprovação da lei de 1979) de pretender ser o financiador, regulador e prestador único. Um marco importante foi a constituição do Serviço Nacional de Saúde, com a opção por um tipo específico de sistema de saúde, baseado nos cuidados primários. Contudo, é importante destacar que esta opção já existia desde o princípio, com os Centros de Saúde de primeira geração que expressavam, de modo subjacente, a filosofia que seria apresentada sete anos depois na Conferência de Alma-Ata.

A criação do Serviço Nacional de Saúde e dos Centros de Saúde de segunda geração veio fortalecer a orientação para os cuidados primários. Contudo, algumas de suas características nunca foram plenamente alcançadas, tais como: a globalidade (constatada pela baixa oferta de cuidados em Saúde Oral, de serviços de Psicologia ou cuidados de fim da vida), a coordenação dos cuidados e a maior igualdade na proporção de médicos dos cuidados primários com relação aos especialistas hospitalares. Posteriormente, as transformações propostas para os Centros de Saúde de terceira geração não chegaram a ser colocadas em prática, sendo substituídas pela “Lei da Rede de Cuidados Primários”, extremamente criticada pela ausência de ganhos perceptíveis em termos da gestão e pela possibilidade dos Centros de Saúde serem geridos por interesses privados ou ficar na esfera dos hospitais. Esta lei também foi revogada sem nunca ser implementada (Biscaia et al, 2006).

De modo geral, as reformas implantadas não foram precedidas por estudos, quer de análise da situação, de fundamentação do tipo de mudança, das estimativas de impacto ou da definição dos indicadores a utilizar para avaliar o impacto da reforma. Quando se inovou, fez-se de modo lento, com resistência à avaliação e uma adoção parcial das lições aprendidas. Por outro lado, muitos dos atores importantes nas reformas foram médicos dos círculos académicos, mas a contribuição da universidade para a produção de reflexão e do conhecimento não é explicitamente reconhecida ou utilizada (Biscaia et al, 2006).

Portanto, as reformas foram muito mais normativas, consagradas em documentos legais, geralmente não sendo concretizadas como previsto, permanecendo sempre alguns aspectos da situação anterior e não havendo, mesmo dentro de um mesmo ciclo político,

continuidade de actuação. Ainda assim, há valores cuja defesa tem persistido ao longo do tempo, como a cobertura universal, a equidade no acesso e a utilização dos cuidados de saúde e a solidariedade no financiamento. Estes valores se reflectem em melhorias marcantes nos indicadores de saúde, cujas análises retrospectivas mostram melhoras inegáveis. Se, na década de 1960 as taxas de mortalidade infantil e mortalidade materna eram as mais altas da Europa, actualmente se encontram entre as mais baixas do mundo. Neste período, Portugal diminuiu quatro vezes pela metade a taxa de mortalidade infantil, tornando o país um *case-study*, já que poucos outros conseguiram sustentar este desempenho década após década. A conclusão de Biscaia et al (2006) é de que o Serviço Nacional de Saúde teve um papel fundamental neste processo - que estimulou também a redução das assimetrias regionais - sendo a orientação para os cuidados primários uma peça-chave.

Por fim, cabe assinalar que, de acordo com a Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (WONCA, 2002), a medicina geral e familiar é tanto uma disciplina quanto uma especialidade médica. Como disciplina académico-científica, possui os seus próprios conteúdos educacionais, investigação, base de evidência e actividade clínica, caracterizando-se por:

a) Ser normalmente o primeiro ponto de contacto médico com o sistema de saúde, proporcionando um acesso aberto e ilimitado aos seus utentes e lidando com todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo, ou qualquer outra característica da pessoa em questão;

b) Utilizar eficientemente os recursos da saúde, coordenando a prestação de cuidados, trabalhando com outros profissionais no contexto dos cuidados primários e gerindo a interface com outras especialidades, assumindo um papel de advocacia do paciente sempre que necessário;

c) Desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a família e a comunidade;

d) Ter um processo de consulta singular em que se estabelece uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação médico-paciente efectiva;

e) Ser responsável pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente consoante as necessidades do paciente;

f) Possuir um processo de tomada de decisão determinado pela prevalência e incidência de doença na comunidade;

g) Gerir simultaneamente os problemas, tanto agudos como crónicos, dos pacientes individuais;

h) Gerir a doença que se apresenta de forma indiferenciada, numa fase precoce da sua história natural, e que pode necessitar de intervenção urgente;

i) Promover a saúde e bem-estar através de intervenções tanto apropriadas como efectivas.

j) Ter uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade.

k) Lidar com os problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial.

Deste modo, os médicos da especialidade de Medicina Geral Familiar são

(...) especialistas treinados nos princípios da sua Disciplina. São médicos pessoais, principalmente responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procurem, independentemente da idade, sexo ou afecção. Cuidam de indivíduos no contexto das suas famílias, comunidades e culturas, respeitando sempre a autonomia dos seus pacientes. Os médicos de família reconhecem ter uma responsabilidade profissional para com a sua comunidade. Ao negociarem planos de acção com os seus pacientes, integram factores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, recorrendo ao conhecimento e à confiança gerados pelos contactos repetidos. Exercem o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos, de acompanhamento ou paliativos, quer directamente, quer através dos serviços de outros, consoante as necessidades de saúde e os recursos disponíveis no seio da comunidade servida, auxiliando ainda os pacientes, sempre que necessário, no acesso àqueles serviços. Os médicos de família devem responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões, equilíbrio e valores pessoais, como base para a prestação segura e efectiva de cuidados de saúde aos pacientes (WONCA, 2002, p. 7).

Na actual organização do sistema de saúde português, o principal campo de actuação dos médicos de família são os Centros de Saúde, responsáveis pelos cuidados de saúde primários. Embora historicamente esteja intimamente relacionada aos Centros de Saúde, lembramos que esta ligação não é necessária, podendo a especialidade de Medicina Geral e Familiar também ser exercida em outros contextos, seja na iniciativa privada e/ou pública.

### **6.3 O contexto local: município de Braga**

O concelho de Braga, com forte predominância urbana, tem uma matriz simultaneamente urbana e rural e detém 26.9% de área urbana, 37% de área agrícola e 17.5 % de área florestal. Braga possui, por um lado, um notável centro urbano e, por outro, um perímetro de raiz rural com fortes e persistentes tradições que têm vindo a sofrer uma considerável erosão, não só nos espaços físicos periurbanos, mas inclusive nos mais afastados que delimitam com outros concelhos e cidades circunvizinhas. Situado na região norte do país, o Concelho de Braga é parte integrante do distrito de Braga e da sub-região do Cávado, tendo uma maior importância estratégica por albergar a capital do distrito. Possui uma extensão de 183,2 Km<sup>2</sup>, repartida por 62 freguesias. Em 2001, a densidade populacional era de 896,3 hab/km<sup>2</sup> a qual, embora seja menor em relação a cidades como Lisboa ou Porto, destaca-se largamente dos demais concelhos do distrito de Braga, sobretudo dos concelhos do interior, ainda que seja seguida de perto por outras densidades como as dos vizinhos concelhos de Guimarães e Vila Nova de Famalicão (Câmara Municipal de Braga, 2003).

Braga sofreu nos anos 1960 e 1970 uma quebra demográfica de 32% devido às migrações maciças para Lisboa e Porto e, sobretudo para a Europa (nomeadamente França e Alemanha), recuperando-se nas últimas décadas. Entre 1971 e 1981, Braga conheceu um aumento populacional de 16% e, no Recenseamento Geral da População de 2001, a taxa de crescimento efectivo da população do concelho, em comparação com o Censo de 1991, foi de 16,2%, sendo os valores mais elevados de todos os concelhos do distrito de Braga. Desta forma, tem sido, de longe, o concelho que demograficamente mais tem crescido. Embora as áreas predominantemente urbanas e outras periurbanas ou medianamente urbanas tendam a crescer de modo mais acentuado que as rurais periféricas e mais afastadas, o concelho de Braga no seu conjunto e, em especial, a cidade de Braga constitui o principal centro polarizador e catalisador duma inúmera quantidade de actividades socioeconómicas, políticas e científico-culturais. A esta posição de relativa supremacia não será estranho o facto de Braga, embora seja semi-periférica em relação a Lisboa ou ao Porto, deter, apesar de tudo, uma relativa centralidade geo-social e política, na sua posição a norte do Porto e como terceira cidade do país (Câmara Municipal de Braga, 2003).

De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2006), possui uma população estimada em 173.946 habitantes, sendo 83.599 (48%) do sexo masculino e 90.347 (51,9%) do sexo feminino. No que respeita à estrutura etária da população, pode-se dizer que se trata de um concelho bastante jovem, se tivermos em conta a relação entre pessoas com

idade inferior a 25 anos (31,07%) e as pessoas com idade superior a 65 anos (17%). Na faixa etária intermediária, entre os 25 e 65 anos, são outros 57,09%. Outro dado que corrobora esta análise é o índice de envelhecimento, situado em 66,2 para Braga, ao passo que o índice nacional é 111,7. Em 2006, foram celebrados 925 casamentos (correspondendo a 1,93% do total de casamentos do país) e dissolvidos outros 864, sendo 42,47% por divórcio e os demais por óbito. Na sub-região do Cávado, a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho é de 28 anos (28,1 nacional). A idade média da mulher ao primeiro casamento é um pouco inferior à média nacional (27,5), situando-se nos 26,9 anos. Do mesmo modo, a idade média do homem ao primeiro casamento é 28,4 anos, enquanto a nacional é de 29,1 anos.

O município é servido por quatro Hospitais, sendo um oficial e três privados. Existe um Centro de Saúde subdividido em três sedes – Carandá, Infias e Maximinos - e 11 extensões de saúde. A proporção de profissionais de saúde no município é de 5,3 enfermeiros/1.000 habitantes e 4,2 médicos/1.000 habitantes. O número total de médicos registados no município é de 779, sendo 270 não especialistas. Aqueles que possuem especialização se distribuem do seguinte modo: 6,09% em Cirurgia geral; 1,76% em Estomatologia; 0,53% em Ginecologia-obstetrícia; 25,54% em Medicina Geral e Familiar/Clínica Geral; 1,76% em Oftalmologia; 0,45% em Ortopedia; 0,51% em Pediatria; 0,35% em Psiquiatria e 45,36% em outras especialidades (INE, 2007).

No Centro de Saúde, existem 394 pessoas a serviço, sendo 30,2% médicos, 27,15% pessoal de enfermagem e 42,63% outros profissionais. O número de consultas efectuadas no Centro de Saúde em 2005 atingiu um total de 421.284, sendo 77% na especialidade de Medicina Geral e Familiar/Clínica Geral, 0,16% em Ginecologia e 5,05% em Planeamento Familiar (INE, 2007).

\*\*\*

Durante o primeiro ano do desenvolvimento deste estudo, foram realizadas entrevistas com alguns profissionais para a familiarização da pesquisadora com o contexto português. Estas entrevistas, devido ao carácter informal e ao objectivo exploratório, serão aqui descritas de modo bastante resumido, uma vez que nem todas foram gravadas ou transcritas na íntegra.

O primeiro contacto com o campo da pesquisa foi um encontro (realizado em 31 de Janeiro de 2006) com dois professores (um do sexo feminino e outro do sexo masculino) da Faculdade de Medicina da Universidade do Minho que, para além da docência, actuam como Médicos de Família em Centros de Saúde. Falou-se principalmente da especialidade de

Medicina Geral e Familiar em Portugal, sua trajectória, avanços e dificuldades. Na opinião destes profissionais, esta é uma especialidade com bastante procura por parte dos estudantes, embora ainda fique atrás de outras especialidades “de ponta” (como a cirurgia ou a plástica). Quanto à violência contra as mulheres, ambos os profissionais relataram já terem tido contacto com tais situações, actuando de modo a motivar as pacientes a procurarem ajuda em instituições de apoio, citando a APAV como principal recurso. Tratam de suas feridas físicas e outras possíveis sequelas, quando existentes, mas evitam força-las a falar sobre o assunto, procurando respeitá-las e evitando exercer mais uma forma de violência. A partir deste encontro, a pesquisadora foi colocada em contacto com uma Assistente Social e um Psicólogo actuantes nos cuidados de saúde primários do município de Braga.

A entrevista com a Assistente Social também foi realizada de modo informal (em 15 de Fevereiro de 2006), apenas com o intuito de estabelecer um primeiro contacto com a instituição e uma familiarização com a realidade local. Quanto à violência doméstica, seja praticada contra mulheres, crianças ou idosos, normalmente é abordada directamente pelos Médicos de Família, que fazem os encaminhamentos considerados necessários. Ao que seja do conhecimento desta profissional, os médicos não recebem uma formação específica para estas situações. Ocasionalmente, o Governo envia à Coordenação do Centro de Saúde informativos sobre o tema, os quais são repassados para a Assistente Social. Contudo, de modo geral, situações de mulheres vítimas de maus-tratos são encaminhadas para instituições especializadas, tal como a APAV (localizada junto à Freguesia de São Victor, oferecendo apoio psicológico e jurídico). Actualmente, em Braga, existe também um projecto da Cáritas Diocesana (denominado “Projecto Novo Rumo”) que oferece acompanhamento psicológico para mulheres vítimas de violência doméstica, contando com duas psicólogas. Em situações que é necessário oferecer um abrigo provisório para as mulheres vítimas de maus-tratos atendidas por profissionais do Centro de Saúde, a Linha SOS da Segurança Social pode ser accionada. Para além disto, até o ano 2005 havia um acordo entre a Paróquia de São Lázaro e a Segurança Social onde aquela instituição oferecia algumas vagas para abrigo temporário em dois apartamentos. Contudo, no momento da entrevista, este convénio estava suspenso. No caso de crianças vítimas de maus-tratos, existe um projecto no Hospital São Marcos de Braga (“Projecto de Apoio à Família e à Criança, PAF) que oferece acompanhamento especializado através de uma equipe composta por duas Assistentes Sociais. Durante o encontro, foi realizado contacto telefónico com a instituição para solicitar o agendamento de uma entrevista. Contudo, devido a um processo de reorganização interna que estava ocorrendo no



serviço, este encontro não pode ser concretizado. De modo geral, a entrevistada não demonstrou um grande contacto com situações de maus-tratos de mulheres e, tampouco, tinha conhecimento preciso do que significava a expressão “violência de género”. Sua actuação ocorre mais no sentido de identificação de tais situações e encaminhamento para instituições especializadas (que, em Braga, resumem-se à APAV e, mais recentemente, à Cáritas Diocesana). Através desta profissional, a pesquisadora foi colocada em contacto com um Psicólogo também actuante nos cuidados de saúde primários.

A entrevista com o psicólogo foi realizada em 06 de Abril de 2006, também de modo informal. Um primeiro ponto a destacar é o facto de o profissional afirmar que, no momento, não está atendendo nenhum caso em que a violência de género ou violência conjugal tenha sido o motivo da consulta. Ocasionalmente, esta problemática surge durante o acompanhamento psicológico de uma mulher adulta que procura auxílio para outras questões, como depressões, mas não como queixa principal. Na sua opinião, estes casos são acompanhados essencialmente pelo Serviço Social do Centro de Saúde. Ressalta que, apesar do Centro de Saúde atender todas as faixas etárias, o Serviço de Psicologia procura se orientar para uma perspectiva de promoção da saúde e, desta forma, actua mais junto a crianças, através da Equipe de Saúde Escolar. Com relação à violência doméstica, existem pedidos de acompanhamento psicológico efectuados pelos Tribunais de Menores ou de Família ou pelos serviços sociais destas instituições. Nestes casos, são situações de maus-tratos a crianças geralmente envolvidas em processos de divórcio e/ou disputa da guarda das crianças. Devido à existência de filas de espera, o serviço de psicologia não é “aberto”, sendo os pedidos de acompanhamento psicológico sempre efectuados pelo Médico de Família e mediante sua avaliação do caso. Diferentemente da outra profissional entrevistada (Assistente Social), este psicólogo demonstrou um maior conhecimento do conceito de violência de género, incluindo não apenas as situações de agressões entre casais heterossexuais, mas também homossexuais, bem como outras formas de violência para além da conjugal ou familiar (discriminação cultural, submissão a estereótipos). De modo geral, contudo, afirma não atender situações de violência conjugal contra mulheres como motivo de consulta.

Uma última entrevista nesta primeira fase da pesquisa (“familiarização” com o campo de estudo) foi realizada com a Médica de Família actuante nos cuidados de saúde primários que também actua como professora universitária já entrevistada anteriormente. Diferentemente do primeiro contacto com esta profissional, este segundo encontro serviu

como um Estudo Piloto<sup>64</sup> para testar o guião de entrevista que posteriormente foi utilizado na colecta de dados para um dos estudos empíricos desta Tese (denominado como “o discurso de médicos de família”, descrito no Capítulo 7). A entrevista foi realizada em 18 de Junho de 2006, gravada e transcrita na íntegra, tendo servido também para redefinir as hipóteses do estudo, adequação do guião de entrevista e metodologia de análise empregada.

Em um segundo momento, foram realizados contactos com as principais instituições que prestam atendimento a mulheres vítimas de violência no município de Braga, tendo como intuito a realização de uma espécie de “mapeamento” da rede de recursos disponíveis, e é essencialmente a partir destes registos que descrevemos os recursos existentes para as mulheres vítimas de violência em Braga.

- **Gabinete de Acção Social da Autarquia de Braga:** é uma unidade de apoio aos órgãos municipais, de natureza administrativa, técnica e política cujas competências são<sup>65</sup>:

- a) Executar as medidas de política social que, no domínio das atribuições do Município, forem aprovadas pela câmara municipal ou pelo seu presidente;
- b) Propor a programação de construções de equipamentos de cariz social;
- c) Promover ou acompanhar as actividades que visem categorias específicas de munícipes carenciados de apoio ou assistência social;
- d) Apoiar e coordenar as relações do Município com as instituições privadas ou públicas de solidariedade social;
- e) Promover e apoiar projectos e acções que visem a inserção ou reinserção socioprofissional de munícipes;
- f) Desenvolver e apoiar acções tendentes à erradicação do trabalho infantil;
- g) Coordenar a participação do município no programa Rede Social;
- h) Coordenar a participação do município na Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco;
- i) Coordenar a participação do Município nos Planos de Prevenção da Droga e Combate à Toxicoddependência;
- j) Apoiar a política municipal no âmbito da promoção da habitação social.

---

<sup>64</sup> Apresentado no Capítulo 7.

<sup>65</sup> Informação disponível em: <http://www.cm-braga.pt/html/organizacao/servicos.htm>, acessado em 11 de Maio de 2007.

O Gabinete de Acção Social conta com uma equipe técnica composta por cinco pessoas (chefe do gabinete, dois sociólogos, uma auxiliar de serviço social e uma animadora social), tendo como entidades parceiras comissões sociais de freguesias e inter-freguesias. Na área de apoio à família e comunidade, conta com dois Centros de Atendimento a Vítimas de Violência Doméstica (CAVVD). Tais centros surgiram da articulação entre a Câmara Municipal de Braga e o “Projecto Novo Rumo - Para Uma Vida Sem Violência”, desenvolvido pela Associação *Soroptmist* Internacional Clube do Porto Invicta. Devido à extensão do Concelho de Braga e pelas suas diferentes características, os centros foram criados de forma a contemplar as zonas urbanas rurais de Braga. O CAVVD Rural localiza-se na sede da Junta de Freguesia de Pedralva, contando com uma técnica (Assistente Social), responsável pelo atendimento e acompanhamento de todas as pessoas que buscam o auxílio do serviço, independentemente de sua proveniência. O CAVVD Urbano foi acolhido pela Cáritas Arquidiocesana de Braga, sendo o gabinete que apresenta a maior procura e, conseqüentemente, o maior número de processos registados e acompanhados (Cunha, 2007).

A entrevista à Dr.<sup>a</sup> Paula Caramelo, chefe do Gabinete de Acção Social de Braga, foi realizada em 24 de Abril de 2007. Mediante sua autorização (Anexo B), a entrevista foi gravada e depois transcrita. Uma síntese da transcrição foi enviada à entrevistada que, após uma revisão, aprovou seu conteúdo.

A Dr.<sup>a</sup> Paula Caramelo actua na área do Serviço Social há cerca de 25 anos, exercendo funções como Chefe do Gabinete de Acção Social na autarquia de Braga desde 2003. É licenciada em Serviço Social e em Ciências da Educação. Actualmente, tem a percepção de que a violência doméstica tem passado por um processo de desocultação, havendo maior visibilidade do fenómeno e maior conhecimento por parte das pessoas sobre a problemática. Por isso, os números divulgados parecem estar relacionados com este facto. Não significa o aumento de casos mas, provavelmente, a maior consciência dos direitos das mulheres, o que as leva a tomar decisões sobre a perpetuação da situação de violência. Conseqüentemente, tem aumentado a procura dos serviços que proporcionam atendimentos nesta área. Ainda que haja situações de maus-tratos e agressões a companheiros do sexo masculino e idosos, de modo geral, as mulheres são as principais vítimas e os homens os principais agressores, sendo as crianças também afectadas pela violência doméstica.

Desde 2005, o Gabinete de Acção Social da autarquia de Braga tem realizado um trabalho específico para a temática, com a criação de dois gabinetes de atendimento e informação. Um destes situa-se numa zona rural do Concelho, concretamente na Junta de

Freguesia de Pedralva, coordenado pela Dr.<sup>a</sup> Clara Ribeiro. O outro Gabinete, situado em zona urbana, localiza-se na sede da Cáritas Arquidiocesana de Braga, sob a responsabilidade da Dr.<sup>a</sup> Eva Ferreira e com a colaboração de Dr.<sup>a</sup> Raquel Gomes. O trabalho em rede que vem sendo realizado em parceria entre as entidades já referidas e com a Organização *Soroptimist* do Porto, Cruz Vermelha Portuguesa, Associação Portuguesa das Mulheres Juristas, Associação Portuguesa de Apoio à Vítima e ainda outras organizações, permite uma intervenção articulada e o melhor aproveitamento dos recursos existentes. No momento, estão a ser desencadeados contactos com a Organização *Soroptimist* do Porto para concretização das acções previstas no âmbito de um projecto denominado “Atena”, cujo promotor é a Caritas Arquidiocesana de Braga e que abrange, para além de outros grupos-alvo, o das mulheres vítimas de violência doméstica. Os gabinetes de atendimento oferecem apoio psicológico e jurídico, bem como informações sobre direitos e recursos para as mulheres vítimas de violência doméstica. Das diversas características e de um modo geral, as mulheres que recorrem a estes serviços enquadram-se em níveis socioeconómicos baixos. As de nível socioeconómico mais favorecido normalmente procuram informações através de contacto telefónico. O Gabinete intervém na mediação entre as mulheres e as instituições de apoio, procurando em conjunto o encontro de soluções para os problemas.

Actualmente, o concelho de Braga não dispõe de casa-abrigo, por não ter sido ainda reconhecida a sua necessidade. Quando o realojamento se torna necessário, as mulheres são encaminhadas directamente para o “subsídio de renda de casa”, alugando suas próprias casas e recorrendo aos apoios já instituídos. Este modo de intervenção insere-se numa perspectiva de inserção global das mulheres na comunidade, procurando estimular a sua autonomia e independência, mantendo o apoio e acompanhamento psico-social e orientação jurídica. Percebe-se que, de início, algumas mulheres não se sentem capazes de lidar com esta nova situação, devido à baixa auto-estima e diversas outras características que envolvem a vivência de abuso. Contudo, com o tempo, o facto de serem capazes de gerir a sua nova casa actua como factor de desenvolvimento da auto-estima e da auto-confiança. Portanto, a criação de um abrigo em Braga está em fase de estudo e avaliação sendo que, até o momento, não tem sido uma necessidade premente. Casos pontuais, que realmente necessitam deste tipo de apoio, são encaminhados para refúgios protegidos nas cidades do Porto ou Lisboa, propiciando uma maior segurança.

Para o ano de 2007, no âmbito do Programa Progride - Projecto Atena, estavam previstas acções de formação para técnicos dos diferentes serviços sobre a violência

doméstica, assim como o estabelecimento de supervisão, a criação de grupo de auto-ajuda, em conjunto com os diversos parceiros que integram o consórcio do projecto.

- **Cáritas Arquidiocesana de Braga (Espaço Mulher)<sup>66</sup>**: é a instância típica e oficial da Igreja Católica para a promoção da acção social, tendo como objectivos a assistência em situações de dependência, a promoção social e a transformação social em profundidade nos domínios das relações sociais e ambientais. Desenvolve programas de apoio a imigrantes, terceira idade, desempregados, toxicodependentes e alcoólicos e iniciativas de desenvolvimento local. Entre os serviços/valências oferecidos na sua sede estão o atendimento social (atender, acompanhar e apoiar pessoas ou famílias em situação de precariedade familiar ou social), o atendimento a estudantes, roupeiros (promoção da partilha solidária de vestuário), refeitório social (oferece, gratuitamente, uma refeição diária a cerca de 45 pessoas), balneários sociais (fomentar hábitos de higiene junto aos grupos desfavorecidos), banco de equipamentos médico-hospitalar e centro informação e acompanhamento a vítimas de violência doméstica (denominado “Espaço Mulher”). Foi entidade parceira no “Projecto Convergências – Comunicar para Valorizar” (EQUAL) e “Projecto Envolver+” (POEFDS). Actualmente, é entidade promotora dos projectos “Novos Horizontes – Um Olhar sobre a Exclusão Social” (POEFDS) e “Atena” (PROGRIDE).

O PROGRIDE (Programa para a Inclusão e Desenvolvimento) foi criado com o objectivo de contribuir para a concretização dos objectivos do “Plano Nacional de Acção para a Inclusão”, visando, na sua “Medida 2” (na qual se enquadra o Projecto Atena), promover a inclusão e a melhoria das condições de vida de grupos específicos particularmente confrontados com situações de exclusão, marginalidade e pobreza persistente. O “Projecto Atena” nasceu no âmbito do Grupo de Trabalho “Formas de Pobreza” da Rede Social Concelhia e da necessidade de complementar a abordagem e a actuação já em desenvolvimento no Concelho. A Cáritas é a entidade promotora e executora, tendo como parceiras as seguintes entidades: Câmara Municipal de Braga, Centro Distrital de Segurança Social, Hospital de São Marcos, Centro de Emprego, Coordenação Concelhia do Ensino Recorrente e Extra-Escolar de Braga, BRAGA-HABIT, Empresa Municipal de Habitação de Braga, *Soroptimist* Internacional Clube do Porto – Invicta, Cruz Vermelha Portuguesa – Delegação de Braga, Colégio de São Caetano e ALFACOOP, Cooperativa de Ensino, CRL.

---

<sup>66</sup> Informações obtidas a partir de um relatório de actividades da Cáritas Arquidiocesana de Braga (não publicado) facultado pelas técnicas do serviço.

O Projecto Atena possui três grandes vertentes de intervenção, as quais correspondem a três grupos específicos: crianças e jovens em risco, vítimas de violência doméstica e sem-abrigo. Entre seus objectivos está a criação de serviços de apoio a vítimas de violência doméstica e a facilitação de seu acesso aos serviços de protecção e intervenção social existentes no território. Para isto, foram previstas as seguintes actividades:

1 – Elaboração de um Guia de Recursos e Serviços de Apoio à Família e à Comunidade;

2 – Criação de Grupos de Reflexão sobre a violência doméstica;

3 – Criação de Centros de Informação e Acompanhamento;

4 – Formação de técnicos para a intervenção na área da violência doméstica;

5 – Consultoria em violência doméstica;

6 – Divulgação da Linha SOS de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica;

7 – Criação de Grupos de Auto-Ajuda;

8 – Criação de uma “empresa de inserção”;

9 – Acções de promoção da saúde;

10 – Sensibilização, informação e qualificação das populações;

11 – Realização de uma Feira Social;

12 – Realização de um Fórum Social;

13 – Implementação de uma Rede Local de Voluntariado;

14 – Avaliação de todo o processo e acções.

Informações adicionais foram obtidas a partir de uma entrevista efectuada junto às técnicas do serviço (Dr.<sup>a</sup> Eva do Vale Ferreira e Dr.<sup>a</sup> Teresa Raquel da Silva Gomes). A entrevista foi realizada em 25 de Junho de 2007 nas instalações da Cáritas Arquidiocesana de Braga e gravada mediante a autorização das técnicas (Anexos C e D), que optaram por aprovar seu conteúdo sem ler a síntese.

O “Espaço Mulher” é um serviço de acompanhamento às vítimas de violência doméstica criado em Março de 2006 a partir de um protocolo realizado entre a Cáritas Arquidiocesana de Braga e a *Soroptimist* Internacional Clube do Porto-Invicta, instituição que trabalha especificamente na área da violência doméstica. Um dos projectos da *Soroptimist*

(denominado “Novo Rumo, Por uma Vida Sem Violência”) previa a instalação de centros de atendimento a vítimas de violência doméstica nos Concelhos de Braga, Porto e Viana do Castelo, devido à constatação da necessidade de haver mais serviços voltados para esta problemática. Em Braga, foram criados dois centros de atendimento:

- Na zona rural: na Junta de Freguesia de Pedralva, tendo iniciado suas actividades em Janeiro de 2006;

- Na zona urbana: localiza-se junto à Cáritas, estando em funcionamento desde Março de 2006.

No município já existia o serviço oferecido pela APAV, o qual, devido a dificuldades de financiamento, passa por algumas dificuldades. Desta forma, foram criados mais estes dois centros de atendimento, procurando dar conta das necessidades da população local. Numa primeira fase, a Associação *Soroptimist* do Porto Invicta realizou uma formação com as técnicas dos serviços locais, acompanhando-as nos primeiros meses de funcionamento do serviço e oferecendo supervisão. Após este período inicial, os centros continuaram a prestar os atendimentos, sendo integrados a um dos projectos da Cáritas, o Projecto Atena. Há ainda a intenção de criar um grupo de reflexão sobre violência doméstica no Concelho de Braga, cujo objectivo é verificar as necessidades nesta área e articulação novos serviços nas diferentes cidades que integram o Concelho. Alguns dos objectivos do Projecto Atena já colocados em práticas são a divulgação da Linha SOS de Apoio às Vítimas da Violência Doméstica, através de um destacável que foi distribuído nas Juntas, Hospitais, Serviços de Saúde, e a criação do centro de atendimento (“Espaço Mulher”). Para um futuro próximo está prevista a criação de um grupo de auto-ajuda para a violência doméstica e a formação a técnicos na temática da violência a doméstica (início previsto para Setembro de 2007), com um grupo de convidados de diversos serviços que possam ter contacto com este tipo de situação e que possam fazer os encaminhamentos (técnicos dos dois centros de atendimento da Cáritas, da APAV, dos gabinetes de atendimento da Segurança Social, Centro de Saúde, Hospital).

O atendimento no “Espaço Mulher” é prestado por duas técnicas com formação em Psicologia e capacitação na área da violência doméstica (oferecida pela *Soroptimist*). Estas técnicas, para além do atendimento às mulheres vítimas, exercem outras funções na Cáritas Diocesana. Desde 2006, os dois centros acompanharam cerca de 45 vítimas de violência doméstica. O atendimento é realizado preferencialmente às quintas-feiras à tarde e sextas-feiras pela manhã, mas pode ser em outros horários, dependendo da urgência e das

particularidades de cada caso. Sempre que necessário, procura-se dar resposta imediata ao caso e evitar que as pessoas fiquem muito tempo em espera, pois sabe-se que são situações muito complicadas, onde a demora do atendimento pode ser um factor de desmotivação. O atendimento varia conforme as necessidades de cada caso, passando em primeiro lugar por uma avaliação e informações defensivas.

A questão jurídica é onde apresentam as maiores dificuldades, pois não possuem apoio jurídico na instituição. Procuram suprir essa falta com encaminhamentos para instituições no Porto. Uma vez que a maioria das vítimas que procura atendimento no Centro têm situação socioeconómica desfavorável, procuram lidar com esta situação da melhor forma possível, recorrendo a instituições que prestam atendimento jurídico gratuito. Em termos de apoio judiciário, há também a Segurança Social, onde o atendimento demora alguns meses, mas dá uma resposta positiva. Também já houve situações em que foi necessário encaminhar a vítima para uma Casa-abrigo, optando-se normalmente por instituições localizadas no Porto ou Lisboa, pois em Braga não existe este recurso. Há situações em que a mulher está disposta a sair de casa e que provavelmente o problema se resolveria com esta saída, mas as possibilidades financeiras não são as melhores. Nestas situações, recorrem à empresa municipal Braga-Habit. Contudo, uma das regras colocadas pela BRAGAHABIT é que as pessoas não tenham moradia própria, e muitas vezes essas mulheres têm moradia em conjunto com o marido. As técnicas tentam intervir de modo que a empresa ultrapasse estas regras para dar apoio a estas mulheres.

O perfil da maioria das pessoas que procura o centro é de classe socioeconómica baixa (houve apenas uma pessoa de classe alta). De classe média há alguns casos, mas a maioria são pessoas que estão em uma situação económica desfavorável. O abandono da moradia por parte da vítima e seu deslocamento para outra localidade algumas vezes é necessário. Porém, essa resposta é utilizada apenas quando não há outras alternativas. Devido à vinculação com a Cáritas, algumas pessoas pensam que haverá alojamento disponível no serviço. Até mesmo as pessoas que fazem o encaminhamento partem da ideia de que todas as situações passam por essa solução. Mas, esta é a resposta limítrofe, tentam-se sempre outras alternativas.

Normalmente as vítimas vêm por encaminhamento, pois os Centros ainda não foram muito divulgados. As principais instituições são a Segurança Social, Braga-Habit, Juntas de Freguesias (apenas um caso), Comissões Sociais (que costumam trabalhar mais nas Freguesias), Câmara Municipal (através do Gabinete de Acção Social), a APAV (quando é necessário um atendimento mais do ponto de vista económico, pois o apoio psicológico e



jurídico eles também oferecem), entre outras. Por iniciativa própria, são poucas pessoas atendidas. A partir dos Centros de Saúde não se recordam de nenhum encaminhamento, embora o destacável que divulga a Linha SOS de Apoio à Vítima de Violência Doméstica e o contacto do serviço da Cáritas tenha sido enviado a estas instituições. Até o momento da entrevista, não haviam recebido nenhum encaminhamento do Hospital ou do Centro de Saúde. Provavelmente isso ocorre porque estes serviços, ao fazer o encaminhamento, apresentam também queixa policial, e talvez quem faça este encaminhamento para a Cáritas sejam as forças policiais. Algumas mulheres vêm por indicação da PSP, que fica ao lado da Cáritas. Da GNR não são tantas, mas talvez seja por desconhecerem o serviço.

Na altura da entrevista, ainda não havia sido realizado um estudo descritivo da população atendida por parte do serviço. Contudo, Vítor Cunha (2007), no seu relatório de estágio no Curso de Licenciatura em Sociologia na Universidade do Minho, apresentou uma caracterização das usuárias dos dois centros de atendimento. Tal análise foi possibilitada pelo facto de ambos os recursos utilizarem uma ficha padronizada de registo de atendimento por utente. O estudo foi realizado no período compreendido entre Março e Dezembro de 2006, totalizando 33 processos e apresentando como principais resultados:

- Na totalidade dos casos, as vítimas são do sexo feminino, situando-se na faixa etária entre 36 e 45 anos;
- Os agressores são, maioritariamente, do sexo masculino (sendo que, em apenas dois casos, não foi possível identificar o sexo do agressor) e com idades concentradas na mesma faixa etária das vítimas;
- Vítimas e agressores são casados ou vivem em união de facto;
- Mais da metade das vítimas possuem um rendimento inferior a 350 euros;
- O local de ocorrência da violência é, sobretudo, a casa (maioritariamente comum à vítima e agressor);
- O tipo de violência caracteriza-se pela agressão física e psicológica, com maior incidência, havendo também, embora em menor escala, violência parental, sexual e económica;
- Os rendimentos próprios do agressor são substancialmente mais elevados do que os das vítimas, ainda que, para mais da metade dos casos, situe-se na faixa inferior a 550 euros (o que significa um nível de rendimento geral baixo);

- As habilitações escolares da vítima e do agressor são, em geral, baixas. Um pouco mais da metade das vítimas possui escolaridade igual ou inferior ao 1º ciclo do ensino básico, enquanto nos agressores este número chega a quase metade. Contudo, todos os níveis de escolaridade, desde não saber ler até o ensino superior, estão presentes nesta população;

- O desemprego é abundante em ambos os grupos, mas atingindo de modo mais elevado as vítimas (quase metade);

- A duração da vitimização tem como moda o período entre 10 e 20 anos, sendo que quatro casos ultrapassaram os 20 anos;

- Há uma clara dependência do álcool por parte do agressor e, em menor proporção, a dependência a estupefacientes;

- **Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV):** a entrevista foi realizada com a Dr.<sup>a</sup> Teresa Sofia Silva, gestora do Gabinete de Apoio da APAV/Braga. Mediante sua autorização (Anexo E), a entrevista foi gravada e depois transcrita. Uma síntese da transcrição foi enviada à entrevistada, que aprovou o seu conteúdo.

O Gabinete de Apoio à Vítima da APAV existe em Braga há cerca de 14 anos. Há cerca de nove anos está situado nas instalações da Junta de Freguesia de São Victor, através de um protocolo de cooperação entre as duas entidades. De acordo com o enquadramento da APAV, o Gabinete presta apoio (jurídico, psicológico e social) a vítimas de qualquer tipo de crimes, bem como encaminhamento para Centros de Acolhimento ou outros apoios (arrendamento jovem, rendimento mínimo). Contudo, em sua imensa maioria, a maior procura advém de casos de violência praticada contra mulheres por seus maridos/companheiros.

A equipe do Gabinete é composta por uma Gestora (licenciada em Direito), única funcionária remunerada e responsável por todas as actividades do serviço, bem como pelo atendimento directo às pessoas que procuram auxílio da instituição. Conta também com estudantes dos cursos de Direito, Psicologia, Serviço Social e Sociologia e com o trabalho voluntário de profissionais destas mesmas áreas. Devido ao carácter de voluntariado, a equipe não é fixa, havendo trocas frequentes de colaboradores.

A Gestora deste Gabinete actua há cerca de nove anos nesta instituição. Percebe que tem havido uma procura cada vez maior por auxílio por parte de mulheres vítimas de violência. Contudo, acredita que esta aumento se deve a uma maior visibilidade do problema

e não ao aumento de sua incidência. Ainda assim, considera que as situações que chegam à instituição são apenas a “ponta do iceberg” do problema. Uma vez que os atendimentos são gratuitos, a procura maior é de mulheres de estratos sociais baixos, com idades entre 25 e 35 anos, empregadas de limpeza ou desempregadas. Contudo, adverte que a violência atinge mulheres de todos os estratos sociais, sendo que as com mais recursos financeiros procuram auxílio em outros serviços.

O gabinete realiza uma média 20 atendimentos mensais, sendo que o apoio oferecido pode ser psicológico, jurídico e/ou social. Quando necessário, algumas situações são encaminhadas para outros serviços. A APAV também conta com dois centros de acolhimento (em Vila Real e Lisboa). Porém, a procura é muito grande e o tempo de espera pode ultrapassar vários meses. Nos casos em que o abandono da moradia é uma necessidade urgente, as vítimas são colocadas em pensões, com os custos pagos pela APAV, enquanto aguardam vaga em algum Centro de Acolhimento.

Como dificuldades, a Gestora do Gabinete de Apoio à Vítima aponta aquelas decorrentes dos próprios casos, como o medo de apresentar queixa contra o agressor devido a represálias que possa sofrer, medo de perda da guarda dos filhos ou perda de outros direitos. Mesmo quando as vítimas são orientadas juridicamente e lhes é esclarecido que jamais perderão a guarda dos filhos, muitas mulheres acabam optando por não apresentar queixa. Contudo, também existem muitos casos que levam o processo de acompanhamento/aconselhamento até o fim. Outra dificuldade é o acolhimento dos casos em que há necessidade urgente de abandono do lar.

Apesar de não possuir protocolos especificamente celebrados com as forças policiais, há uma ampla cooperação entre ambas as partes, bem como recebimento de encaminhamentos de casos a partir de outros serviços, tais como Hospitais e Centros de Saúde.

- **Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano da Universidade do Minho (SCPDHUM)**<sup>67</sup>: de acordo com Caridade, Machado e Abrunhosa (2005, p. 74 e ss.), a Unidade de Consulta em Psicologia da Justiça e Reinserção Social integra o Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano da Universidade do Minho (SCPDHUM) desde 1998, tendo surgido com o objectivo de oferecer uma resposta especializada às necessidades da comunidade no que diz respeito às problemáticas do domínio comum da

---

<sup>67</sup> Apenas a título informativo, lembramos que a Universidade do Porto, através da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, também possui um gabinete de atendimento a vítimas e autores de crimes (Gabinete de Estudos e Atendimento a Vítimas, GEAV). Sobre o assunto, consultar Manita (2002, 2005).

psicologia e do sistema de justiça que, até aí, “pouco mais tinham do que a ‘voz amiga’ da APAV (p. 81). Actua em quatro áreas basilares: intervenção junto a crianças e adultos vítimas de crimes; intervenção junto a ofensores (jovens ou adultos) e de crianças ou jovens em situação de delinquência ou pré-delinquência; realização de peritagens psicológicas (a pedido de tribunais ou outras entidades públicas no âmbito de processos tutelares, penais ou cíveis, como perícias de personalidade, relatórios de regulação de poder paternal, avaliação de credibilidade de testemunho) e, por último, formação, investigação e divulgação na área da psicologia da justiça.

Para aceder aos recursos da Unidade, os clientes contactam o serviço por telefone ou presencialmente, devendo preencher uma ficha de pedido na qual indicam, para além dos dados pessoais, o tipo de problemática que os leva a procurar este serviço. Tal como acontece nas outras unidades do SCPDHUM, as consultas são pagas, ainda que com preços inferiores aos da prática privada, exceptuando-se casos que aleguem dificuldades económicas e que são devidamente avaliados. A grande maioria dos encaminhamentos de pedidos de atendimento é proveniente de outros profissionais de psicologia (não só das outras unidades que integram o SCPDHUM, mas também outros técnicos que se encontram em outros contextos) ou de instituições da área da Justiça. Nesta articulação interinstitucional, destacam-se a APAV, o Centro Regional de Segurança Social de Braga, a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Braga, o Hospital São Marcos de Braga (serviço de Pediatria), o Tribunal Judicial e o Tribunal de Família e Menores de Braga, a PSP e a GNR, sendo os Tribunais os principais agentes de encaminhamento de pedidos (principalmente para avaliações de credibilidade do abuso). Finalmente, alguns pedidos são encaminhados por familiares dos(as) clientes ou directamente efectuados pelos(as) próprios(as) clientes (essencialmente mulheres vítimas de violência conjugal) (Caridade, Machado & Abrunhosa, op cit).

Chama-nos a atenção o facto de a única fonte de encaminhamento proveniente dos serviços de saúde ser o Serviço de Pediatria, não havendo referências aos cuidados de saúde primários, nomeadamente Centros de Saúde. Dentre as explicações para isto, consoante com as informações recolhidas junto à Assistente Social e Psicólogo entrevistados, pode estar o facto de estas situações terem sido encaminhadas para os recursos acima citados (APAV, CÁRITAS, forças policiais), o que significaria que as vítimas costumam “circular” por diversos serviços, caracterizando o que tem sido descrito na literatura como “vitimação secundária”, isto é, o sofrimento causado pelo contacto com as diversas instituições com as quais precisa contactar ao longo do processo (Lourenço, 2001). Uma segunda hipótese pode

ser o facto de estas situações não serem atendidas nos Centros de Saúde, seja por desconhecimento dos profissionais, seja por temor sentido pelas vítimas em revelar sua situação aos seus médicos de família.

Em 2002, de acordo com Gonçalves, Machado, Sani, Matos, Neves, Gonçalves e Silva (2002), o serviço conseguia manter a celeridade na resposta aos pedidos, decorrendo, em medida, dez dias entre a data da solicitação e a do primeiro atendimento (sendo que este tempo podia ser menor se o caso fosse sinalizado como urgente), não havendo lista de espera. A equipe técnica que integra a Unidade de Consulta em Psicologia da Justiça é composta por doutorados e mestres na área da psicologia da justiça e colaboradores externos, licenciados em psicologia com pré-especialização ou/ou pós-graduação na área da Justiça. Desde o ano lectivo 1999/2000, os estagiários desta área de pré-especialização atendem, sob supervisão, casos do serviço como complemento da formação que recebem nos seus locais de estágio. Destaca-se que na abordagem junto a ofensores (agressores conjugais, agressores sexuais e jovens delinquentes ou com problemas graves de adaptação escolar e social) existe o cuidado inicial da realização de uma avaliação rigorosa em termos de perigosidade e do risco que o sujeito apresenta, bem como o seu grau de tratabilidade. Em qualquer dos casos, o ponto de partida é a cessação dos comportamentos abusivos sob pena de queixa judicial caso tal não aconteça. Na intervenção junto às vítimas, embora a intervenção individual seja privilegiada, também está previsto o trabalho com grupos de vítimas (Caridade, Machado & Abrunhosa, *op cit*).

Desde a inauguração deste serviço, em 1998, até Setembro de 2003, o número de casos recebidos na Unidade de Consulta tem vindo a aumentar, compondo um total de 266 casos. Destes, 179 eram do sexo feminino e 87 do sexo masculino, sendo 110 adultos, 100 crianças e 56 adolescentes. A maior parte das problemáticas dos clientes atendidos estiveram ligadas à vitimação (62%), sob as mais variadas formas (abuso sexual de menores, maus-tratos a menores, violação, violência conjugal, violência familiar, violência vicariante e outras), destacando-se a violência conjugal (68 casos) e o abuso sexual de menores (63 casos). Do mesmo modo, as situações relacionadas com os agressores reportam-se em maior número ao domínio conjugal. No quadro das avaliações forenses (credibilidade de testemunho, agressões conjugais, regulação do poder paternal e outras), o destaque vai para a credibilidade do testemunho e as avaliações para atribuição do poder paternal (Caridade, Machado & Abrunhosa, *op cit*).

Como vemos, a violência de género é um problema detectado pelas instituições sociais de apoio do município de Braga, as quais têm desenvolvido acções e projectos para enfrentamento do problema. Apesar de não ter sido possível conhecer sua incidência e prevalência no município (pois não existe tal base de dados), as informações recolhidas junto às técnicas destes serviços indicam que há necessidade de maior investimento (técnico, financeiro, social) no enfrentamento da questão. Por outro lado, mediante as informações obtidas junto aos profissionais actuantes no Centro de Saúde (médica de família, assistente social e psicólogo), percebemos que, ainda que os(as) profissionais relatem ter algum contacto com mulheres vítimas de violência conjugal, não existem acções programáticas para a questão, tampouco rotinas ou procedimentos estabelecidos. De modo geral, a falta de informação e formação especializada parece ser um primeiro obstáculo, levando os profissionais a proceder ao encaminhamento de tais casos para outros serviços (nomeadamente as instituições sociais de apoio). Em última análise, poder-se-ia considerar que o sector saúde está se omitindo ou negligenciando sua oferta de cuidados a esta população, hipótese que iremos analisar nos diferentes estudos que compõem esta Tese, apresentados a seguir.



## Capítulo 7

### Estudos Empíricos

#### 7.1. Análise de Discurso: Potencialidades investigativas para a violência de género (Estudo Piloto)<sup>68</sup>

##### a) Introdução

Nos últimos anos, assistimos ao crescimento da utilização da expressão “discurso” em diversos contextos académicos e de pesquisa. Nas palavras de Phillips e Jorgensen e Phillips (2002, p.1), “*discourse has been a fashionable term*”, muitas vezes sendo utilizado indiscriminadamente e sem uma definição precisa. Do mesmo modo, a “análise de discurso” tem sido descrita e utilizada para as mais diversas investigações, abrindo precedentes para confusões e críticas. O objectivo deste estudo é apresentar uma contextualização breve do campo dos estudos discursivos, bem como suas tarefas ou passos<sup>69</sup>.

O estudo das situações de violência vividas por mulheres se justifica pelo facto deste ser um fenómeno universal, que ocorre em todo o mundo, com prejuízos consideráveis para as vítimas. Apesar de ser uma reivindicação antiga do movimento feminista, somente a partir dos anos 1990 é que houve uma transformação nas concepções de governantes e instituições internacionais sobre a violência praticada contra as mulheres, passando a ser reconhecida como uma questão de direitos humanos e de saúde pública. As pesquisas realizadas em várias partes do mundo mostraram que é um problema muito mais grave do que previamente se acreditava, necessitando uma intervenção urgente (Ellsberg & Heise, 2005, ONU, 2003, WHO, 2205b). Nestes casos, frequentemente, o sistema de saúde é o primeiro (senão o único) ponto de contacto com uma mulher que sofre violência, visto ser nos Hospitais e Centros de Saúde que busca ajuda para suas feridas físicas e psicológicas (Ertürk, 2005). Assim, estudar o modo como os(as) profissionais de saúde estão lidando com estas situações é de grande importância. De modo particular, os(as) médicos(as) de família, inseridos no contexto dos cuidados de saúde primários, são importantes actores de transformação, visto ser de sua

---

<sup>68</sup> O material aqui apresentado foi publicado em Azambuja & Nogueira (2008).

<sup>69</sup> De modo subjacente, pretende também verificar a adequação do referencial discursivo aos objectivos da Tese e testar o guião de entrevista para o Estudo III.



responsabilidade não só o tratamento, mas também práticas de prevenção e promoção da saúde (WONCA, 2002).

Devido a sua complexidade, as diversas formas de violência vividas pelas mulheres devem ser entendidas como um fenómeno social, possuidor de um carácter revelador das estruturas de dominação da sociedade. Faz-se necessário, portanto estudar todas as formas de violência, estejam elas naturalizadas pela cultura ou protegidas por ideologias e/ou instituições sociais aparentemente respeitáveis, tais como a família, a escola, a empresa e o Estado (Minayo, 1998, 2006). Neste sentido, utilizamos a expressão “violência de género” em lugar de “violência doméstica” ou “violência contra a mulher”, seguindo o entendimento dos movimentos feministas de que esta é uma questão política, uma forma de exercício de poder. A importância de utilizá-lo se fundamenta no pressuposto de que a violência é, de alguma forma, influenciada (ou influencia) as relações de género, incluindo a violência doméstica entre pessoas hetero e/ou homossexuais (física, sexual, económica e psicológica); abuso sexual e estupro; torturas sexuais e estupros em situações de guerra civil, conflitos comunitários e étnicos, entre outras ( Skinner, Hester & Malos, 2005). Para dar conta da complexidade deste fenómeno, acreditamos que a análise do discurso é uma importante ferramenta potencializadora da investigação, pois permite desvelar as relações de saber-poder inerentes à problemática e seu estudo.

#### b) O Paradigma Epistemológico da Análise Crítica do Discurso

Qualquer pessoa que inicie seu percurso na análise de discurso (e, mesmo, a mais experiente) fica confusa com a multiplicidade de abordagens analíticas disponíveis nas ciências humanas e sociais assim denominadas. Ainda que haja muitas semelhanças, também existem muitas diferenças quanto ao modo de fazer a análise, suas influências e pressupostos básicos. Algumas são mais influenciadas pela etnometodologia e análise da conversação, outras estão ligadas ao pós-estruturalismo ou ao construcionismo social. Ou seja, não existe um posicionamento único sobre a análise de discurso (Stubbe et al, 2003). Trata-se mais de um conjunto de abordagens interdisciplinares que podem ser usadas para explorar diversos domínios sociais através de diferentes tipos de estudos. Desta forma, também não existe consenso sobre o que é o discurso ou sobre o modo de analisá-lo. As diferentes perspectivas oferecem suas próprias sugestões e definições, competindo na apropriação dos termos “discurso” e “análise de discurso” (Jorgensen & Phillips, 2002).

A análise de discurso, nas suas diversas variações, é apenas uma (a mais visível) das abordagens existentes no construcionismo social. Seu ponto de partida é a premissa da filosofia linguística estruturalista e pós-estruturalista de que nosso acesso à realidade sempre se dá através da linguagem, pois é através desta que criamos as representações (que nunca são um simples reflexo de uma realidade pré-existente) que contribuem para a construção da realidade. A linguagem não é apenas um canal através do qual a informação subjacente a estados mentais, comportamentos ou factos do mundo são comunicados. Pelo contrário, é uma “máquina geradora” que constitui o mundo social, bem como as identidades e as relações sociais. Isto significa afirmar que alterar um discurso é um modo de transformar o mundo social. Ao pensar o discurso como uma prática social, algo que constrói o mundo ao invés de apenas reflecti-lo, a análise de discurso promove o desenvolvimento de uma prática política, analisando o modo como os processos sociais participam na manutenção das estruturas de opressão (Jorgensen & Phillips, 2002, Nogueira, Neves & Barbosa, 2005).

Portanto, a análise de discurso é muito mais do que um método de análise de dados, implicando uma mudança epistemológica radical na forma de desenvolver a pesquisa e de construir conhecimentos. Jorgensen e Phillips (2002) afirmam que, apesar de poder ser utilizada em todas as áreas de investigação, não pode ser empregada com todos os tipos de fundamentos teóricos. Especialmente, não pode ser usada como um simples método de análise de dados desvinculado de seus fundamentos teóricos e metodológicos. Sua utilização, nas palavras das autoras, se fundamenta em um “pacote completo” que contém: (a) premissas filosóficas (ontológicas e epistemológicas) com relação ao papel da linguagem na construção social do mundo; (b) modelos teóricos; (c) guias metodológicas para abordar um domínio de pesquisa e (d) técnicas específicas para a análise. Teoria e método estão de tal forma inter-relacionados que o(a) pesquisador(a) deve aceitar suas premissas filosóficas básicas a fim de utilizar a análise de discurso. Apesar de dever formar um conjunto integrado, cada pesquisador(a) pode criar seu próprio “pacote” através da combinação de elementos de perspectivas de análise de discurso diferentes e, até mesmo, de perspectivas analíticas não discursivas. A abordagem multi-perspectivada é positivamente avaliada, pois oferece diferentes formas de conhecimento sobre um fenómeno e, conseqüentemente, uma compreensão mais abrangente. Contudo, este ecletismo não significa que as diferentes abordagens possam ser reunidas de modo disparatado. Deve haver uma coerência nesta integração, tomando-se cuidado com as diferenças e semelhanças filosóficas, teóricas e metodológicas de cada abordagem.

Por fim, a análise crítica de discurso, aqui adoptada, distingue-se pelo seu foco crítico, seu amplo âmbito e pelo engajamento político. É uma pesquisa politicamente envolvida com reivindicações emancipatórias que procura ter efeitos nas práticas e nas relações sociais. Seu objectivo principal é revelar as conexões entre linguagem, poder e ideologia, bem como descrever o modo como o poder e a dominação são produzidos e reproduzidos na prática social através de estruturas discursivas de interacção (Stubbe et al, 2003).

### c) O processo de análise de discurso

Sendo a análise de discurso uma *perspectiva teórica* (Wood & Kroger, 2000) e não apenas uma *técnica*, a análise dos dados é um processo não linear que, simultaneamente, dá ordem, estrutura e dá significado aos dados. A análise ocorre em todos os estágios da pesquisa, desde a definição de seus objectivos, passando por seu planeamento, colecta, análise dos dados e redacção do relatório (Highlen & Finley, 1996). Deste modo, os passos para realizar uma análise de discurso são:

1 – Delimitar o objectivo da pesquisa: analisar o discurso de uma médica de família sobre a violência de género para identificar os efeitos do discurso psicológico em suas práticas.

Como vemos, as marcas/pressupostos do construcionismo social já se fazem presentes no próprio delineamento do tema de pesquisa. Neste caso, ao invés de conceber a fala da entrevistada como representativa de suas opiniões ou pensamentos - ou seja, como (re)apresentação de algo “interno” - busca-se identificar os efeitos discursivos e o modo como estes constroem práticas.

2 – Definir o material a ser analisado e os sujeitos de pesquisa: a entrevistada é uma médica de família que exerce suas actividades no contexto dos cuidados de saúde primários. Esta escolha justifica-se pelo facto de os serviços de saúde frequentemente serem o primeiro e, muitas vezes, o único ponto de contacto com mulheres vítimas de violência conjugal (Ertürk, 2005). Acreditamos que os(as) médicos(as) de família, devido ao vínculo e à continuidade dos cuidados prestados, estão em uma posição privilegiada para detectar e intervir nas situações de violência conjugal entre suas pacientes. Desta forma, realizou-se uma entrevista semi-estruturada com tópicos que versavam sobre a formação e experiências profissionais da entrevistada, seu contacto com situações de violência de género, compreensão sobre a problemática, estratégias utilizadas para lidar com o problema,

dificuldades e conhecimentos/cursos de formação frequentados. A entrevista foi realizada na Universidade onde a entrevistada actua como professora, gravada e depois transcrita na íntegra, tendo duração aproximada de 50 minutos.

3 – Preparar o material para a análise: a este respeito, mais uma vez, existem concepções epistemológicas características da análise de discurso. Stubbe et al (2003) afirmam que a análise dos dados já se inicia com a transcrição, a transformação das falas em texto escrito, pois toda a transcrição é uma aproximação, uma reedição parcial da gravação em que se baseia; nunca é neutra ou recupera plenamente o texto falado. Uma vez que processo de transcrição é, inevitavelmente, selectivo, envolve uma certa dose de interpretação e análise. Desta forma, o material gravado foi transcrito o mais detalhadamente possível, destacando pausas, alterações na entonação vocal, suspiros, risos e outras manifestações, sendo o “sistema de transcrição” adoptado bastante simples, onde:

**M** = fala da entrevistadora

**Dr.<sup>a</sup>** = fala da entrevistada

... = pequenas pausas

**(“número” s.)** = pausas maiores, com marcação de tempo. Ex: (5 s.)

**XXX** = palavra pouco clara

**(--)** = palavra incompreensível

Suspiros, risos e outras manifestações são colocadas entre parênteses. Ex: (tom irónico); (risos); (suspiro).

4 – Avaliar se o material transcrito constitui realmente um (ou mais) discurso(s): de acordo com Nogueira e Fidalgo (1995), nem tudo é discurso, existindo dois critérios centrais para sua definição. Em primeiro lugar, um fragmento de conversação ou texto é relevante se os(as) seus(uas) participantes são representativos do grupo/comunidade que o(a) investigador(a) tenha identificado como protagonista na relação social. A representatividade, aqui, não está ligada à noção estatística, mas ao facto de a pessoa entrevistada ter uma referência grupal que lhe permita expressar, de forma típica, o conjunto de vivências de seu grupo. Trabalha-se, portanto, com o conceito de “sujeito colectivo” (Martinelli, 1999). O segundo critério é a existência efeitos discursivos, os quais não dizem respeito a efeitos psicológicos individuais no(a) falante ou ouvinte. “Os efeitos discursivos são aqueles que operam *por cima* do nível individual (...) A tarefa do analista consiste em percorrer os textos

procurando todas as possíveis leituras e identificar aquelas que sejam mais adequadas para a relação social que está em consideração”. (op cit, p. 185, grifo no original).

No deste estudo, podemos afirmar que a longa experiência profissional da entrevistada (mais de vinte anos actuando em cuidados de saúde primários) a capacita para falar em nome da categoria “médicos(as) de família” e a coloca numa *posição representativa* do seu grupo. Neste aspecto, sua fala pode ser considerada discurso. Quanto ao segundo critério, sua actuação tanto no sistema de saúde (Centro de Saúde) quanto no sistema educativo (Universidade) possui *efeitos discursivos*: ao tratar mulheres vítimas de violência, seu discurso constitui práticas de cuidado/intervenção; ao ministrar aulas e relatar suas experiências aos(às) futuros(as) médicos(as), suas práticas constituem regras/prescrições. As práticas de cuidado/intervenção e as regras/prescrições são o que chamamos de “efeitos discursivos”.

5 – Leitura repetida das transcrições: as grandes categorias que começam a emergir da recorrência de temas são relacionadas à literatura e, numa leitura mais detalhada, refinadas em categorias recorrentes menores, os “repertórios” ou “discursos” (Peace, 2003). Dito de outra forma, são elaboradas conexões em torno das questões de pesquisa; detalhados e sinalizados os significados construídos no texto e o modo como estes objectos são construídos (Parker, 2005).

6 - Redigir a análise para a apresentação dos resultados: o tema principal da entrevista foi o contacto da entrevistada com situações de violência praticada nas famílias que atende, não apenas contra mulheres, mas também jovens e crianças de ambos os sexos. Abrange o relato de diferentes situações, o modo e a intensidade com que aparecem na sua vivência profissional e suas explicações para o fenómeno. Dentre as diversas análises que a entrevista pode suscitar, destacamos especialmente dois temas, os quais chamamos de “discurso sociológico” e “discurso psicológico”.

#### d) Apresentação dos Resultados

O **discurso sociológico** foi identificado a partir dos recursos discursivos utilizados pela Médica de Família para explicar o motivo de encontrar tantas mulheres e jovens vítimas de agressões entre suas pacientes, o qual remete ao campo sociológico. A violência é vista como algo que faz parte da vida destas pessoas, conforme aparece na utilização de expressões

como “o tradicional”, “muito frequente”, “o hábito” ou “a parte cultural” presentes no fragmento abaixo:

**Dr.ª:** É assim, o tradicional, aqui nesta zona, são os maridos baterem nas mulheres.

**M:** Ahã...

**Dr.ª:** É... é muito frequente. E... os pais castigarem extremamente os filhos!

**M:** Ahã.

**Dr.ª:** Ou porque há o hábito de bater na... mulher, na mulher.

**M:** Sim. Pelo facto de ser mulher...?

**Dr.ª:** Batem.

**M:** ... já batem... quando é jovem... e depois quando for adulta, também.

**Dr.ª:** ... batem...

**Dr.ª:** Eu, eu acho que tem muito a ver com... com a parte cultural...

**M:** Ahã...

**Dr.ª:** (---) tem muito a ver... ah... que já nasceram, em casas, que... que as mães eram batidas! E que elas também eram batidas, pelos pais!

**M:** Sim...

**Dr.ª:** ... depois casam e continuam aquilo.

A partir da construção da violência de género como algo que diz respeito à cultura, aos aspectos históricos e sociais, seria esperado que as intervenções realizadas se inserissem neste âmbito, com, por exemplo, medidas de promoção da igualdade de género, a promoção de uma cultura de não-violência na comunidade atendida pelo Centro de Saúde ou grupos de mulheres para o enfrentamento da violência, tal como descrito por Meneghel, Barbiani, Brener, Teixeira, Steffen, Silva et al (2005). Lembrando que os cuidados de saúde primários também são responsáveis pela prevenção e promoção da saúde, uma acção poderia ser o questionamento do mito da inviolabilidade da privacidade familiar, o que poderia ser obtido com a promoção de uma maior visibilidade para o fenómeno. Contudo, não é o que acontece. As situações de violência relatadas permanecem restritas ao contexto da consulta médica, conforme o fragmento abaixo demonstra:

**Dr.<sup>a</sup>:** muitas vezes nem os vizinhos sabem... não sabem quem que fica dentro da casa. E... e... e quando nos contam a nós, ah... e aquilo é uma coisa muito restrita. Hã... aquilo que... que eu faço, normalmente, é... é... é tentar que... que elas... porque, normalmente, estas pessoas tem uma auto-estima um bocadito baixa.

**M:** Ahã...

**Dr.<sup>a</sup>:** é tentar reforçar um bocadinho a auto-estima, para as pessoas sentirem que... quer dizer, não tem o direito de ser batidas...

**M:** Ahã...

**Dr.<sup>a</sup>:**... muito menos pela pessoa com quem... vivem... diariamente, né?

As soluções apontadas se dirigem ao nível individual, como o encaminhamento para a psicoterapia e outras estratégias individualizantes, tais como o “reforço da auto-estima”, “a abordagem centrada na pessoa” ou o estabelecimento de “estratégias de evitamento da agressão”.

**Dr.<sup>a</sup>:** estou a me lembrar de um caso, de uma senhora que é batida pelo marido, e agora apareceu-me a filha dela, que é batida pelo namorado! E... tentei trabalhar... também assim com a filha, e a filha... acha muito bem, porque a mãe também leva!

**M:** Hum hum...

**Dr.<sup>a</sup>:** E eu fiquei um bocado... (suspiro) assustada. Ah... e pronto, e a filha, essa, encaminhei mesmo para... para psicoterapia porque acho que é uma jovem ainda...

**M:** Sim...

**Dr.<sup>a</sup>:** ... novinha, que... ainda poderá... ter algum benefício nisso, não é?

**M:** Hum hum...

**Dr.<sup>a</sup>:** ... a mãe já... tem... a idade que tem... se calhar, já... já não terá muito, mas... também não temos, assim, mãos da... da psicoterapia como nós queremos, não é? Porque se tivéssemos era diferente.

(...)

**Dr.<sup>a</sup>:** Assim, eu utilizo muito o... a abordagem centrada na, na... na pessoa que tenho na minha frente...

**M:** Ahã.

**Dr.<sup>a</sup>:** E... e com algumas reformulações, com... fazendo levar a pessoa a compreender aquela situação, e... a tentar chegar lá primeiro... ver como é que pode... separar isso, como é que pode conseguir lidar com as coisas de outra maneira, e... e... até... acabar às vezes por não... não... ter que levar tanto, porque começa a perceber quando é que... vem pancada...

**M:** Ahã.

**Dr.<sup>a</sup>:** e a ter... hã... saber gerir um bocado isto, de modo a evitar apanhar, né.

**M:** Sim, sim... Que ela possa perceber alguma situação, algum indicador, digamos, que o companheiro dê...

**Dr.<sup>a</sup>:** Exacto, que dê... que vai levar e que elas possam defender né...

Com isso, percebemos que há uma - aparente - contradição entre as causas apontadas para a violência (socioculturais) e as medidas utilizadas para enfrentá-las (individuais), constatação que nos leva ao tema seguinte.

O **discurso psicológico** diz respeito às construções discursivas da violência como um problema individual e de fundo psicológico - tal como a auto-estima baixa - ou como um problema familiar. De modo particular, a questão da transgeracionalidade da violência tem sido muito discutida no campo da psicologia a partir de expressões como “famílias disfuncionais”, “famílias caóticas”, “famílias desorganizadas” ou “círculo da violência”. Conforme já discutido em outro momento (Azambuja, 2004), especialmente na psicologia, existe uma tendência de utilizar explicações deterministas para o fenómeno da intergeracionalidade da violência. Enraizada nas mais profundas crenças de estudiosos(as) e do senso comum, o determinismo da intergeracionalidade foi, de certa forma, criado e legitimado pela própria psicologia que, desde seus primórdios, tem buscado estabelecer padrões de normalidade para os comportamentos humanos. Assim, o jargão “o abusado de hoje será o abusador de amanhã” se tornou quase que uma “lei”. As explicações mais “psicologicistas” normalmente utilizam análises da personalidade do abusador, visto como “doente”, “perturbado emocionalmente” ou “perverso”, estando entre as razões para esta “perturbação” factores sócio-biológicos (transmissão genética) ou comportamentais, sendo estes últimos geralmente associados à noção de “comportamento aprendido” ou de “socialização”.



A respeito da socialização, Nogueira (20001c), apoiando-se nas ideias de Sandra Harding, afirma que se trata de uma perspectiva essencialista que se insere no programa empirista da psicologia tradicional. Abordagem dominante nos estudos de gênero na psicologia social da metade do século XX, surgiu como uma tentativa de mudar o foco de atenção do biológico para o social. Segundo esta concepção, desde o nascimento, as crianças aprendem a internalizar prescrições apropriadas para o ser feminino ou ser masculino de acordo com as normas sociais. A partir de processos de modelagem e imitação, a personalidade é formada de modo definitivo, passando a constituir uma característica individual, estável e inerente aos indivíduos. A distinção entre inato e aprendido é meramente semântica, pois os padrões de socialização internalizados são concebidos como específicos e persistentes ao longo da vida, como uma “essência”. Ou seja, apesar de procurar acrescentar os factores socioculturais, permanece funcionando dentro de uma visão essencialista, em que um comportamento, após aprendido, se torna inalterável.

No contexto da entrevista em análise, percebemos que os discursos identificados (sociológico e psicológico) actuam articuladamente na construção da violência de gênero como um problema individual - ou, no máximo, intra-familiar. Contudo, ao invés de constituírem uma oposição, ambos os discursos estabelecem uma relação paradoxal: as explicações para as causas da violência utilizam recursos discursivos do campo sociológico (a tradição, a cultura), mas de uma forma essencialista; as intervenções realizadas se inserem no campo psicológico, através de dispositivos individualizantes (psicoterapia, reforço à auto-estima, estratégias de evitação). Em síntese, ambos os discursos posicionam as vítimas como responsáveis individualmente pelas vivências de violência conjugal, bem como pelo enfrentamento e superação desta situação. Consequentemente, o papel do(a) profissional se restringe a auxiliá-las a encontrar respostas para o problema, numa lógica de “cura por esbatimento dos sintomas”.

Retomando a proposta de apresentar o processo de análise de discurso, é importante lembrar as críticas apontadas por Antaki, Billig, Edwards e Potter (2003) para erros comuns em diversos tipos de estudos qualitativos, o que chamam de “pseudo-análises”. No exemplo que trazemos, restringirmos a análise de discurso à simples constatação do paradoxo social *versus* psicológico seria uma “pseudo-análise por localização de elementos”, que consiste em apenas identificar e localizar elementos ou características dos dados sem apresentar nenhuma informação ou reflexão adicional; ou uma “pseudo-análise circular”, em que as citações empregadas são explicadas a fim de sustentar a existência do repertório/discurso em termos

desta mesma entidade. De modo semelhante, restringirmos a análise à “avaliação” das intervenções da entrevistada seria realizar uma “pseudo-análise baseada na tomada de posição ou juízo de valor”, fundamentada em aspectos como a moral, a posição política ou pessoal do(a) analista a fim de censurar (ou fomentar) alguma fala. Mais do que um julgamento da atitude individual da profissional cujo discurso está sendo analisado, devemos compreender sua fala como fundamentada nos recursos socialmente disponíveis para compreender o fenómeno da violência. E, para isso, é necessário identificar as condições de possibilidade deste(s) discurso(s).

Chamamos de condições de possibilidade todos os aspectos (históricos, sociais, culturais, ideológicos, económicos, etc.) que, de forma articulada, engendram um determinado discurso. Para que a análise de discurso realmente se identifique como crítica, tais condições devem ser esmiuçadas, questionadas e desconstruídas para que, alternativamente, novos discursos e práticas se estabeleçam. Seguindo alguns dos “passos” apresentados por Parker (2005), é preciso falar sobre as redes de relação que dão sentido ao texto, destacar os padrões existentes, nomear alguns discursos como compromissos sociais que tornam possíveis os arranjos sociais contraditórios e ressaltar os aspectos relacionados à ideologia e ao poder.

No tema em questão, encontramos uma rede de relação entre discursos aparentemente contraditórios (explicações sociológicas *versus* intervenções individuais) que constroem a violência de género como um problema de foro íntimo, delicado e complexo, ainda que tenha raízes socioculturais. O social entra sob a lógica da socialização discutida acima (Nogueira, 2001c): a “cultura” destas famílias actua como uma “essência” que, depois de internalizada, torna-se inalterável. Desta forma, filhas de mulheres agredidas passam a considerar esta situação “normal”, repetindo este padrão nas suas relações afectivas devido a “processos de modelagem” ou “imitação”, os quais apenas poderão ser alterados pela psicoterapia ou pelo reforço à auto-estima (estratégias individuais).

As discussões de Lavis et al (2005) sobre a integração da violência doméstica no campo dos cuidados de saúde são úteis para entendermos este paradoxo. Segundo as autoras, apenas muito recentemente os profissionais da saúde foram chamados para intervir em um problema que, até então, era visto como predominantemente social. Esta alteração na construção da violência doméstica significa uma redução de limites entre as disciplinas, com a integração de um complexo problema social nas obrigações e responsabilidades dos(as) profissionais de saúde, o que traz vantagens, mas também alguns dilemas. A utilização do modelo médico, predominante no campo da saúde e fundamentado pelo paradigma científico

da modernidade, leva à individualização dos problemas, os quais são reduzidos a categorias de diagnóstico (de doença) e de tratamento. Assumindo a perspectiva individual, o discurso médico redefine e reduz a complexidade dos factores sociais e de saúde envolvidos na violência doméstica em termos dos atributos individuais da mulher agredida. Assim, podemos afirmar que o discurso sociológico anteriormente identificado se aproxima ao discurso médico, hegemónico no campo dos cuidados em saúde.

De modo semelhante, o discurso psicológico dominante é oriundo do paradigma moderno, preocupando-se em estabelecer leis, prever acontecimentos e determinar os padrões de normalidade e anormalidade. A ideologia do individualismo marcou a instauração da psicologia a partir da noção de um indivíduo moralmente autónomo, senhor de si, livre dos vínculos e determinismos universais definidos pela cultura. A psicologia científica do início do século XX, a criação de inúmeros laboratórios experimentais e o desenvolvimento da psicométrie são exemplos da busca por um método objectivo para o conhecimento do ser humano, medição de seu comportamento e ajuste à ordem social vigente (Dimenstein, 2000, Kastrup, 1999).

Seguindo a lógica positivista - em que as unidades devem ser separadas para melhor serem estudadas - inicialmente, psicologia e medicina trabalharam em domínios distintos (mente *versus* corpo), sendo que as grandes transformações ocorridas no campo da saúde em meados do século XX representam o auge do paradigma mecanicista. É o caso, por exemplo, da descoberta dos antibióticos e da crescente sofisticação tecnológica da medicina a partir da II Guerra Mundial. Tais transformações consolidaram o modelo científico mas, paradoxalmente, também foram as causas de sua falência. Com o desenvolvimento das sociedades e a melhoria da qualidade de vida das populações, novos problemas foram colocados para o campo da saúde. O aumento das doenças crónico-degenerativas (diferentes tipos de câncer, doenças do coração, hipertensão arterial, doenças mentais), que não se mostram tratáveis por intervenções baseadas no modelo unicausal, representa uma crise na medicina ocidental moderna (Queiroz, 1986).

Neste momento de transição no quadro de morbi-mortalidade (do predomínio das doenças infecciosas para o aumento das doenças crónicas), a importância de aspectos psicológicos e sociais do adoecer se tornou mais evidente, requisitando a intervenção de outras esferas do conhecimento, entre elas a psicologia. A sub-disciplina psicologia da saúde surgiu neste período, buscando responder à necessidade de pensar o processo saúde-doença como um problema social. Contudo, devido às raízes históricas da própria psicologia, isto se

deu a partir dos ideais do paradigma dominante, o positivista (Gioia-Martins & Rocha Júnior, 2001). Desta forma, tanto a medicina comportamental quanto a psicologia da saúde inspiraram-se no behaviorismo, fazendo com que os discursos sobre a saúde ficassem marcados pela noção de que os indivíduos são responsáveis pela sua condição de saúde devido às “escolhas” feitas ou ditadas por seu “estilo de vida”. Prevalece o domínio individual em detrimento das questões socioculturais. De acordo com Nelson, Pancer, Hayward & Kelly (2004), mesmo quando passou a adoptar o modelo biopsicossocial, a psicologia da saúde se deteve numa ênfase individualista, com a dominância de modelos de estresse e estratégias de enfrentamento e modelos cognitivo-sociais para processos psicológicos associados à saúde e doença, permanecendo como foco a condição de saúde dos *indivíduos*, seu estilo de vida e características psicológicas associadas às doenças.

A respeito da temática em análise, Lavis et al (2005) afirmam que a abordagem individualista posiciona as mulheres que vivenciam violência doméstica como objectos de processos de psicopatologização, suprimindo relatos alternativos de resistência e ignorando o amplo contexto social e político que perpetua e sustenta a violência. Desta forma, se estabelece uma relação hierárquica desigual, em que os(as) profissionais de saúde são posicionados como especialistas detentores de poder sobre suas pacientes. A relação assimétrica de poder que se estabelece serve para protegê-los(as) do envolvimento emocional que tais situações podem acarretar, o que é condizente com o modelo positivista de ciência, pautado pela neutralidade. A violência de género, ao ser reduzida a uma categoria diagnóstica, torna-se um problema controlável e manipulável pelos recursos oferecidos pelo discurso médico. Adopta-se um discurso semelhante ao utilizado para lidar com doenças crónicas, em que o papel do(a) profissional é “empoderar” o(a) paciente para introduzir mudanças em seu “estilo de vida” ou situação social a fim de alcançar melhorias na saúde. E, neste caso, a única intervenção considerada efectiva (cura) é o abandono da relação conjugal violenta.

Retomando material analisado, percebemos que as diversas intervenções individualizantes se inserem nesta perspectiva. O reforço à auto-estima é uma estratégia de “empoderamento” e o encaminhamento para a psicoterapia se insere na lógica (reduzida) da classificação diagnóstica. A introdução da violência de género como um problema de saúde não foi acompanhada por um novo modelo de trabalho, sendo vista como apenas mais um problema de saúde entre tantos outros. Na falta de um modelo próprio, as questões relativas à violência doméstica são manejadas de acordo com os repertórios discursivos disponíveis - os discursos médico e psicológico – sendo a individualização e a medicalização da

violência de género os principais (e mais perigosos) efeitos discursivos. Constroem-se práticas de cuidado e intervenção apolíticas, descontextualizadas e redutoras que responsabilizam as vítimas.

Dando seguimento à proposta de “desconstruir” os discursos hegemónicos, a análise de discurso também deve procurar identificar potencialidades, “linhas de fuga” dentro do próprio discurso dominante. No trecho seguinte, podemos identificar que o sentimento de despreparo e a posterior busca por cursos de formação podem representar um momento de abertura para novas possibilidades, reflexões e questionamentos do saber construído.

**M:** E... e a senhora se sente preparada para lidar com essas situações?

**Dr.ª:** Hã... É assim... tem algumas dificuldades, não é?

**M:** Hum hum...

**Dr.ª:** Hã... já fiz algum... alguma formação nessa área...

**M:** Sim...

**Dr.ª:** porque, de facto... quer dizer, a pessoa, sente dificuldade e procura formação nessas áreas...

**M:** Hum hum...

**Dr.ª:** ... e já fiz alguma.

**M:** Hum hum...

**Dr.ª:** E digamos... que é sempre uma situação que... mexe connosco, não é... ?

**M:** Hum hum...

**Dr.ª:** mesmo que a gente não queira, e na hora tenha que ser muito imparcial e tem que... não se pode deixar afectar...

**M:** Hum hum...

**Dr.ª:** mas no fundo é uma coisa que nos afecta, não é?

Numa primeira análise, o sentimento de incapacidade, de sentir dificuldades para lidar com estas situações pode ser entendido como uma “fraqueza” na formação profissional da entrevistada. Indo além da simples crítica, o construcionismo social pretende realizar uma descrição mais positiva do potencial científico, sendo seu objectivo analisar as interacções e as práticas sociais daí resultantes (Nogueira, Neves & Barbosa, 2005). Logo, estes momentos

de busca por formação/capacitação profissional podem servir como espaços de construção de novos saberes. O contacto com referenciais da psicologia crítica pode servir como um “chamamento para a acção”, tal como descrito por Murray e Campbell (2003). Segundo estes autores, é necessário que os(as) profissionais da saúde entrem no fórum político como activistas ao invés de se limitarem a serem apenas “trabalhadores(as)”, saindo da posição de observadores(as) para a de comprometidos(as) socialmente, preocupando-se com o impacto potencial das pesquisas na melhoria da qualidade de vida. O papel da acção e da crítica pode assumir diversas formas, indo desde a participação em movimentos sociais até a exposição teórica dos pressupostos que sustentam as práticas psicológicas. Através da apresentação dos referenciais da epistemologia feminista e da psicologia crítica, as ideias dominantes na disciplina podem ser alteradas, mostrando como elas individualizam e reduzem as noções de saúde e doença.

Este é o caso, por exemplo, da utilização da terminologia “mulher vítima” ou “mulher sobrevivente” de violência. De acordo com Lavis et al (2005), a representação das mulheres que vivenciam violência doméstica como vítimas as posiciona como fracas, passivas, dependentes dos outros e com pouco controle sobre suas vidas. Tal construção é condizente com a posição subjectiva tradicional e com o modelo de resposta evidente no paradigma médico de cuidado. Ignorar a capacidade de agência feminina serve para invalidar sua experiência subjectiva e excluí-la de um papel activo na intervenção. Por outro lado, a utilização da palavra “sobrevivente” significa reconhecer suas estratégias de resistência, ligando-se à noção de uma mulher activa, de força, que busca lidar activamente com o problema. Portanto, fundamentalmente, a alteração no modo de cuidado oferecido para situações de violência de género envolve a renegociação das posições subjectivas tradicionais na interacção médico(a)-paciente e a desconstrução das relações de poder subjacentes.

#### e) Conclusões

O objectivo principal deste estudo era mostrar como os pressupostos e fundamentos da análise de discurso podem concretamente ser realizados. Mais do que simplesmente descrever um “método”, pretendíamos dar visibilidade às potencialidades investigativas deste paradigma para um campo particular de estudo, a violência de género. Acreditamos que as análises aqui apresentadas – ainda que incipientes - indicam de que forma os conhecimentos e saberes existentes – as verdades – podem ser questionadas, desconstruídas e,

fundamentalmente, reconstruídas de modo mais positivo. A violência de género é um tema que, cada vez mais, tem atraído a atenção de governantes e estudiosos(as) e, apesar das diversas pesquisas, legislações e intervenções realizadas em todo o mundo, os números tendem cada vez mais a crescer (Ellsberg & Heise, 2005, Ertürk, 2005, ONU, 2003, WHO, 2005b). Se, por um lado, isto representa uma maior visibilidade do fenómeno e, portanto, uma vitória; por outro, o aumento do número de casos registados expõe a fragilidade destas intervenções que não conseguem, de facto, estancar o problema. Neste sentido, torna-se importante reflectir sobre o tipo de cuidado que tem sido oferecido a estas mulheres. A análise aqui apresentada indica que as intervenções são micro-focadas, direccionadas para o âmbito individual e marcadas pelo discurso médico do paradigma da modernidade que ainda domina na área da saúde, desconsiderando o amplo contexto social e político que sustenta a violência de género. Acreditamos que a análise de discurso representa uma importante ferramenta potencializadora para a investig(ação), uma vez que permite desconstruir os saberes existentes - para, em seguida, reconstruí-los de modo mais abrangente, com um foco nas relações sociais e nos jogos de força e poder, através dos suportes oferecidos pela psicologia da crítica, do construcionismo social e do feminismo.

## **7.2. Análises do discurso na produção científica**

### **i) Estudo I - A investigação científica sobre mulheres e violência em Portugal: Teses e Dissertações**

#### **a) Introdução**

O objectivo deste estudo é proceder a um mapeamento do discurso científico (académico) sobre o tema mulheres e violência, de modo semelhante ao que foi realizado por Bueno, Chamlian, Sousa e Catani (2006), Domingues (2007), Marin, Bueno, e Sampaio (2005) para outros temas. Este tipo de pesquisa também é denominado muitas vezes por “estado da arte”. De acordo com Ferreira (2002, p. 258),

definidas como de carácter bibliográfico, elas parecem trazer em comum o desafio de mapear e de discutir uma certa produção académica em diferentes campos do conhecimento, tentando responder que aspectos e dimensões vêm sendo destacados e

privilegiados em diferentes épocas e lugares, de que formas e em que condições têm sido produzidas certas dissertações de mestrado, teses de doutorado, publicações em periódicos e comunicações em anais de congressos e de seminários. Também são reconhecidas por realizarem uma metodologia de carácter inventariante e descritivo da produção académica e científica sobre o tema que busca investigar, à luz de categorias e facetas que se caracterizam enquanto tais em cada trabalho e no conjunto deles, sob os quais o fenómeno passa a ser analisado.

Deste modo, idealmente, o mapeamento do discurso científico nacional sobre mulheres e violência deveria ter sido efectuado a partir de registos diversos, como artigos científicos, relatórios de pesquisa, trabalhos apresentados em congresso, relatórios de teses e dissertações, catálogos das universidades e outros. Contudo, não existe em Portugal um portal ou motor de busca que integre todas estas informações e que esteja disponibilizado ao público, tal como existe, por exemplo, no Brasil (“Directório dos Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq”<sup>70</sup>, a partir do qual é possível realizar interessantes análises, como a apresentada por Rapini, 2007). Não existe também uma plataforma que integre todas as revistas nacionais e, tampouco, um banco de Teses efectivamente actualizado e com disponibilidade de acesso aos resumos dos trabalhos. Tais obstáculos tornaram a tarefa muito mais árdua e trabalhosa do que inicialmente se supunha, tendo já sido identificados por Lígia Amâncio (2002b, p. 57) e Helena Araújo (2002) quando tentaram efectuar pesquisas semelhantes.

Deste modo, optou-se por focar nas teses de doutorado e dissertações de mestrado, uma vez que geralmente é a partir destes trabalhos que os demais tipos de produção científica são produzidos. Foi também uma decisão “estratégica”, na medida em que acreditava-se que estas informações estariam mais facilmente acessíveis a partir dos catálogos das bibliotecas universitárias. Todavia, advertimos que esta busca não busca a exaustividade, aproximando-se do conceito de mapeamento de Nelly Stromquist (2001, citada por Araújo, 2002, p. 1):

Como instrumento analítico, mapear toma de emprestado algumas noções fundamentais do campo de geografia, como lugar, espaço e situação. (...) [focando] espaços institucionais, ocupados por actores/as centrais, que criam dinâmicas particulares ligadas à produção de conhecimentos, ao trabalho de estabelecimento de margens (*borderwork*) e ao atravessamento de fronteiras (...) Mapear entidades [e] as suas distâncias conceptuais (...) É prosseguido com o objectivo de elucidar posições,

---

<sup>70</sup> Acesso a partir de <http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional/>



identificar as relações entre estas entidades e explorar a convergência e a divergência dessas ideias.

Desta forma, foi realizado um levantamento das dissertações de mestrado e teses de doutoramento realizadas nas principais universidades nacionais a fim de identificar quando o tema “mulheres e violência” surgiu na arena académica, sob qual enfoque e em quais domínios científicos. Em um primeiro momento, foram realizadas análises a partir dos descritores mais amplos que, pela sua temática, poderiam se relacionar ao tema principal (mulheres e violência). Em um segundo momento, os trabalhos que efectivamente abordavam a temática mulheres e violência foram seleccionados e, a partir da leitura dos resumos ou do texto completo, procurou-se identificar também o tipo de método de estudo empregado, instrumentos de pesquisa, bases teóricas e se utilizam ou não uma abordagem feminista e/ou de género.

#### b) Metodologia

Devido às dificuldades já identificadas, a procura por estas informações foi realizada a partir dos sites das bibliotecas universitárias. Através da troca de mensagens electrónicas com os(as) bibliotecários(as) dos serviços, foram solicitadas informações sobre como proceder para localizar teses e dissertações defendidas em cada universidade. De modo geral, as respostas às mensagens foram ágeis e esclarecedoras, com indicações precisas sobre como efectuar a pesquisa nos catálogos, indicações de fundos especiais da universidade e, mesmo, fornecimento de listagens completas por e-mail. Esta busca permitiu, logo de início, constatar que não existe um banco de dados nacional que integre todos os trabalhos de mestrado e doutoramento realizados, ainda que já existam algumas iniciativas neste sentido.

O *DiTed*<sup>71</sup> (Depósito de Dissertações e Teses Digitais) é um serviço desenvolvido através de uma iniciativa conjunta entre a Biblioteca Nacional de Portugal (BNP), o Instituto de Engenharia de Sistemas e Computadores (INESC) e a Biblioteca Central do Instituto Superior Técnico (IST) que se destina a gerir teses e dissertações em formato digital entregues como depósito voluntário na Biblioteca Nacional de Portugal. Uma vez que a obrigatoriedade de Depósito Legal das provas de aptidão pedagógica e científica, teses e dissertações incide apenas sobre as versões impressas dessas obras, o depósito em formato digital é voluntário, podendo ser efectuado directamente pelos autores ou pelos serviços administrativos ou

---

<sup>71</sup> Disponível em: <http://dited.bn.pt/>

bibliotecas das instituições a que os autores pertençam. A iniciativa pretende incluir obras produzidas nos laboratórios de investigação ou instituições de ensino superior nacionais ou produzidas no estrangeiro por investigadores nacionais, estando associada a outros projectos semelhantes, através da iniciativa NDLTD (*Networked Digital Library of Theses and Dissertations*). Contudo, a busca nesta base foi pouco produtiva, uma vez que ainda apresenta um número reduzido de trabalhos, dado o voluntarismo do depósito.

Outra base pesquisada foi a “Doutoramentos realizados ou reconhecidos por Universidades Portuguesas (1970 - 2006)”, mantida pelo Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais (GPEARI), do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (MCTES)<sup>72</sup> e contendo os registos de todos os Doutoramentos, Equivalências a Doutoramento e Reconhecimento de Habilitações do Grau de Doutor desde 1970 a 2006, assim como dados relativos ao Registo dos diplomas do grau de Doutor obtidos no estrangeiro. As informações são recolhidas junto às próprias Universidades. Ainda que a base contenha apenas os trabalhos de doutoramento, mostrou-se relativamente completa e actualizada, conforme comprovado pelo posterior cruzamento com as informações obtidas directamente nas bibliotecas universitárias. Sua limitação reside no facto da busca apenas poder ser efectuada a partir das palavras do título, o que pode levar à exclusão de alguns trabalhos que, apesar de se inserirem na temática pesquisada, não a apresentam no título. O GPEARI também possui um “Registo Nacional de Temas de Teses de Doutoramento em Curso”<sup>73</sup>. Contudo, este não foi utilizado na pesquisa, pois não parece ser tão completo (a autora deste estudo não está cadastrada).

O passo seguinte na localização das teses de mestrado e doutoramento realizadas em Portugal na temática “violência de género/contra mulheres” foi a busca directamente no catálogo das bibliotecas das Universidades. Tal como já citado, contou-se com a orientação dos(as) funcionários(os) dos serviços para a optimização da pesquisa. A seguir, é apresentada uma breve descrição do procedimento adoptado em cada universidade, visto que apresentam algumas diferenças.

- **Universidade do Porto:** a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação disponibilizou por e-mail uma lista actualizada com todas as teses de mestrado e doutorado. Procedimento semelhante foi solicitado ao Departamento de Sociologia da Faculdade de Letras, mas não foi possível de se concretizar. Desta forma, a busca foi efectuada na colecção

---

<sup>72</sup> Disponível em: [http://www.estatisticas.gpeari.mctes.pt/?id\\_categoria=29&id\\_item=161853](http://www.estatisticas.gpeari.mctes.pt/?id_categoria=29&id_item=161853)

<sup>73</sup> Disponível em: [http://www.estatisticas.gpeari.mctes.pt/index.php?id\\_categoria=33&id\\_item=161854](http://www.estatisticas.gpeari.mctes.pt/index.php?id_categoria=33&id_item=161854)

denominada “Núcleo de Dissertações Académicas”, do catálogo da biblioteca central da Faculdade de Letras<sup>74</sup>.

- **Universidade de Coimbra:** a busca foi realizada no “catálogo integrado da biblioteca/Teses da UC”. No site da Faculdade de Sociologia também é possível encontrar o resumo de algumas teses e dissertações.

- **Universidade de Lisboa:** a busca foi realizada no catálogo colectivo (SIBUL) a partir dos descritores adiante apresentados (Quadro I) e posteriormente filtrada por “teses”.

- **Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE):** a busca foi realizada na Base Bibliográfica Geral (Fundo Geral), a partir das orientações dos(as) bibliotecários(as).

- **Universidade Aberta:** o sector de documentação e arquivo possui uma base própria de “Dissertações e Teses defendidas na UAb<sup>75</sup>” dividida por cursos oferecidos. Não possui ferramenta de busca, mas é actualizada periodicamente e apresenta o resumo de todos os trabalhos.

- **Universidade Nova de Lisboa:** não possui base de dados própria nem biblioteca central/catálogo integrado. A busca foi realizada no catálogo da biblioteca de cada Faculdade/Instituto.

- **Universidade da Beira Interior:** a busca foi efectuada no catálogo geral da biblioteca.

- **Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro:** disponibiliza no site da biblioteca uma listagem em formato PDF com todas as teses e dissertações defendidas na universidade (“Catálogo das Provas Académicas da UTAD”)<sup>76</sup>, bem como de professores da UTAD defendidas em outras instituições. Informações actualizadas até Agosto de 2007.

- **Universidade do Minho:** seguindo orientações dos(as) bibliotecários(as), a busca foi realizada no catálogo de teses e dissertações do portal da biblioteca. Além disso, possui o RepositoriUM, onde são disponibilizados diversos tipos de documentos em formato digital resultantes das actividades de investigação desenvolvidas na Universidade do Minho, essencialmente a partir do ano 2004 (mas não só).

---

<sup>74</sup> Disponível em: <http://sdi.lettras.up.pt/default.aspx?pg=8coleccoes.ascx&m=8&s=17>

<sup>75</sup> Disponível em: [http://www.univ-ab.pt/sda/diss\\_teses.html](http://www.univ-ab.pt/sda/diss_teses.html)

<sup>76</sup> Disponível em: [http://www.utad.pt/pt/instituicao/vice\\_reitorias/doc\\_extensao/bibliotecas/index.html](http://www.utad.pt/pt/instituicao/vice_reitorias/doc_extensao/bibliotecas/index.html)

- **Universidade dos Açores:** busca efectuada na base bibliográfica geral do catálogo dos serviços de documentação.

- **Universidade do Algarve:** busca efectuada no catálogo de busca geral da biblioteca - base de dados “SD-Teses”.

- **Universidade de Aveiro:** de acordo com orientações dos(as) bibliotecários, a busca foi realizada no catálogo bibliográfico – “Fundos Especiais – Provas Académicas da UA (Mestrado e Doutoramento)”. Também possui um motor de busca bibliográfico (“ColCat”) que integra o catálogo de diversas universidades do país.<sup>77</sup>

- **Universidade da Madeira:** busca realizada no catálogo geral da biblioteca.

A pesquisa nas bases de dados utilizou sempre os mesmos descritores/palavras, de modo a produzir resultados semelhantes. Nos casos em que não havia uma base de dados própria para teses e dissertações, ou que não era possível filtrar estes resultados através dos catálogos, utilizava-se também o descritor “tese”. As palavras/descriptores utilizados nas buscas foram escolhidas de modo a produzir o maior número possível de resultados associados à temática “violência contra as mulheres”, conforme pode ser visualizado no Quadro I. A pesquisa foi realizada entre Novembro e Dezembro de 2007.

#### Quadro I – Descritores utilizados para pesquisa bibliográfica

Violência	Filtrados por “tese”
Mulher(es)	
Género	
Abuso	
Violação	
Feminismo – Feminista – Feminino(a)	
Rapariga(s)	

<sup>77</sup> O conhecimento deste motor de busca se deu apenas após a maior parte das pesquisas já ter sido realizada. Desta forma, foram realizadas novas buscas apenas para complementar as anteriores. Contudo, poucos dados novos foram acrescentados.

### c) Apresentação e Discussão dos Resultados

Os resultados das pesquisas foram agrupados em quadros (por descritor e universidade), as quais continham as seguintes informações: título do trabalho, autor(a), orientador(a), ano e programa de mestrado ou doutorado em que está inserido. A partir dos dados disponíveis nestes quadros (Anexo J), passamos a uma análise mais detalhada da temática dos estudos, efectuada a partir do título dos trabalhos, ano, nível de estudo (mestrado ou doutoramento) e universidade de origem, agrupadas de acordo com o descritor de busca empregado.

No descritor “violência”, encontramos 94 trabalhos de mestrado e doutoramento que continham esta palavra no seu título ou nas palavras-chave. A distribuição por universidade, nível (Mestrado ou Doutorado) e domínio científico pode ser visualizada na Tabela I.

O domínio científico que concentra o maior número de pesquisas sobre violência é a Psicologia (21 trabalhos), seguida por Ciências da Educação (13 trabalhos) e Sociologia (12 trabalhos), a qual se equipara à Medicina (12 trabalhos), quando agrupamos as especialidades de Saúde Pública (05 trabalhos), Medicina Legal (04 trabalhos) e Psiquiatria (03 resultados). As demais investigações se distribuem por áreas diversas. A análise dos temas indica que a violência conjugal/violência contra as mulheres é a mais pesquisada (24 trabalhos), seguida pela violência no contexto escolar (09 trabalhos) e a praticada contra crianças e jovens (08 trabalhos). Em seguida, temos investigações sobre violência veiculada na televisão ou no cinema (06 trabalhos), a violência na família (05) e o *bullying* (04). Os demais temas de pesquisa são bastante diversificados, incluindo: violência sexual, estudos sobre características psicológicas do agressor, violência no trabalho (*mobbing*), discriminação cultural/étnica, violência urbana, violência nos jogos electrónicos, no desporto (especialmente no futebol), no Direito e em conflitos armados. Se agruparmos os principais temas em categorias mais abrangentes, temos uma predominância de estudos que se focam em dois contextos:

1 - Familiar (violência conjugal e dos pais contra os filhos);

2 - Escolar (entre os alunos, *bullying*, da própria escola contra os alunos e violência familiar que se manifesta no espaço escolar).

**Tabela I: Síntese dos dados para o descritor “violência”**

	UM		UC		ISCTE		UP		UAB		UAÇ		UALG		UAV		UL		UMAD		UBI		UNOVA		UTAD		TOTAL		
	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D		M	D
Psico.	03	03	01	01	-	-	11	01	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21
C. Educ.	-	-	05	01	01	-	-	-	-	-	-	-	03	-	-	-	01	-	-	-	-	-	02	-	-	-	-	-	13
Sociol.	-	-	01	-	03	01	-	01	-	-	-	-	-	01	-	-	01	-	-	-	-	-	04	-	-	-	-	-	12
Saúde Pública	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	04	-	-	-	-	-	05
História	-	-	03	01	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	05
C. Comun.	-	-	01	-	-	-	-	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	05
Medicina Legal	-	-	03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	04
Psiquiatria e Saúde Mental	-	-	-	-	-	-	03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	03
Est. Lit.	01	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	03
Estudos Africanos	-	-	-	-	03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	03
Antropol.	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	02
Adm. E Gestão Educ.	-	-	-	-	-	-	-	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02
C. Desporto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02
Rel. Interculturais	-	-	-	-	-	-	-	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02
Saúde Escolar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02
Filosofia	-	-	-	-	-	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02
Est. S. Mulheres	-	-	-	-	-	-	-	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02
Teoria e Análise Cultural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Odontol.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Direito	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Rel. Intern.	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Saúde Ocupacional	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Indefinido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	01
<b>TOTAL</b>	04	03	17	03	08	01	16	02	09	00	00	01	01	00	03	00	08	02	04	00	12	0	-	-	-	-	-	-	<b>94</b>
	<b>07</b>		<b>20</b>		<b>09</b>		<b>18</b>		<b>09</b>		<b>01</b>		<b>01</b>		<b>03</b>		<b>10</b>		<b>04</b>		<b>12</b>		<b>00</b>		<b>00</b>		<b>00</b>	<b>94</b>	

Quanto à distribuição por anos, o trabalho mais antigo identificado data de 1985, sobre violência conjugal em uma zona degradada do Porto, no âmbito de uma especialização em Saúde Pública, realizado por Manuel Fernandes Pinheiro. No início da década de 1990, temos a tese de Doutoramento em História de Irene Vaquinhas sobre a violência em uma sociedade rural, e a dissertação de Mestrado em Psicologia de Maria Júlia Mesquita, sobre o impacto da televiolência na socialização das crianças. Até o início dos anos 2000, identificamos um reduzido número de trabalhos sobre a temática (menos de cinco por ano), com um incremento na produção nos últimos cinco anos (nove trabalhos em 2005, vinte e quatro em 2006 e oito em 2007). Estes dados, conjugados à análise dos níveis dos estudos (82 em Mestrado e 12 em Doutorado), indicam que a violência (em geral) ainda é um tema emergente na investigação nacional.

No descritor “género” (Tabela II) foram identificados 96 trabalhos, distribuídos nas temáticas educação/contexto escolar (16 resultados), contexto laboral (15 resultados), questões ligadas à sexualidade feminina (gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, aborto, etc., 11 resultados) e aspectos ligados à construção identitária (10 resultados). Com menos destaque, apareceram investigações sobre o contexto familiar, masculinidade e política, e o género utilizado como sinónimo de sexo em estudos comparativos entre homens e mulheres. O primeiro estudo localizado é de Miguel Vale de Almeida, em 1994, sobre masculinidade. Em 1995, Luísa Saavedra apresentou sua dissertação de Mestrado em Psicologia sobre identidade de género e escolha da carreira em adolescentes e em 1997 Conceição Nogueira concluiu sua tese de doutorado onde propunha uma inclusão da psicologia feminista crítica na psicologia social.

A análise da distribuição dos estudos por anos mostra que, na década de 1990, há uma presença pequena e regular (em torno de quatro a seis estudos por ano) de estudos sobre género, com um maior predomínio na última década, especialmente a partir de 2004 (16 estudos). De modo semelhante ao que identificamos nos descritor violência, notamos que esta é uma área que ainda se encontra em expansão, com um número maior de estudos de mestrado (80 estudos) quando comparados aos de doutoramento (16 estudos). Quanto aos domínios científicos, as Ciências da Educação se destacam, com 24 trabalhos produzidos, seguidos pela Psicologia (14 trabalhos), os Estudos sobre as Mulheres (13 trabalhos) e a Sociologia (11 trabalhos).

Tabela II – Síntese dos dados para o descritor “gênero”

	UM		UC		ISCTE		UP		UAB		UAÇ		UALG		UAV		UL		UMAD		UBI		UNOVA		UTAD		TOTAL
	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	
C. Educ.	03	02	01	01	-	-	16	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	
Psico.	03	01	01	-	06	01	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	
Estudo sobre as Mulheres	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	
Sociol.	02	01	01	-	01	04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	11	
C. Comun.	-	-	-	-	01	-	01	-	02	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	05	
Antropol.	-	-	-	-	02	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	04	
Rel. Internacionais	-	-	-	-	-	-	-	-	04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	04	
Estudos Americanos	-	-	-	-	-	-	-	-	03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	03	
Estudos da Criança	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	
Gestão	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	
Economia	-	-	-	-	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	
Família e Sociedade	-	-	-	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	
Estudos Ingleses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	
História	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	
Estudos Africanos	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	
Estudos Literários	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	
Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	
Linguística	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	01	
Indefinido	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	03	
<b>TOTAL</b>	12	04	03	01	14	10	20	0	22	0	0	01	02	0	04	0	02	0	0	0	0	0	01	0	0	<b>96</b>	
	<b>16</b>		<b>04</b>		<b>24</b>		<b>20</b>		<b>22</b>		<b>01</b>	<b>02</b>		<b>04</b>		<b>02</b>		<b>02</b>		<b>00</b>		<b>00</b>		<b>01</b>		<b>96</b>	



A análise da distribuição dos estudos por anos mostra que, na década de 1990, há uma presença pequena e regular (em torno de quatro a seis estudos por ano) de estudos sobre gênero, com um maior predomínio na última década, especialmente a partir de 2004 (16 estudos). De modo semelhante ao que identificamos nos descritor violência, notamos que esta é uma área que ainda se encontra em expansão, com um número maior de estudos de mestrado (80 estudos) quando comparados aos de doutoramento (16 estudos).

O descritor “mulheres” (Tabela III) foi o que produziu o maior número de resultados (214), o que se justifica pela grande abrangência do termo, havendo também uma grande dispersão nos domínios científicos. “Estudos Literários” e “História” foram os que concentraram o maior número de estudos (25 cada), seguidos pelos “Estudos Ingleses” (23), “Sociologia” (19) e os “Estudos sobre as Mulheres” (15). A “Psicologia”, que nos outros descritores ocupava os primeiros lugares, aqui esteve na quinta posição.

As temáticas das investigações se concentraram, principalmente, no que chamamos de “mulheres na literatura” (50 estudos). Ou seja, análises do papel das mulheres tanto como autoras quanto como personagens de obras literárias. De modo semelhante, as “mulheres na história” (49 estudos) incorporam as investigações sobre o papel das mulheres na história portuguesa e/ou mundial, análises de alterações nas posições, responsabilidades e direitos feminino, bem como relatos biográficos de mulheres importantes (“personalidades”). Com menos destaque, temos estudos sobre a educação das mulheres, análises sobre diferenças étnicas (muçulmanas, chinesas, brasileiras, judias, indianas, ciganas) e sobre a gestação. Um outro grupo importante de estudos se insere na temática “mulheres e África” (10 trabalhos). Por fim, há investigações ligadas à saúde das mulheres (câncer, HIV/Sida e menopausa) e outros temas dispersos.

A distribuição por anos segue o padrão dos descritores anteriores: entre meados da década de 1980, menos de três trabalhos por ano; entre 1990 e 1995, cerca de seis trabalhos por ano e, partir de 1995, um aumento considerável de investigações, especialmente nos últimos três anos, com mais de 20 trabalho/ano a partir de 2003. De modo semelhante, os estudos de Mestrado (186) superam os de Doutoramento (28), indicando que este é um tema ainda em desenvolvimento.

**Tabela III – Síntese dados para o descritor “mulheres”**

	UTL		UM		UC		ISCTE		UP		UAB		UAÇ		UALG		UAV		UL		UMAD		UBI		UNOVA		UTAD		TOTAL	
	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D		
Estudos Literários	-	-	02	-	03	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	06	01	01	-	03	-	07	-	01	-	25
História	-	-	01	-	-	-	01	-	04	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	06	-	-	-	-	11	01	-	-	25	
Estudos Ingleses	-	-	03	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	02	-	-	03	01	-	-	23	
Sociol.	01	-	02	-	03	-	01	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	01	-	01	-	03	03	-	01	19	
Estudo sobre as Mulheres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	
Psico.	-	-	01	02	-	01	04	-	01	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	01	-	-	-	-	-	-	-	14	
Estudos Portugueses e/ou Brasileiros	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	08	-	-	-	10	
Antropol.	-	-	-	-	01	-	03	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	04	-	-	-	10	
Saúde Pública	-	-	-	-	01	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	07	-	-	-	09	
Estudos Americanos	-	-	-	-	01	-	-	-	01	-	05	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	08	
C. Educ.	-	-	02	-	-	-	-	-	02	01	-	-	-	-	-	-	-	01	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	07	
Estudos Africanos	-	-	-	-	-	-	02	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	03	-	-	-	-	01	-	-	-	07	
C. Comun.	-	-	-	-	01	-	01	-	-	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	05	
Estudos Românicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	05	-	-	-	-	-	-	-	-	05	
Gestão	-	-	01	-	01	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	04	
Estudos de SIDA	-	-	-	-	03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	03	
Filosofia	-	-	-	-	-	01	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	03	
Relações Internacionais	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	
Literatura Alemã	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	02	
Ecologia Humana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01	



A busca realizada pelo descritor “feminismo/feminista/feminino(a)” (Tabela IV) produziu 88 resultados (após a eliminação dos repetidos com “mulheres”), com um amplo predomínio dos “Estudos Ingleses” (23 trabalhos), seguido pelos “Estudos sobre as Mulheres” (12 trabalhos) e “Ciências da Educação” (10 trabalhos). A Psicologia surge na oitava posição, com apenas três trabalhos de mestrado, todos realizados na Universidade do Minho. O tema mais investigado foi, de longe (28 trabalhos), a presença das mulheres na literatura (como personagens ou como autoras), seguido por investigações sobre os movimentos de mulheres (feministas ou não) e análises do papel das mulheres na história (portuguesa e mundial). Diferentemente do que foi encontrado nos outros descritores, há uma distribuição mais homogênea e constante destes estudos ao longo dos anos, sendo o trabalho mais antigo de 1962 (Maria Luísa Patrocínio, “O movimento feminista em Inglaterra”). Apesar desta regularidade ao longo do tempo, os últimos cinco anos apresentam uma produção maior e há apenas quatro trabalhos de Doutoramento.

Os temas “abuso e violação” e “rapariga(s)” foram os que apresentaram o menor número de trabalhos. Em parte, isso ocorre pela sobreposição com os temas anteriores. Nestes casos, a partir da análise dos títulos dos trabalhos, os estudos foram contabilizados em apenas uma categoria (naquela em que melhor se inseriam), tendo sido excluídos aqueles que abordavam o abuso de drogas/substâncias psico-activas.

“Abuso e violação” sexual (Tabela V) são temas investigados prioritariamente pelas Faculdades de Psicologia da Universidade do Minho e da Universidade do Porto, essencialmente no nível de Mestrado, muito provavelmente porque ambas as faculdades possuem linhas de pesquisa na área da psicologia da justiça. Inclui investigações sobre punições e castigos físicos de crianças, violência sexual praticada contra crianças, representações de profissionais - como juízes e educadores - sobre os maus-tratos de crianças, sobre a presença do tema violação na ficção e sobre características dos abusadores. De modo semelhante ao que identificamos nos outros temas, ainda é bastante recente nas investigações – o registo mais antigo data de 2000 - não tendo sido localizado nenhum trabalho de Doutoramento.

**Tabela IV – síntese dos dados “feminismo/feminista/feminino(a)”**

	UTL		UM		UC		ISCTE		UP		UAB		UAÇ		UALG		UAV		UL		UMAD		UBI		UNOVA		UTAD		TOTAL
	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	
Estudos Ingleses	-	-	02	01	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	07	-	10	-	-	-	-	-	-	02	-	-	23
Estudo sobre as Mulheres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
C. Educ.	-	-	04	-	01	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	03	01	-	-	-	-	-	-	-	-	10
Saúde Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	08	-	-	08
História	-	-	02	-	-	-	01	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	-	-	07
Estudos Literários	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	01	-	-	-	-	-	01	01	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	06
Estudos Americanos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	02	-	-	04
Psico.	-	-	03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	03
Sociol.	-	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	03
Antropol.	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02
Estudos Românicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	01	-	-	02
Indefinido	-	-	01	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02
Economia	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Gestão	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Estudos franceses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Estudos Clássicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Estudos Alemães	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Design	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
<b>TOTAL</b>	00	00	17	01	02	00	01	00	05	00	14	00	01	00	00	00	10	02	17	01	01	00	00	00	15	00	01	00	<b>88</b>

**Tabela V – Síntese dados para os descritores “abuso” e “violação”**

	UTL		UM		UC		ISCTE		UP		UAB		UAÇ		UALG		UAV		UL		UMAD		UBI		UNOVA		UTAD		TOTAL						
	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D			
<i>Psico.</i>	-	-	03	-	-	-	-	-	03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	07		
<i>Estudos Ingleses</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01		
<i>Indefinido</i>	-	-	-	-	00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	00		
<b>TOTAL</b>	0	0	03	0	01	0	0	0	03	0	0	0	0	0	01	0	0	0	01	0	01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>08</b>

**OBS:** foram eliminados 05 resultados referentes a abuso de drogas/substâncias psicoativas.

**Tabela VI – Síntese dados para o descritor “rapariga(s)”**

	UTL		UM		UC		ISCTE		UP		UAB		UAÇ		UALG		UAV		UL		UMAD		UBI		UNOVA		UTAD		TOTAL						
	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D			
Estudos sobre as mulheres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02		
C. Educação	-	-	-	-	-	-	-	-	01	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02		
Educação Física e Lazer	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01		
<b>TOTAL</b>	00	00	01	00	00	00	00	00	01	01	02	02	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	<b>05</b>

Os estudos sobre “raparigas” (Tabela VI) foram realizados nos últimos três anos, concentrando-se no nível de Mestrado e nos domínios “estudos sobre as mulheres” e “educação” (incluindo-se também “educação física e lazer”), com predomínio da Universidade Aberta (provavelmente devido ao Mestrado Interdisciplinar em Estudos das Mulheres), Universidade do Porto e Universidade do Minho. Os temas se relacionam à educação das raparigas e a presença feminina em desportos masculinos (como o futebol).

O levantamento dos estudos aqui realizado permite confirmar as afirmações de que, em Portugal, o interesse académico pelas questões relativas às mulheres e feminismo somente obteve maior destaque durante o período conhecido por “segunda vaga”, particularmente após à Revolução de Abril (ainda que algumas iniciativas neste sentido já se fizessem anteriormente), dado o maior número de estudos de mestrado em comparação aos de doutoramento, bem como pela maior concentração de investigações a partir da metade da década de 1990 e, principalmente, da década de 2000.

A distribuição quanto ao sexo dos(as) autores(as) das investigações revelou um amplo predomínio de mulheres (Tabela VII). Entre o total de 507 estudos localizados, apenas 68 foram realizados por homens (13,41%). Este dado nos leva a concluir que os estudos sobre “violência”, “género” e “mulheres” interessam, principalmente, às mulheres, confirmando as afirmações de que a maioria dos estudos sobre mulheres é realizada por mulheres (Neves & Nogueira, 2004). Por outro lado, não podemos deixar de destacar que pode ter havido um viés decorrente das estratégias utilizadas para a localização dos trabalhos, uma vez que os descritores empregados não continham palavras como “masculinidade” ou “homens”. Ainda assim, acreditamos que a partir do descritor “género” pelo menos alguns destes estudos poderiam ter sido localizados.

Castaño-Lopez, Plazaola-Castaño; Bolívar-Muñoz e Ruíz-Peres (2006), em um estudo sobre publicações que abordam as temáticas mulheres, saúde e género na Espanha, também encontraram uma importante desigualdade de género na produção científica do país - com um escasso número de publicações cujas primeiras autoras são mulheres e diferenças nos temas investigados por mulheres e homens. Em parte, isso se deve à dificuldade que os estudos de género, especialmente sob uma perspectiva

**Tabela VII – Distribuição dos estudos de acordo com o descritor, sexo do(a) autor(a) e Universidade**

	VIOLÊNCIA		GÊNERO		MULHERES		ABUSO/VIOLAÇÃO		FEMINISMO/FEMINISTA FEMININO(A)		RAPARIGAS		TOTAL
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
UM	8	-	14	02	13	01	02	01	17	01	01	-	60
UC	18	02	03	01	15	03	-	01	02	-	-	-	45
ISCTE	05	03	18	06	16	02	-	-	01	-	-	-	51
UP	16	01	18	02	20	02	03	-	05	-	02	-	69
UAB	07	01	17	05	23	01	-	-	12	02	02	02	70
UAÇ	01	-	01	-	01	-	-	-	-	01	-	-	04
UALG	01	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	03
UAV	-	03	04	-	02	-	01	-	10	02	-	-	22
UL	07	03	-	02	45	03	01	-	17	01	-	-	79
UMAD	-	-	-	-	03	-	-	-	01	-	-	-	04
UBI	01	03	-	-	04	-	-	-	-	-	-	-	08
UNOVA	11	02	-	01	52	04	-	-	12	03	-	-	85
UTAD	-	-	01	-	02	01	-	-	01	-	-	-	05
UTL	01	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	02
	76	18	78	19	197	17	07	02	78	10	03	02	439
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>		<b>97</b>		<b>214</b>		<b>09</b>		<b>88</b>		<b>05</b>		<b>507</b>



feminista, tiveram e ainda têm para ingressar no domínio científico espanhol, bem como às históricas barreiras impostas às mulheres no acesso ao conhecimento e à tecnologia. Em Portugal não se passa algo muito diferente, visto que ambos os países compartilham semelhanças na sua história política que têm repercussões no desenvolvimento dos movimentos feministas e de mulheres (Nogueira, 2002b).

A análise dos temas dos trabalhos realizados por homens mostra que dizem respeito, principalmente, a questões femininas, tais como: o papel e as representações das mulheres na história e na literatura, aspectos relacionados ao desempenho e à escolarização das mulheres, saúde das mulheres (HIV/AIDS, aborto, maternidade, cancro) mulheres em situações tipicamente masculinas (no futebol, nas Forças Armadas). Com menos destaque, aparecem trabalhos que envolvem as desigualdades e as representações sociais de género (feminino e masculino), estudos sobre violência (em geral, na escola, no trabalho, no futebol) e, com uma presença ainda menor, estudos que envolvem temas “masculinos” (paternidade, masculinidade e estereótipos masculinos). Ou seja, os poucos homens que começam a se interessar pela temática não parecem estar especialmente preocupados em investigar a masculinidade. Contudo, reconhecemos que, além do viés de selecção do material já discutido, isso ocorre porque um objectivo compartilhado pelos “estudos de género”, as “epistemologias feministas” ou os “estudos sobre as mulheres” - ainda que possam apresentar diferenças entre si – é “dar voz” às mulheres. Ou seja, há uma preocupação em questionar o facto de os meios de se conhecer e falar sobre as mulheres e seus mundos terem sido, durante muito tempo, descritos por homens. Ao que parece, aqueles homens que, aos poucos, passaram a se integrar neste campo, seguiram a trilha traçada pelas mulheres pesquisadoras, interessando-se pelos mesmos temas e problemas e preocupando-se em “ouvir a voz das mulheres”.

O reduzido número de estudos sobre masculinidade e questões masculinas também reflecte o facto de os novos modelos masculinos terem sido desencadeados pelas alterações nos papéis e posições das mulheres. Não foram, portanto, resultado de uma batalha ou de uma insatisfação masculina (como no caso das mulheres). Enquanto para as mulheres abordar o terreno masculino do trabalho e da profissão era emancipador, para os homens, assumir as mudanças e fragilidades por elas causadas na sua masculinidade era “desvirilizante” e, portanto, socialmente desvalorizado (Rocha-Coutinho, 2006, p. 68). Deste modo, os *man's studies* ainda dão seus primeiros passos

em Portugal, tal como já foi reconhecido por Amâncio (2004) e Prazeres (2007), embora já comece a haver alguma produção teórica neste sentido<sup>78</sup>.

A análise conjunta das informações obtidas nos descritores “mulheres” e “feminismo/feminino/feminista” demonstra que estes são temas de intensa produção teórica (total de 302 resultados), especialmente no campo dos estudos literários, confirmando o que já foi afirmado por Nogueira (2001b), de que as feministas portuguesas destacaram-se pela produção literária, tal como a polémica publicação, em 1972, das “Novas Cartas Portuguesas” das então designadas “Três-marias” (Maria Isabel Barreno, Maria Teresa Horta e Maria Velho da Costa), um verdadeiro manifesto feminista que deu origem a um processo judicial que, por sua vez, desencadeou uma onda de solidariedade que ultrapassou as fronteiras nacionais e europeias. Na busca aqui realizada, o trabalho mais antigo no descritor “feminismo/feminista/feminino” data de 1962 (Maria Luísa Patrocínio, “O movimento feminista em Inglaterra”). A este respeito, não podemos deixar também de ressaltar que o facto de não termos localizado estudos anteriores através desta busca não significa que estes não existam. Devido à forma com que as informações foram aqui colectadas, reconhecemos que muitos trabalhos podem ter sido desconsiderado simplesmente pelo facto de não estarem disponíveis no catálogo das bibliotecas universitárias. As iniciativas do feminismo do início do século XX, tal como o Grupo Português de Estudos Feministas, liderado por Ana de Castro Osório, fundadora também da Liga Republicana de Mulheres Portuguesas, em 1909, ou Conselho Nacional de Mulheres Portuguesas (CNMP), fundado por Adelaide Cabete em 1914 e que iria durar até 1947 são exemplos da intensa actividade feminina e feminista existente no país daquela época. Contudo, sabemos que, por diversos motivos, havia muitas dificuldades para que divulgassem sua produção teórica, tal como comprova o encerramento compulsório do CNMP em 1947, justamente na sequência de uma exposição sobre mulheres escritoras de todo o mundo (Guimarães, 1991, Lamas, 1995).

Todavia, encontramos no domínio da psicologia um número bastante inferior de investigações (17 no total), encontrando-se na sexta posição para o descritor “mulheres”

---

<sup>78</sup> Devemos referir alguns estudos sobre masculinidade de que temos conhecimento através do contacto pessoal, embora não tenham sido identificados na busca aqui realizada, pois não abordam a temática da violência conjugal contra mulheres. Na Universidade do Minho, as investigações de Doutoramento em curso de Carlos Barbosa (a violência na construção social da masculinidade) e Luís Felipe Santos (discursos masculinos sobre emoções em situações de ruptura conjugal), realizados sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Conceição Nogueira; e a tese de doutoramento de Óscar Ribeiro (2007) no Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade do Porto sobre o idoso prestador informal de cuidados, co-orientada por Conceição Nogueira. Na área de Género, Feminismo e Políticas para a Igualdade do Departamento de Psicologia Social e das Organizações do Instituto de Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE), sob a coordenação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lúcia Amâncio, o trabalho de Doutoramento de António Manuel Marques (2007) sobre profissões masculinas, e outras investigações realizadas por este grupo publicadas em Amâncio (2004).

e na oitava posição para o descritor “feminismo/feminista/feminino”. Estes resultados confirmam as dificuldades já discutidas por Nogueira, Saavedra e Neves (2006) para a implantação de um projecto efectivamente feminista na academia portuguesa. Entre estes obstáculos estão o longo período ditatorial a que o país foi submetido, o qual teve importantes reflexos na vida das mulheres portuguesas (Azambuja, Nogueira & Saavedra, 2007), o tardio surgimento de cursos de psicologia em universidades públicas (Nogueira, Saavedra & Neves, op cit) e características próprias da psicologia, fortemente marcada pelo paradigma científico moderno, o qual implicou na total ausência ou desvalorização da figura feminina por muito tempo (Saavedra & Nogueira, 2006).

Apenas a partir da “segunda vaga” do feminismo e de sua forte crítica ao paradigma científico tradicional as mulheres começaram a ter algum espaço no domínio da psicologia. No contexto internacional, o surgimento da “psicologia da mulher” institucionalizou-se com a criação da Divisão 35 (*Psychology of Women Division*) no seio da *American Psychological Association* (APA), em 1974, e da *British Psychological Association* (Amâncio, 2002a). Contudo, a “psicologia da mulher” posteriormente foi criticada pelo facto de pressupor uma visão essencialista ao sugerir que as mulheres são um grupo unitário que partilha um conjunto de qualidades, traços e capacidades, inatas ou adquiridas que lhes condicionam o comportamento. Igualmente, existe a crítica de que muitas pessoas pesquisam sobre mulheres sem, necessariamente, utilizarem a crítica feminista. Desta forma, em muitos casos, a psicologia das mulheres é pouco diferente da psicologia tradicional, apenas com a adição de mulheres como tópico de estudo (Saavedra & Nogueira, op cit, p. 121).

Por outro lado, na análise de Amâncio (2002b), o tardio desenvolvimento da psicologia e do feminismo académico em Portugal representou algumas vantagens para a instalação de um projecto de psicologia efectivamente feminista. Devido à tardia criação dos cursos de psicologia, não houve a institucionalização dos “estudos das mulheres” (*women’s studies*), em termos mundiais ocorridos na década de 1970. Efectivamente, de acordo com Ferreira (2001), em 1995, os *women’s studies* davam ainda os primeiros passos no país, constituindo uma dimensão clandestina e oculta desta área, “perdida” nas mais variadas actividades académicas e deixando antever a sua continuação como um campo subsidiário e complementar. Consequentemente, de acordo com Amâncio (2002b), os debates entre *women’s studies* e *gender studies* não

ocorreram na psicologia portuguesa e, diferentemente do que se passou em outros países, não houve uma resistência de grupos já estabelecidos e dominantes na área contra a criação de uma psicologia feminista. Este facto pode ser visualizado na pesquisa aqui apresentada se tomarmos em consideração que, no descriptor “género” (Tabela II), a psicologia encontra-se na segunda posição (com 14 estudos identificados), logo após às ciências da educação (24 estudos identificados). Ainda assim, devido ao tipo de informação que estas análises se baseiam (título do trabalho), não podemos saber se estes estudos contemplam uma orientação efectivamente feminista ou se apenas utilizam o conceito de género para dar um “aspecto moderno” à investigação (Castaño-López, Plazaola-Castaño, Bolívar-Muñoz & Ruíz-Perez, 2006), reproduzindo utilizações arbitrárias dos termos sexo e género como meros sinónimos (Amâncio 2002a).

### **Os estudos sobre violência de género/conjugal/contra mulheres**

Uma vez que o nosso tema de estudo é a violência conjugal praticada contra as mulheres e que os descritores utilizados permitiram identificar estudos sobre diversos outros temas, detemo-nos em analisar mais aprofundadamente apenas as investigações que, a partir do título, diziam respeito à temática mulheres e violência. Uma síntese dos dados de todos os descritores que se relacionam ao tema “mulheres e violência” pode ser vista na Tabela VIII.

Os domínios científicos que a apresentaram a maior concentração de trabalhos foram, respectivamente: Psicologia (10 estudos) e Sociologia (07), seguidos pela Medicina (04 estudos em Psiquiatria, 02 em Saúde Pública e 01 em Medicina Legal). Surpreendentemente, identificamos apenas dois estudos sobre violência realizados no Mestrado em Estudos sobre as Mulheres da Universidade Aberta. Uma vez que se dispõe a analisar a temática das mulheres, causa estranheza a pouca atenção dispensada a um problema que tem sido denunciado como marcado pelas assimetrias de género na sociedade.

Tal como já referido diversas vezes, os estudos de Mestrado (25) superaram em grande número os Doutoramento (07) e, apesar de alguns terem sido realizados já nas décadas de 1980 e 1990, apenas a partir dos últimos cinco anos encontramos uma maior produção nesta temática. Estes dados seguem o padrão identificado nos descritores

Tabela VIII – Síntese dos dados violência conjugal/contra mulheres

	UTL		UM		UC		ISCTE		UP		UAB		UAÇ		UALG		UAV		UL		UMAD		UBI		UNOVA		UTAD		TOTAL
	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	
Psicologia	-	-	3	2	-	-	-	-	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
Sociologia	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	07
Psiquiatria	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	04
Saúde Pública	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	02
Estudos sobre as Mulheres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02
Comportamentos Desviantes e Ciências	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Medicina Dentária	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	01
Antropologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	01
Serviço Social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	01
C. Educação	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
C. Comunicação	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Medicina Legal	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
	1	0	3	2	4	0	0	0	1	9	2	2	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	4	1	0	0	
<b>TOTAL</b>	<b>01</b>		<b>05</b>		<b>04</b>		<b>01</b>		<b>11</b>	<b>02</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>03</b>		<b>0</b>		<b>0</b>	<b>05</b>		<b>0</b>		<b>32</b>

anteriores e demonstram a insipiência dos estudos sobre mulheres e violência em Portugal, ainda que estejam em clara expansão.

No que diz respeito aos centros de estudos, a Universidade do Porto destaca-se (11 trabalhos), seguida pela Universidade do Minho e Universidade Nova de Lisboa (cada uma com 05 trabalhos) e Universidade de Coimbra (04 trabalhos), estas últimas apresentando uma produção cerca de duas vezes inferior à da UP.

A análise dos temas dos estudos mostra que situam-se, principalmente, em dois pólos:

- Foco nas características (psicológicas, sociais, económicas, etc.) das vítimas;
- Foco em aspectos mais gerais/contextuais (representações sociais, representação nos *media*).

Quanto aos agressores, tal como já foi afirmado por Manita (2005, p. 10), “em Portugal, se o conhecimento das vítimas (suas características, consequências de vitimação a diferentes níveis, processos e dinâmicas de vitimação) está ainda pouco desenvolvido, o conhecimento dos agressores é praticamente nulo<sup>79</sup>”. De modo semelhante, existem poucas investigações que analisam os profissionais que atendem (ou devem atender) às mulheres vítimas de maus-tratos<sup>80</sup>, assim como sobre avaliações dos serviços, programas e projectos de intervenção levados a cabo<sup>81</sup>.

Assim como já foi diversas vezes referido, as análises até aqui apresentadas não permitem grandes aprofundamentos, pois relacionam-se apenas ao tema dos trabalhos identificado a partir dos títulos e de seus cruzamentos com os descritores seleccionados. Conforme Bueno, Chamlian, Sousa e Catani (2006), esse tipo de busca envolve o risco de não identificar todos os trabalhos desenvolvidos sobre o tema analisado, pois os descritores utilizados nas buscas podem não ser os mesmos dos empregados nos trabalhos. A identificação de trabalhos com tais características só se faria possível mediante buscas directas nas bibliotecas das universidades, implicando em grandes deslocações e disponibilidade de tempo.

---

<sup>79</sup> Todavia, não podemos deixar de citar as investigações que vêm sendo desenvolvidas pelo Prof. Dr. Rui João C. Abrunhosa Gonçalves no Mestrado e Doutoramento em Psicologia da Justiça da Universidade do Minho sobre agressores sexuais (ainda que, até o momento, não haja nenhuma orientação concluída sobre agressores conjugais).

<sup>80</sup> Identificamos apenas dois: i) discurso de juízes sobre a violação e ii) representações sociais de profissionais de saúde pública sobre a violência doméstica contra mulheres.

<sup>81</sup> Para uma discussão a este respeito, consultar o texto de Télia Negrão (2004). Ainda que se refira ao contexto brasileiro, apresenta uma boa análise sobre a necessidade e a insipiência da prática de monitoramento das políticas públicas para as mulheres.

Deste modo, em primeiro lugar buscou-se localizar a existência de algumas destas obras na Biblioteca da Universidade do Minho. Em alguns casos, as teses de doutoramento e dissertações de mestrado foram publicadas sob a forma de livro, e alguns destes estavam disponíveis na referida biblioteca. Posteriormente, através do Serviço de Difusão da Informação, foram solicitadas cópias dos resumos dos demais trabalhos, incluindo-se não só aqueles identificados a partir das buscas aqui descritas, mas também outros localizados durante a realização da fundamentação teórica da Tese (Capítulo 2) e citados por outros autores. Uma vez que nem todos os pedidos de resumos foram respondidos, foi necessário ainda utilizar o serviço de empréstimo inter-bibliotecas, bem como efectuar um deslocamento até a Universidade do Porto.

Após uma primeira leitura deste material, foram excluídos quatro estudos que não abordavam o tema mulheres e violência, ficando-se com uma listagem composta por 26 trabalhos (Anexo K). Destes, não foi possível analisar oito (porque não existiam no catálogo das bibliotecas ou porque não houve resposta ao pedido de empréstimo inter-bibliotecas). Assim, o material de análise foi: teses publicadas sob a forma de livros (03), resumos (04) e texto completo das teses e dissertações (11)<sup>82</sup>, compondo um total de 18 registos.

Em seguida, o material foi analisado de acordo com uma grelha de análise que considera: ano de realização do trabalho, sexo do(a) autor(a), universidade, nome do(a) orientador(a), domínio e subdomínio científicos, nível de estudos (mestrado ou doutoramento), tema/objecto de estudo, instrumentos de pesquisa utilizados, bases teóricas e se utiliza ou não uma abordagem feminista e de género. Esta grelha pode ser visualizada no Anexo L.

Quanto ao sexo dos(as) autores, nesta lista de 18 trabalhos sobre mulheres e violência, encontramos apenas um estudo realizado por um homem (Marques, 1998), o qual aborda não apenas situações de violência conjugal, mas outros problemas que podem causar traumatismos dentários com interesse médico-legal. Mais uma vez, confirma-se a ideia de que os estudos sobre mulheres e violência são realizados por mulheres e para mulheres.

Quanto à definição de um estudo como contendo um enfoque de género ou feminista, adoptamos dois critérios:

---

<sup>82</sup> Nestes casos, a análise centrou-se nos resultados e conclusões, bem como nas informações sobre a metodologia e os fundamentos teóricos empregados.

1) Se este era explicitamente assumido pelos(as) autores(as) no resumo, introdução, discussão dos resultados ou conclusões;

2) Julgamento a partir de fundamentos teóricos, tal como apresentado por Castaño-López, Plazaola-Castaño, Bolívar-Muñoz e Ruíz-Perez (2006), que consideraram que um estudo continha uma abordagem de género

*[...] si, en el planteamiento de los objetivos, análisis e interpretación de la información, consideraba la construcción social del hecho biológico de ser mujer o varón y las diferencias y desigualdades ésta conlleva. Así, los datos desagradados por sexo fueran contemplados como una condición necesaria en los trabajos que incluía mujeres e varones, aunque no suficiente para la introducción de esta perspectiva. (op cit, p. 708-709).*

Embora a relação entre o conceito de género e uma abordagem feminista seja bastante íntima, não significa que estejam sempre unidos, pois é possível realizar uma investigação fundamentada nos estudos de género sem ser feminista. De acordo com Neves e Nogueira (2004), a utilização do termo “metodologias feministas”, ainda que não seja consensual, indica uma lógica de compromisso com determinados valores ideológicos e políticos que elucida os efeitos que se espera encontrar com sua utilização: responder a questões feministas e reflectir sobre o pensamento e a ética feministas. Portanto, a discussão está relacionada com o questionamento acerca das metodologias que podem ser empregadas para que melhor se atinjam os objectivos vitais de uma ciência menos opressiva. Neste sentido, são utilizados conceitos como opressão, desigualdade, subordinação e emancipação, chamando também a atenção para a ineficiência da utilização de metodologias “clássicas” na análise de temáticas sociais. Concomitantemente, o objectivo do *empowerment* se apresenta como uma das finalidades centrais da investigação feminista, o que se traduz no fortalecimento das forças individuais e grupais para garantir mudanças sociais e institucionais.

Dentre os 18 trabalhos cujos conteúdos foram analisados, a metade (nove) foi classificada como tendo uma abordagem de género/feminista, quatro não tinham tal abordagem e os outros cinco não foram possíveis de classificar. Também percebemos que, embora alguns estudos incorporem uma leitura de género e apresentem as teorias feministas na sua fundamentação teórica, o número de pesquisadores(as) que assumem uma orientação feminista explícita é muito reduzido. No caso da psicologia, tal como já



foi afirmado por Azambuja, Nogueira e Saavedra (2007), actualmente existem apenas seis pesquisadores(as) que assim se declaram, como comprova também a primeira realização de mesas temáticas sobre psicologia feminista em um congresso organizado por uma associação nacional de Psicologia apenas no ano de 2006 (VI Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Psicologia, realizado em Évora entre os dias 28 e 30 de Novembro).

Deste modo, conforme já discutimos anteriormente, o domínio da psicologia em Portugal, embora apresente abertura para discussão de temas oriundos dos debates feministas, ainda o faz sob uma lógica de pouco comprometimento político e académico (Saavedra & Nogueira, 2006). Assumir as ideias oriundas dos debates nos estudos de género parece mais “fácil” (Azambuja, Nogueira & Saavedra, 2007), talvez devido ao “esvaziamento” a que o termo passou quando foi incorporado pela psicologia. De acordo com Amâncio (2002a), o conceito de género não conseguiu deslocar o olhar dos(as) psicólogos dos indivíduos sexuados para o pensamento sobre os sexos, tendo-se mantido, por muito tempo, uma utilização mais ou menos arbitrária do sexo e do género como se fossem sinónimos. A persistência no uso do género como critério classificatório, mero substituto do sexo, contribuiu para esvaziar o termo do seu significado conceptual e analítico e para a perda do valor acrescentado que ele poderia trazer ao desenvolvimento do conhecimento psicossociológico. A consequência foi que as diferenças biológicas deram lugar às diferenças de género, que, embora “vestidas” de outro modo, continuaram a ser vistas como intrínsecas aos indivíduos, socialmente descontextualizadas e rapidamente biologizadas (Neves, Nogueira & Barbosa, 2006).

Desta forma, as teorias feministas representam mais do que um conjunto de pressupostos teóricos e epistemológicos, pois têm como base uma acção política, a transformação social. Diferenciam-se da simples inclusão das mulheres ou de temas femininos nas ciências, ainda que este posicionamento também exista (tal como já discutimos com relação à psicologia feminista *versus* psicologia da mulher). Ainda assim, Ramalho (2001) afirma que, nos últimos anos, os *women's studies* se desenvolveram consideravelmente em Portugal, não como um domínio independente e institucionalizado da Universidade, mas, principalmente, ao nível da consciência da problemática e como uma perspectiva crítica feminista que se tem vindo a alargar às mais variadas áreas do saber. Este alargamento se reflectiu na investigação científica nacional e na criação da Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres (APEM),

em 1991; na publicação da Revista *Ex aequo*, editada pela APEM a partir de 1999; na criação do primeiro Mestrado em Estudos sobre as Mulheres, na Universidade Aberta, em 1995; no projecto *Faces da Eva*, a partir de 1997, pela iniciativa do Instituto Pluridisciplinar de História das Ideias, na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa e, a partir de 1999, a revista com o mesmo nome, para citar apenas as primeiras iniciativas (Azambuja, Nogueira & Saavedra, 2007).

Quanto ao tipo de estudo, predomina o delineamento exploratório, sendo as metodologias qualitativas e mistas (triangulação) as preferidas<sup>83</sup>, particularmente com o emprego da *Grounded Theory*. A entrevista semi-estruturada é o instrumento mais empregado, muitas vezes utilizada em combinação com diversas escalas. As bases teóricas mais empregadas são provenientes da sociologia da família, dos estudos de género e do feminismo e, em menor medida, do construcionismo social.

A incorporação do paradigma crítico da psicologia social também parece, aos poucos, começar a ter adeptos, como comprova a utilização do construcionismo social como pressuposto teórico e epistemológico em três estudos realizados na Universidade do Minho. Este facto reflecte a abertura que esta Universidade tem tido para outros paradigmas, tal como demonstra a conclusão da tese de doutoramento de Conceição Nogueira em 1997 (intitulada “Um novo olhar sobre as relações sociais de género: perspectiva feminista crítica na psicologia social”), considerada por Amâncio (2002b) a primeira psicóloga feminista em Portugal, assim como criação da disciplina “Psicologia e Diversidade” no Mestrado Integrado (ministrada por Conceição Nogueira), onde se leccionam matérias relativas ao género e ao feminismo, ao racismo e a questões “LGBT” (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgéneros). (Azambuja, Nogueira & Saavedra, 2007).

#### d) Considerações finais

Ainda que os métodos utilizados neste estudo não permitam traçar generalizações estatísticas - uma vez que alguns estudos podem ter ficado de fora, tanto por não estarem disponíveis nas bibliotecas quanto por falhas nos registos ou pela não coincidência entre os descritores empregados no estudo e os existentes nos trabalhos -

---

<sup>83</sup> Apenas quatro estudos utilizaram exclusivamente a metodologia quantitativa.

acreditamos ter sido possível esboçar um mapeamento do panorama nacional das investigações sobre mulheres, género e feminismo.

Em primeiro lugar, destaca-se as dificuldades encontradas para a localização destas publicações, o que mostra a fragilidade e a dispersão existente no campo, tal como já constatado por Amâncio (2002b) e Araújo (2002). A pouca visibilidade dos trabalhos realizados pode implicar em desperdício de recursos com a realização de investigação semelhantes em diferentes centros, bem como impede que os resultados dos estudos já realizados sejam incorporados às novas investigações. Deste modo, uma primeira medida para auxiliar o desenvolvimento de pesquisas sobre temas relacionados às questões femininas seria a criação de uma base de dados onde este material pudesse ser de fácil acesso. Na actualidade, a facilidade oferecida pela informática permite que teses e dissertações em formato digital sejam facilmente colocadas à disposição do público em geral em plataformas *on-line*, o que ainda não foi plenamente concretizado em Portugal. Todavia, referimos que a Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG) desenvolve uma iniciativa deste tipo através das bibliotecas localizadas nas sedes de Lisboa e do Porto (cujo catálogo inclusive pode ser acedido a partir do sítio institucional na internet). Contudo, a consulta ao material disponível implica em deslocamentos até estes centros e nem sempre as teses e dissertações realizadas em temas de interesse para a Comissão são encaminhadas às referidas bibliotecas.

Em segundo lugar, a análise dos níveis de estudo e anos de realização das investigações mostra que são temas de interesse relativamente recente, estando ainda em expansão. De um modo geral, percebe-se que muitos dos estudos de doutoramento são realizados por pesquisadores(as) que dão continuidade a investigações de mestrado, o que nos leva a afirmar que, aos poucos, começa a se constituir um grupo de investigadores(as) que poderão atrair novos(as) interessados(as) pelas temáticas femininas. Percebe-se também a existência de alguns “pólos” em torno dos quais tais pesquisas são realizadas, nomeadamente as Universidades do Porto, Universidade Aberta e Universidade do Minho (Tabela VII). No caso específico do tema “mulheres e violência” (Tabela VIII), UP e UM destacam-se como as de maior produção, o que provavelmente se deve ao facto de ambas possuírem a Psicologia da Justiça entre suas linhas de investigação e formação, bem como serviços de consulta psicológica para vítimas e actores de violência, os quais constituem-se como importantes campos de treinamento para profissionais e forma de contactar potenciais sujeitos de pesquisa.

Entre os professores orientadores, Carla Machado (UM), Miguel Gonçalves (UM) e Maria Emília Costa (UP) são os que apresentam mais trabalhos na temática mulheres e violência.<sup>84</sup>

Em terceiro lugar, é de destacar que o estudo de temas como “mulheres, género e violência” ainda é um campo dominado predominantemente por mulheres, que realizam pesquisas “para mulheres”, isto é, com reduzida reflexão sobre aspectos ligados aos homens e à masculinidade. Deste modo, parece que ainda existem resquícios da postura discutida por Amâncio (2002b) a respeito dos “estudos sobre as mulheres”, que recriavam a sua particularidade no quadro dos estudos sobre as diferenças entre os sexos e acentuavam a alteridade das mulheres sem questionar o estatuto referente aos homens e mantendo uma visão dualista e essencialista das categorias de sexo. Uma vez que entendemos que o género é um conceito relacional, as alterações na situação das mulheres necessariamente envolvem modificações nas noções de masculinidade. Logo, é preciso estimular uma maior reflexão teórica neste sentido.

Outro problema que encontramos em muitas investigações é o facto de usarem o termo género como sinónimo de sexo, sem uma análise das condições históricas e sociais que designam papéis, direitos e responsabilidades diferentes para homens e mulheres. Neste sentido, compartilhamos as reflexões apresentadas por Castaño-Lopez, Plazaola-Castaño; Bolívar-Muñoz e Ruíz-Peres (2006, p. 706):

*Por un lado se están estudiando temas «genuinamente femeninos» como por ejemplo cáncer de útero, aborto, menopausia, etc., de modo que se trataría de trabajos sobre la salud de las mujeres. Por otro lado, se encuentran estudios en los que se analiza un problema de salud o un hábito y los factores asociados al mismo de manera separada para mujeres y varones. En ambos casos el sexo es una variable necesaria pero no suficiente para incorporar una perspectiva de género, ya que podrían estar obviándose los diferentes determinantes y condicionantes de los procesos de salud y enfermedad en mujeres y varones.*

Assim, é preciso retomar o carácter político e transformador do termo género, o que pode ser obtido a partir da incorporação dos referenciais oferecidos pelo feminismo pós-moderno/construccionista. Nesta perspectiva, os significados associados ao

---

<sup>84</sup> Embora não tenham sido identificados através das buscas aqui realizadas, sabemos também da importância dos trabalhos desenvolvidos sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Celina Manita na Universidade do Porto e do Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rui João Abrunhosa Gonçalves na Universidade do Minho (ambos no âmbito da Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviantes) e da Prof. Dr.<sup>a</sup> Conceição Nogueira (esta mais relacionada às questões feministas e de género, no âmbito da Psicologia Social).

masculino e ao feminino não são fixos ou estáticos, mas contextualmente específicos (cultural e historicamente locais), isto é, são construídos e localizados (Weatherall, 2002). Como tal, estão continuamente abertos à desconstrução e, fundamentalmente, à reconstrução. Neste contexto, a “psicologia feminista crítica” surge com o intuito de valorizar a mulher como objecto de estudo, adoptando, porém, uma vertente política, fortemente associada à transformação social e influenciada pelas abordagens construcionistas-sociais e pela análise de discurso como teoria/metodologia de pesquisa, distanciando-se da neutralidade política da “psicologia da mulher” e das possíveis confusões terminológicas do sexo *versus* género dos “estudos de género” (Nogueira, Saavedra & Neves, 2006, Saavedra & Nogueira, 2006).

A análise dos referenciais e métodos de pesquisa empregados mostra que o construcionismo social começa a ter alguma importância, tal como demonstra a adopção deste paradigma em três pesquisas sobre mulheres e violência cujos conteúdos foram analisados (Anexo L), todas realizadas na Universidade do Minho. Também foi nesta mesma Universidade que encontramos a única investigação que assume explicitamente a abordagem feminista desde seu título (Neves, 2005), o que talvez seja reflexo da já discutida abertura a outros paradigmas que o curso de Psicologia desta instituição apresenta (Azambuja, Nogueira & Saavedra, 2007). Por outro lado, especialmente na temática “violência de género”, ainda é preciso incorporar outras variáveis, como as de raça/etnia ou religião, visto que a totalidade dos estudos analisados abordavam a violência conjugal praticada contra mulheres portuguesas sem considerar possíveis interacções com a religiosidade e ignorando, por exemplo, as situações vividas por mulheres de outras raças/etnias ou imigrantes a viver no país. Adicionalmente, pesquisas sobre formas de violência para além da doméstica/familiar/conjugal devem ser estimuladas, tal como o assédio sexual no local do trabalho ou a heteronormatividade, bem como ampliar o foco das “vítimas” para questões mais amplas (como a cultura, os recursos sociais disponíveis, a actuação dos profissionais, etc.).

Por fim, acreditamos que a pesquisa sobre mulheres é um campo em franca expansão em Portugal, embora com algumas limitações (especialmente na divulgação de resultados). A introdução de novas perspectivas teóricas (como o construcionismo social) e a maior visibilidade que a postura política feminista aos poucos começa a apresentar indicam que ainda existe espaço para criatividade e inovação, principalmente no campo dos *man's studies*, área ainda pouco explorada.

## **ii) Estudo II – Revistas Médicas: A invisibilidade da violência de género em publicações nacionais**

### **a) Introdução**

Partindo do pressuposto de que os médicos de família actuantes nos cuidados de saúde primários constituem importantes atores no processo de identificação, desocultação, acompanhamento e prevenção da violência doméstica praticada contra as mulheres, o presente estudo apresenta uma análise sistemática de artigos da Revista Portuguesa de Clínica Geral (RPCG) e da Revista Portuguesa de Saúde Pública (RPSP). A Revista de Saúde Pública foi escolhida pelo facto de estar vinculada à Escola Nacional de Saúde Pública, instituição pioneira no ensino da saúde pública em Portugal, criada em 1966, e tendo suas raízes no Instituto Central de Higiene, fundado em 1902<sup>85</sup>. Já a escolha da Revista Portuguesa de Clínica Geral se deve à especialidade médica a qual se dirige, nomeadamente a Clínica Geral e Familiar, a qual pertencem os médicos actuantes nos cuidados de saúde primários, foco desta Tese. Seguindo os pressupostos da análise crítica de discurso já apresentados, pretendemos identificar os saberes existentes nas revistas médicas sobre a violência de género a fim de mapear seus possíveis efeitos nas práticas profissionais.

A Revista Portuguesa de Saúde Pública (RPSP) é editada pela Escola Nacional de Saúde Pública desde 1983. Conta com duas edições anuais e é acompanhada, a partir de 1999, por um número temático subordinado a diferentes temas de interesse para a área da saúde em geral. Possui uma vasta cobertura, em termos de assinantes institucionais e particulares, sendo distribuída, através de permuta e oferta, a mais de trezentos organismos nacionais e internacionais. Seu objectivo é contribuir para a produção do conhecimento científico na área da saúde pública, promovendo a sua discussão e desenvolvimento, em Portugal e no mundo. O texto integral dos artigos encontra-se disponível de 2000 a 2007 no site da revista.<sup>86</sup>

De acordo com seu editor (Souza J.C, 2007a), a Revista Portuguesa de Clínica Geral (RPCG) é publicada ininterruptamente, desde 1984, pela Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG). Seu amadurecimento acompanhou o desenvolvimento da especialidade de Medicina Clínica Geral em Portugal e da própria

---

<sup>85</sup> Informações disponíveis em <http://www.ensp.unl.pt/>, acessado em 15 de Fevereiro de 2008.

<sup>86</sup> Disponível em: [http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/index\\_html](http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/index_html)

APMCG, pois, na mesma medida em que a especialidade avançava, a Revista foi se tornando mais aceita, atraindo o interesse de mais autores e adquirindo reconhecimento como um jornal de referência no país. Jaime Correia de Souza (2007a) afirma que, actualmente, a maioria dos médicos de família e alunos do internato da especialidade consideram-na como a principal fonte de informação, meio de actualização e de difusão dos resultados de suas investigações. Seu Corpo Editorial é formado por médicos de família, sendo os artigos publicados em português, inglês ou espanhol. Cada edição bimensal é impressa em 8.000 cópias, distribuídas para centros de saúde, organismos governamentais, bibliotecas, escolas médicas, instituições e assinantes em Portugal e no exterior. Além disso, todos os membros da APMCG recebem a revista. Desde 2000, seu texto completo é disponibilizado livremente na Internet em formato PDF<sup>87</sup> e, recentemente, candidatou-se para inclusão na base de dados Medline, tendo cumprido a maioria dos requisitos e estando a aguardar o resultado da avaliação.

O estudo aqui apresentado está dividido em duas partes: chamamos de “estudo da positividade” a análise de todos os artigos (de ambas as revistas) que continham o descritor “violência”. Desta forma, “positividade” não se relaciona a uma avaliação qualitativa, mas quantitativa, isto é, à presença da palavra violência. Dado o reduzido número de trabalhos assim identificados, optamos em aprofundar a análise no que chamamos de “estudo da negatividade”, ou seja, de todos os artigos que não apresentaram o tema “violência” mas que, potencialmente, poderiam fazê-lo. Nesta segunda etapa, detemo-nos apenas ao material produzido na Revista Portuguesa de Clínica Geral, uma vez que é neste domínio que a investigação maior (Tese) se insere.

## b) Metodologia

O delineamento metodológico adoptado foi do tipo “revisão sistemática”, de modo semelhante ao apresentado por Espíndola e Blay (2007), Dantas-Torres (2006), Hallal, Dumith, Bastos, Reichert, Siqueira e Azevedo (2007) e Montenegro (2006). Primeiramente, realizamos um levantamento de todos os artigos disponibilizados gratuitamente nos sites das revistas, procurando identificar aqueles que tratavam da temática “violência”. Esta classificação foi feita com base na presença do descritor “violência”, efectuada através da ferramenta “localizar” do programa Adobe Acrobat

---

<sup>87</sup> Disponível em: [http://www.apmcp.pt/pagegen.asp?SYS\\_PAGE\\_ID=893404](http://www.apmcp.pt/pagegen.asp?SYS_PAGE_ID=893404)

Reader. A escolha deste descritor deve-se ao facto de permitir, de modo amplo, identificar as diferentes formas de agressão praticadas contra as mulheres, geralmente designadas a partir de expressões como: violência doméstica, violência conjugal, violência contra mulheres, violência de género, violência entre parceiros e violência física.

De acordo com a presença ou ausência do descritor pesquisado, os artigos foram divididos em dois grupos e analisados separadamente. Num primeiro momento, o material foi organizado e categorizado a partir dos passos propostos por Braun e Clarke (2006) para a análise temática, sendo a análise crítica do discurso (Burr, 1995; Phillips & Jorgensen, 2002, Stubbe at al., 2003 Van Dijk, 2001) utilizada para discussão aprofundada dos resultados, de acordo com os pressupostos e procedimentos já apresentados na segunda parte (Parte B) desta Tese. A busca dos artigos foi realizada entre os dias 02 e 05 de Outubro de 2007, a partir dos sites das revistas.

### c) Apresentação e Discussão dos Resultados

No caso da Revista Portuguesa de Saúde Pública (RPSP), foram estudados todos os artigos disponíveis na internet no período compreendido entre os anos 2000 e 2007, totalizando 19 edições e 169 artigos. Destes, foram identificados apenas 21 (12,42%) com a palavra “violência”, distribuindo-se em 13 informes da secção “Legislação” e 11 artigos propriamente ditos.

Na Revista Portuguesa de Clínica Geral (RPCG), foram analisadas todas as edições disponíveis *on-line*, o que corresponde ao período compreendido entre Mar./Abr. de 2005 e Jul./Ago. 2007, totalizando 15 edições e 165 artigos. Destes, em apenas 10 (6,06%) foi localizada a palavra violência, sendo que apenas em um artigo e um estudo de caso (1,21%) abordavam, especificamente, a violência contra as mulheres. Uma síntese destas informações pode ser visualizada no Quadro I. Uma primeira constatação que estes dados nos permitem é a pouca importância dispensada à violência doméstica em geral e, particularmente, àquela vivida por mulheres, estando a Revista Portuguesa de Clínica Geral numa situação ligeiramente mais favorável.



**Tabela I – Levantamento de Artigos**

	RPCG		RPSP		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Total Edições <i>on-line</i>	15	100	19	100	34	100
Total Artigos <i>on-line</i>	165	100	169	100	334	100
Artigos com “violência”	10	6,060	21	12,42	31	9,28
Artigos sobre violência contra mulheres	02	1,21	00	00	02	0,59

### **Estudo da Positividade**

O estudo da positividade apresenta a análise de todos aqueles artigos, em ambas as revistas, que continham o descritor “violência” em seu texto. A partir destas informações, passamos à análise mais pormenorizada de cada um destes artigos, procurando identificar o número de vezes que a palavra “violência” aparecia, seu contexto, a temática abordada no artigo e se havia ou não referências à violência de género/violência contra as mulheres.

#### *Revista Portuguesa de Saúde Pública (RPSP)*

Foram estudados todos os artigos disponíveis na internet no período compreendido entre os anos 2000 e 2007, totalizando 19 edições e 169 artigos. Destes, foram identificados apenas 21 (12,42%) com a palavra “violência”, distribuindo-se em 13 informes da secção “Legislação” e 11 artigos propriamente ditos (Anexo M).

Os informes legislativos compõem uma importante secção da revista na qual são compiladas as principais leis, decretos e resoluções nacionais, sendo também agrupadas por temas. Ao longo dos anos analisados, encontramos 13 informes sobre as principais medidas adoptadas no âmbito da violência doméstica contra as mulheres em Portugal, tais como: lei sobre o regime jurídico especial para a protecção de vítimas de crimes violentos, medidas de protecção às vítimas, Decreto que regulamentou o quadro-geral da rede pública de apoio às mulheres vítimas de violência doméstica e as resoluções que

aprovam os Planos Nacionais de Combate à Violência Doméstica. Pelo seu carácter exclusivamente informativo (e restrito), não é possível realizar maiores análises sobre o material publicado nesta secção. Ressaltamos apenas a importância desta iniciativa, que permite dar a conhecer as medidas que têm sido tomadas no campo legal e normativo no país, visto ser o desconhecimento um dos principais factores que impedem ou dificultam o tratamento de situações de violência doméstica.

No que diz respeito aos artigos, destaca-se o facto de nenhum abordar o tema da violência doméstica, seja praticada contra mulheres, crianças ou idosos, o que é um importante indicador de invisibilidade deste problema no campo da saúde pública portuguesa. De modo geral, os artigos em que foi encontrado o descritor “violência” utilizavam-no apenas para efectuar descrições sobre contextos ou situações causadoras de sofrimento, sem qualquer análise do problema, conforme veremos nas páginas que se seguem.

Miguel Trigo (2000), em um artigo sobre modelos em saúde, afirma que a violência faz parte do processo de desenvolvimento humano, marcado por mecanismos de controlo, relações e lutas por poder, sem mais nada acrescentar a este respeito. O fragmento de texto em que o descritor foi localizado pode ser visualizado abaixo:

Neste longo percurso de hominização podem delimitar-se cinco períodos caracterizados por uma especificidade própria: a pré-história, a cultura greco-romana, a Idade Média, o Renascimento e a idade das luzes. Naturalmente, porém, que em todo este trajecto da história humana se evidenciam os contornos e a estrutura de uma complexa teia de mecanismos de controlo, de relações e lutas pelo poder, de ambição pelo domínio, do recurso à força e do uso da violência. (Trigo, 2000, p. 5, destaque nosso).

No ano seguinte, Maria Antónia Frasquilho (2001) apresenta uma reflexão sobre a importância das doenças mentais na actualidade, em consonância com a proposta da OMS de colocar a saúde mental em foco no ano 2001. A autora lembra que as doenças mentais são dos mais importantes contributos para a sobrecarga geral de doenças e incapacidades, causadas principalmente pela depressão, alcoolismo e psicoses. A OMS apela para que, além de responder com qualidade às necessidades daqueles que já sofrem de doença mental, tenha-se “como prioridades as crianças e os adolescentes privados de cuidados adequados, os idosos isolados, as mulheres vítimas de abuso e

todos os que estão traumatizados pela guerra, violência e discriminação, bem como aqueles que sobrevivem em condições de extrema pobreza.” (Frasquilho, 2001, p. 3, destaques nossos).

A tónica geral do artigo está na chamada de atenção para a importância do adoecimento psíquico como um dos principais problemas de saúde da actualidade, devendo ser enfrentado não só com medidas terapêuticas, mas também com estratégias voltadas para a sensibilização da opinião pública para acabar com a exclusão e a estigmatização social ligadas às doenças mentais. Constatamos, contudo, que a necessidade de dar prioridade às mulheres vítimas de abusos não se manifesta na RPSP, dado a total inexistência de artigos sobre a temática.

Por outro lado, a consideração dos factores socioculturais envolvidos nos processos de saúde-doença se faz presente nesta mesma edição, com o artigo de Maria Isabel Gomes (2001) sobre um estudo dos comportamentos de jovens adolescentes de diversas origens étnico-culturais relativo à identidade, à ocupação dos tempos livres, aos hábitos alimentares e ao consumo de substâncias tóxicas e factores àqueles associados. Neste contexto, a palavra violência é usada duas vezes. Primeiro, para falar na actual crise de valores que, entre outras coisas, leva ao desenvolvimento do consumo de drogas, “aumento da violência, criminalidade e terrorismo” (p. 41). Em seguida, afirma que os adolescentes são autores das principais epidemias da actualidade: “abuso de drogas, doenças sexualmente transmitidas, violência social, suicídio, acidentes de viação.” (Gomes, 2001, p. 42, destaques nossos).

Apesar de este estudo não abordar directamente o tema de nossa análise, tem como mérito o facto de demonstrar uma abertura para uma compreensão mais abrangente do conceito de saúde, a qual inclui, entre outros factores, questões relacionadas à origem étnica e ao género. A inclusão destas variáveis no pensamento em saúde permite uma ampliação de foco e, conseqüentemente, a adopção de abordagens menos individualizantes, mais voltadas para a prevenção das doenças e para a promoção da saúde. A este respeito, Germano e Temporini (2001) apresentam um estudo sobre as percepções de equipa escolar sobre as acções educativas de prevenção da AIDS realizadas em unidades do sistema estadual de ensino na cidade de São Paulo, Brasil. A palavra violência é aqui utilizada em um contexto caracteristicamente brasileiro, em que muitos professores sentem-se ameaçados pelo entorno violento em que estão inseridos.

[...] foram expostas dificuldades inerentes às pessoas em tratar desse tema, sobretudo de professores. Assim, nem todos sentiam-se preparados para abordar questões relacionadas à sexualidade, além do que receavam entrar em conflito com os valores da família ou despertar a sexualidade latente dos alunos; em outras unidades, em comunidades sujeitas à violência e tráfico de drogas, sentiam-se intimidados pelos alunos.” (Germano & Temporini, p. 53, destaque nosso).

Ainda que o contexto seja outro, este artigo demonstra a importância da inclusão de aspectos socioculturais no planeamento das acções de saúde. Desconsiderar os pré-conceitos e valores dos professores em um projecto de promoção de saúde junto a seus alunos, fatalmente, conduzirá a iniciativa ao fracasso. Marcelo Silva (2003), em outro estudo sobre o contexto brasileiro, nomeadamente da economia da saúde no país, cita entre as recentes alterações nos indicadores de saúde o crescimento da violência, exacerbado pelas tensões sociais no meio urbano e rural (Silva, 2003, p. 48).

O foco muda completamente no artigo de António Carlos Correia de Campos (2003), sobre as vantagens introduzidas pelo modelo de gestão dos “hospitais S.A” (ou “hospitais-empresa”). Falando sobre a avaliação da satisfação dos cidadãos portugueses quanto ao atendimento em saúde, refere que esta situa-se entre as piores da Europa. Na sua perspectiva, a violência praticada pelos profissionais sobre os utentes colabora para os elevados níveis de insatisfação, uma vez que “registam-se casos frequentes de rudeza de trato, com reciprocidade entre pessoal e utilizadores, e em alguns locais há registos de violência larvar ou até consumada.” (Campos, 2003, p. 25, destaque nosso).

A violência é citada mais uma vez no editorial de Constantino Sakellarides (2003) sobre a capacidade prospectiva da saúde pública, ou seja, a necessidade do planeamento das acções em saúde levar em consideração o que prevê-se para um futuro mais ou menos próximo. No contexto nacional, Portugal preparava-se para sediar o “Campeonato Europeu de Futebol 2004”, sobre o que o autor afirmava:

[...] será um acontecimento de massas, com um grande número de visitantes dos diversos países europeus participantes. Os efeitos do consumo excessivo de álcool, o aumento de acidentes rodoviários, a violência por “hooliganismo” ou terrorismo, surtos da “doença do legionário”, são algumas das ameaças com

aumento de riscos para a saúde que é possível perspectivar.” (Sakellarides, 2003, p. 3, destaque nosso).

Nada mais é falado sobre o assunto. Contudo, este artigo apresenta uma importante chamada de atenção para a necessidade da saúde pública se antecipar aos problemas. Acreditamos que as estatísticas nacionais sobre mulheres vítimas de maus-tratos já permitem concluir que este é um fenómeno de grande dimensão, sendo necessárias mais acções no campo da saúde para seu tratamento e prevenção. Ainda que já existam no país diversas iniciativas, principalmente no campo da justiça e da segurança social, ainda falta uma intervenção *de saúde*.

Maria Adelaide Brissos (2004), em um artigo sobre o planeamento em saúde no contexto da imprevisibilidade, apresenta algumas ideias que poderiam facilitar o processo de reconhecimento da violência de género como um problema de saúde. Apesar de apenas se referir à violência quando descreve o contexto social actual<sup>88</sup>, a autora considera que o planeamento em saúde deve equacionar o contexto em que se actua, os múltiplos interesses e as relações de poder, de influência ou de conflitualidade entre os vários atores sociais. Assim, saúde deve ser vista com uma abordagem mais alargada, associada directamente à qualidade de vida, valorizando-se, além das dimensões tradicionais, também a relacional, cultural, ambiental e espiritual. Desta forma, a saúde também é vista como vector de desenvolvimento, através de uma estratégia de intervenção multisectorial e fundamentada numa análise integrada das necessidades da população, com novas perspectivas de acção. A actuação integrada só pode ser desenvolvida em parceria, onde se envolvam não só os serviços estatais, mas outros da sociedade civil. No que diz respeito à violência de género, esta parceria com a sociedade civil poderia ser extremamente produtiva, visto ser este o sector que mais tem intervindo sobre o problema na actualidade, tal como já foi comprovado na avaliação do I Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (APAV, 2003).

Ainda no plano da promoção da saúde, Isabel Loureiro (2004) apresenta um artigo sobre a importância da educação alimentar e o papel das “escolas promotoras de saúde”, cujos princípios de fundamentam na “Carta de Otawa”, da Organização Mundial de Saúde. Em Portugal, desde 1998, são aplicados questionários às escolas participantes da iniciativa “Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde” para

---

<sup>88</sup> “Numa sociedade em que os novos poderes se ocultam nas relações de violência, riqueza e conhecimento (Toffler, 1992), este último deve assumir as características de previsão e, acima de tudo, prospectivo.” (Brissos, 2004, p. 47, destaque nosso).

identificar suas prioridades. Apesar do foco do artigo ser a promoção da alimentação saudável, destacamos alguns resultados deste levantamento apresentado pela autora (Loureiro, 2004, p. 49). No ano lectivo 200/2001, as escolas identificaram como prioridades: 1) Segurança e higiene; 2) Educação Sexual; 3) Dependências; 4) Alimentação e 5) Competências sociais e relacionais (dentro da qual estão inseridas a agressividade e a violência).

Estes dados nos mostram que as escolas sentem necessidade de abordar temas que, sob nosso ponto de vista, poderiam ser utilizados para a promoção da saúde também no que diz respeito à violência contra mulheres/violência conjugal. Assim, a educação sexual, para além de abordar os métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis, deveria promover a reflexão sobre as desigualdades de género, os estereótipos associados à feminilidade e à masculinidade, ao amor e à conjugalidade, propiciando a “mudança de mentalidades” das gerações mais novas. Do mesmo modo, acreditamos que a intervenção sobre competências sociais e relacionais deveria promover a adopção de práticas igualitárias, reflectindo sobre os estereótipos e preconceitos, não só de género, mas também de raça/etnia, bem como questionamento da utilização da violência como uma forma aceitável de resolução de conflitos.

Maria Antónia Frاسquilho (2005) altera novamente o foco do tema “violência”, examinando-a no contexto de trabalho dos médicos. A autora apresenta um artigo sobre estresse e *burnout* nesta categoria profissional, considerada como uma das que mais sofre deste problema, cujas consequências podem ser sentidas não só na saúde do profissional, mas também no atendimento dispensado aos seus pacientes. Contribuem para o sofrimento emocional dos médicos o silenciamento e a denegação do problema, o que acaba por acarretar em ainda mais sofrimento. São apontados como estressores médicos aspectos ligados à ideologia profissional, formação profissional, expectativas/representação social, condições de trabalho, tarefa e carga física e mental e organização do trabalho. Ainda que este não seja o tema principal do artigo, a violência é citada como um importante factor desencadeante de estresse, como podemos identificar no seguinte fragmento do artigo:

Aumenta a violência sobre os médicos, o que é outro importante factor de *stress*. Na Grã-Bretanha um terço dos médicos considera a violência um grave problema no trabalho: 95% foram vítimas de agressões nos últimos doze meses (Reuters, 2003). Em Portugal a DGS realizou uma pesquisa em que 81% de

unidades hospitalares e 77% dos centros de saúde revelaram ter registado casos de violência sobre profissionais de saúde e as vítimas são predominantemente médicos (66%). A maioria assenta na ameaça e agressão verbal; no entanto, a agressão física está também patente em 54% dos casos, assim como os danos contra o património pessoal. Cerca de metade dos profissionais inquiridos dá conta de pelo menos um episódio de violência pessoal nos últimos doze meses; contudo, só 2% a 4% reportam oficialmente o problema (Portugal. Direcção-Geral da Saúde, 2004, citado por Frasquilho, 2005, p. 92-93, destaques nossos).

Por fim, o último artigo da RPSP onde foi identificado o descritor “violência” é de autoria de Nunes e Branco (2006), sobre acidentes domésticos e de lazer. Neste contexto, “violência” é utilizada apenas para definir o que são “acidentes domésticos e de lazer” (ADL):

ao falarmos de lesões, englobamos num vasto leque, situações que vão desde os vários tipos de acidentes (domésticos e de lazer, ocupacionais e rodoviários), a todo o tipo de violências, incluindo as auto-inflingidas [...] os acidentes domésticos e de lazer definem-se por exclusão. São todos aqueles que não se classificam como acidentes de trabalho, acidentes rodoviários e violências ocorridas com indivíduos de 10 ou mais anos de idade. Nos ADL incluem-se os acidentes escolares e violências decorrentes de confrontos entre crianças com menos de 10 anos [...] registos de todos os atendimentos nos serviços de urgência das unidades de saúde do sistema ADELIA, cuja causa de entrada não foi doença, acidente ocupacional ou rodoviário, ou violência. (Nunes & Branco, 2006, p. 15-17, destaques nossos).

A análise geral dos artigos da Revista Portuguesa de Saúde Pública incluídos neste “estudo da positividade” mostra que, apesar de utilizarem a palavra “violência”, em nenhum momento se referiram àquela vivida por mulheres no contexto de relacionamentos íntimos e, tampouco, à praticada no contexto doméstico contra crianças, adolescentes, idosos ou pessoas portadoras de deficiências. Tal constatação nos leva a concluir que a violência doméstica/familiar não tem sido considerada como um problema de saúde pública no contexto português, apesar das diversas orientações da OMS a este respeito e, mesmo, de normativas nacionais, tal como o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Portugal, 2004) ou o III Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2007). Conforme aprofundaremos adiante, esta invisibilidade tem

importantes consequências sociais, particularmente se levarmos em consideração o papel desempenhado pela saúde pública no desenvolvimento de acções de prevenção e de promoção da saúde. Vejamos agora como este fenómeno se apresenta no contexto dos cuidados de saúde primários, através do exame da Revista Portuguesa de Clínica Geral (RPCG).

#### *Revista Portuguesa de Clínica Geral (RPCG)*

Foram analisadas 15 edições da RPCG no período compreendido entre Mar./Abr. 2005 e Jul./Ago. 2007, compondo um total de 165 artigos. Destes, em apenas 10 (6,06%) foi localizada a palavra violência, sendo que apenas um artigo e um estudo de caso (1,21%) abordavam especificamente a violência contra as mulheres (uma apresentação mais detalhada destes artigos pode ser visualizada no Anexo N).

No período estudado, a palavra violência apareceu pela primeira vez em um artigo de 2005, edição de Março-Abril, intitulado “O que provoca realmente a mudança nos fumadores? Algumas reflexões” (Trigo, 2005). Como o próprio título indica, trata-se de uma abordagem da psicologia sobre a prática clínica em desabitação tabágica. Ainda que seja afirmada a existência de uma maior prevalência de consumo de tabaco entre as mulheres, nenhuma explicação é dada para este facto. Diante disso, questionamos: não poderia ser a situação de violência conjugal um factor de maior vulnerabilidade para o consumo, numa tentativa de aliviar o estresse desta situação? Quanto à palavra “violência”, é utilizada apenas para descrever as atitudes necessárias ao profissional (no caso, um psicólogo clínico) que está actuando junto a nicotino-dependentes, como podemos visualizar no seguinte fragmento do artigo: “É, na verdade, fundamental conseguir estar presente no interior das pessoas e relacionarmo-nos com elas, num espírito de entrega e escuta, sem violência e sem nos desviarmos da realidade ou do objectivo” (Trigo, 2005, p. 178, destaque nosso).

Neste mesmo ano, na edição de Julho-Agosto, aparece o único artigo que aborda directamente o tema da violência contra mulheres. De autoria de Patrícia Coelho (2005), uma interna complementar do 3º ano de medicina geral e familiar, e intitulado “Violência conjugal: violência física conjugal nas mulheres que recorrem aos cuidados primários”, trata-se de um estudo que procurou determinar a prevalência da violência física conjugal (VFC) em mulheres inscritas na Unidade de Saúde Familiar Horizonte,



Matosinhos. Foi utilizada uma amostra aleatória de 500 mulheres nascidas entre 1948 e 1978 inscritas na referida USF, as quais responderam a um questionário anónimo de auto-preenchimento. Os resultados indicaram uma prevalência de VFC de 20,5%, sobreponível à encontrada em outros países, mas superior à referida em outros estudos portugueses. Foram identificados como factores de risco independentes para a VFC o tipo de família (reconstruída, monoparental e outros), Apgar familiar<sup>89</sup> moderada e severamente disfuncional e alcoolismo no companheiro. Um aspecto pouco examinado pela autora foi o elevado número de não respondentes (43,4%). Seria importante estudar os factores que impediram essas mulheres de participarem no inquérito, uma vez que poderiam estar sofrendo coações por parte do companheiro e medo de represálias. Nestes casos, a inclusão das não respondentes poderia aumentar a prevalência de VFC na amostra estudada. O número de vezes que a palavra violência apareceu no texto e no título, como era de se esperar, foi elevado. Destacamos, contudo, que o artigo aborda apenas as situações de violência física, deixando de contemplar outras formas de violência, como a psicológica, a negligência, o abuso económico ou a exploração sexual.

Em 2006, encontramos cinco artigos que apresentam o descritor “violência”, em diferentes edições da Revista. No texto de José Precioso (2006), é abordado, mais uma vez, o problema do tabagismo, desta vez numa perspectiva preventiva. Na verdade, não se trata de um artigo que aborde as repercussões da violência sobre a saúde dos indivíduos em geral e, tampouco, sobre as mulheres – ainda que seja afirmado que estas ficam mais facilmente dependentes do que os homens e que, entre os jovens, as adolescentes apresentam uma prevalência maior do que os rapazes. Não é apresentada qualquer explicação para o facto de as jovens serem mais consumidoras do que os rapazes e a única referência à violência se encontra numa exposição de diversos comportamentos prejudiciais à saúde, como podemos ver:

Embora fumar seja um dos comportamentos mais prejudiciais à saúde, existem outros que rivalizam com este, tais como: o consumo de drogas lícitas ou ilícitas; o sedentarismo; a alimentação desregrada; exposição a situações de

---

<sup>89</sup> “O APGAR da família é um instrumento de avaliação destinado a reflectir a satisfação de cada membro, e os diferentes escores devem ser comparados para se avaliar o estado funcional da família. O acrónimo APGAR proveniente da língua Inglesa, é de Adaptação (*Adaptation*), Participação (*Partnership*), Crescimento (*Growth*), Afeição (*Affection*) e Resolução (*Resolve*)”. (Rocha, Nascimento & Lima, 2002, p. 712).

stress; promiscuidade sexual; violência; condução perigosa e a má utilização dos serviços de saúde”. (Precioso, 2006, p. 213, destaque nosso).

Na edição seguinte, Miguel Trigo (2006b) aborda novamente a prevenção da recaída no abuso de substâncias. A única vez que a palavra “violência” aparece é no contexto de uma enumeração das diversas problemáticas em que o “Modelo de Prevenção da Recaída” (tema do artigo) pode ser aplicado: “Este modelo, inicialmente baseado na manutenção da abstinência em alcoólicos, rapidamente se aplicou às restantes dependências de substâncias psicoactivas e a problemáticas como a ingestão excessiva de alimentos, depressão, perturbação bipolar, esquizofrenia, abusos sexuais ou violência física. (Trigo, 2006b, p. 302, destaque nosso).

Embora este não seja directamente um tema do artigo, podemos inferir que o autor assume que as situações de violência física e sexual podem ser tratadas sob a perspectiva dos chamados “transtornos de adição”, através de uma intervenção psicológica. Tal como já discutido no Estudo Piloto (Azambuja & Nogueira, 2008), o discurso psicológico (ou psicologizante) actua de modo essencialista, utilizando como estratégias de intervenção dispositivos individualistas como a psicoterapia, o reforço à auto-estima ou o treinamento de habilidades para evitação da violência. Contudo, na maior parte das vezes, estas intervenções são direccionadas para as vítimas, sendo ainda muito escassas as iniciativas voltadas para os agressores, conforme foi discutido por Celina Manita (2005), ou para a comunidade profissional.

Em 2006, a edição de Novembro/Dezembro apresentou um *Dossier* sobre saúde dos idosos onde se destaca o artigo de Célia Afonso Gonçalves (2006), que aborda a problemática da violência doméstica dirigida a este grupo etário. O Editorial deste *Dossier* (Galvão, 2006a) apresentou a palavra “violência” uma vez, apenas para fazer referência ao artigo de Gonçalves (2006). O artigo de Cristina Galvão (2006b) sobre as actividades preventivas no idoso utiliza duas vezes a expressão “violência”. Tomando como base as recomendações da *United States Preventive Services Tasks Force* (USPS-TF), *Canadian Task Force on Preventive Health Care* (CTFPHC), *American Association of Family Physicians* (AAFP) e *The Royal Australian College of General Practitioners* (RACGP), a autora apresenta as propostas destas associações para a prevenção primária para a população idosa (ou para a população adulta que sejam recomendadas manter após os 65 anos de idade). Destas, apenas a *RACGP* faz recomendações específicas para a população idosa. Neste contexto, a palavra

“violência” é utilizada duas vezes. A primeira, em um quadro sobre as atitudes preventivas nos idosos relacionadas a problemas específicos, incluindo-se aí a violência doméstica. A segunda corresponde a uma das recomendações para a população adulta que também interessa para a população idosa, onde:

Violência familiar – a *AAFP* reconhece que os médicos de família devem estar alerta para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência. A *AAFP*, *USPSTF* e a *CTFPHC* referem que a evidência é insuficiente para recomendar a favor ou contra o rastreio de idosos ou cuidadores para abuso. (Galvão, 2006 b, p. 736, destaque nosso).

Contudo, é o artigo de Gonçalves (2006) que aborda mais directamente a situação de abuso de idosos. Além do título, a palavra “violência” é utilizada nove vezes, frequentemente em substituição ou como sinónimo para “abuso” (mais nove referências, além do título). A autora afirma que o reconhecimento público do abuso de idosos como um problema médico e social é relativamente recente, com cerca de 30 anos. Em Portugal, ainda não existem estudos populacionais que permitam estimar a magnitude do problema. Podendo se manifestar de diversas formas e em vários contextos, trata-se de um problema sub-diagnosticado e sub-notificado. Além de apresentar as diversas classificações da violência contra idosos (abuso físico, abuso psicológico, negligência, abuso emocional ou abandono, abuso financeiro e abuso sexual), a autora também apresenta outras formas reconhecidas de violência, como o abuso estrutural e social, a falta de respeito e o preconceito contra os idosos. Na maioria das vezes, a forma mais frequente de violência é a agressão física, geralmente no contexto familiar. Nestes casos, os agressores costumam ser filhos ou cônjuges e, muitas vezes, há um histórico anterior de violência familiar. Para o tema particular de nosso estudo, as práticas de médicos(as) de família, destacamos a afirmação de que “os médicos, nomeadamente em cuidados de saúde primários, encontram-se em posição favorável para a detecção e referenciação de vítimas de abuso e negligência, podendo ser o único indivíduo exterior à família/prestador de cuidados que, regularmente, observa o idoso.” (Gonçalves, 2006, p.741).

Um dos grandes obstáculos para a prevenção e a intervenção é o escasso conhecimento de médicos e outros profissionais de saúde sobre a prevalência, detecção e referenciação destas situações. A autora cita um estudo realizado com médicos de família no qual 72% referiram ausência de exposição ou exposição mínima a situações

de abuso de idosos entre seus pacientes. Mais da metade destes profissionais nunca havia notificado uma situação de abuso e 60% nunca havia inquirido seus pacientes idosos sobre esta possibilidade. Além das questões envolvidas com a minimização do problema por parte de cuidadores dos idosos, os próprios médicos podem desconsiderar as queixas ou sintomas apresentados por várias razões: incredulidade, receio na acusação do agressor, falha no reconhecimento dos sintomas ou relutância em lidar com a situação. O artigo também apresenta sinais de alerta de abuso de idosos (muito semelhantes aos sinais de alerta para abuso de crianças e de mulheres) e procedimentos fundamentais para a intervenção (identificação, avaliação e acção). Nas conclusões, Célia Gonçalves (2006) afirma que os profissionais de saúde deveriam estar vigilantes e prestar atenção às circunstâncias em que o abuso ocorre e seus sinais de alerta, assim como a comunidade em geral também deveria ser mais informada para auxiliar o desenvolvimento de mais serviços. Este artigo foi aqui discutido com maior profundidade por apresentar muitos aspectos que se assemelham à problemática encontrada no âmbito da violência de género/violência contra mulheres: sub-notificação de casos, pouco conhecimento dos profissionais de saúde sobre como detectar e actuar diante destas situações, minimização das queixas, etc.

No ano 2007, encontramos mais três artigos em que o descritor “violência” foi utilizado. Teixeira (2007) apresentou um comentário ao livro intitulado “Comunicação em contexto clínico”, de autoria de José M. Mendes Nunes. Aqui, “violência” é utilizada apenas para descrever situações decorrentes das expectativas quanto à infalibilidade da medicina, reforçando a necessidade do desenvolvimento de competências de comunicação e relação nos médicos.

Ao mesmo tempo, criaram-se tantas expectativas de infalibilidade e perfeição em relação à Medicina e aos médicos que, sendo ilusões optimistas e irrealistas, vão gerando frustrações, conflitos e, até, violências, que emergem nos contextos clínicos. É por isso que é hoje necessário, mais do que nunca, dar lugar central aos processos de comunicação na consulta e à qualidade das entrevistas clínicas. (Teixeira, 2007, p.151, destaque nosso).

A edição seguinte (Mai-Jun 2007) apresenta mais dois artigos onde o descritor violência é contemplado. Manuela Agostinho (2007) apresenta uma definição e descrição do “Ecomapa”, instrumento para a avaliação familiar que identifica as relações e ligações da família com o meio onde habita. A única referência à violência

está na lista de áreas que devem ser incluídas no Ecomapa, entre elas os serviços da comunidade, tal como aqueles destinados à violência doméstica (p.328). Uma vez que o objectivo do texto era descrever e apresentar o Ecomapa como um instrumento de trabalho, nada mais é abordado quanto à violência doméstica/de género.

O último artigo que apresentou o descritor “violência” está nesta mesma edição, apresentando o Genograma Familiar como um método para avaliação do contexto familiar (Rebello, 2007b). As três vezes em que a palavra violência foi utilizada dizem respeito a situações que devem ser assinaladas no Genograma Familiar ou como um indicador de que este deve ser utilizado. Assim como no artigo anterior, não há uma discussão mais pormenorizada sobre a violência doméstica/familiar.

Nas demais secções da revista (“POEM’S”<sup>90</sup>, “Web Saúde”, “Notícias”, “Resumos de Congressos” e “Resumos e Comentários”), encontramos um número ainda mais reduzido de ocorrências do descritor pesquisado. Na secção “Clube de Leitura”, da edição Jul./Ago. 2007, foi apresentada uma análise de ensaios clínicos sobre circuncisão masculina realizados no Quênia e Uganda, sendo a palavra violência utilizada apenas para questionar os estereótipos comumente associados aos homens africanos: “os homens africanos têm vindo a ser conotados como vectores de doença, não se preocupando com outros, espalhando doenças e violência e negligenciando a família”. (Ribeiro G., 2007, p. 484, destaque nosso).

Na análise das secções dedicadas a apresentar resumos de congressos nacionais (nomeadamente, 10º e 11º Congresso Nacional de Medicina Geral e Familiar e 23º e 24º Encontro Nacional de Clínica Geral), percebemos que apenas no encontro mais recente, o 24º Encontro Nacional de Clínica Geral, realizado em Vilamoura, em Março de 2007, há um Estudo de Caso sobre violência doméstica. Isabel Jesus (2007) descreve os procedimentos adoptados, como médica de família, na intervenção junto a uma mulher de 41 anos vítima de agressões físicas, sexuais e psicológicas. De acordo com o relato, ao longo do tempo, a vítima fez diversos pedidos de ajuda para sua médica, que procurou auxiliar no afastamento da paciente e filhos do agressor. Para isso, foram desencadeados “alertas” e efectuados contactos com diversas instituições no intuito de a orientar em termos legais, além de efectuadas visitas domiciliárias. Apesar

---

<sup>90</sup> De acordo com Sanchez (2005, p. 631, destaques originais): “O termo POEM refere-se a ‘Patient-Oriented Evidence that Matters’, ou seja «Evidência que Interessa, Orientada para o Paciente»; refere-se a investigação válida e que é relevante para os médicos e para os seus pacientes. Para a sua elaboração, uma equipa de clínicos revê dezenas de revistas/jornais médicos e identifica resultados de trabalhos de investigação que são *importantes* e que *se aplicam na prática clínica diária*”.

dos esforços empenhados pela profissional, a agredida permaneceu co-habitando com o agressor. A partir das conclusões apresentadas, podemos inferir que a autora vislumbra como única solução para o problema o abandono do lar pela mulher agredida. Como tal, trata-se, fundamentalmente, de um problema que depende da decisão da paciente, ainda que o médico de família também possa ter algum papel neste processo. Como afirma Isabel Jesus (2007, p.467, destaques nosso),

a violência doméstica é, na verdade, um problema complexo. A sua resolução está nas mãos dos vários intervenientes, tal como o médico de família, mas principalmente, nas da vítima. Neste caso, há que tentar definir qual a vontade real da utente em abandonar o lar e envolver o marido na problemática, fazendo-o saber que todos os parceiros envolvidos estarão atentos à situação familiar, particularmente às crianças. A decisão final não é fácil. Contudo, cabe à vítima tomá-la!”.

Como vemos, a única solução vislumbrada pela médica para situações de violência doméstica é o abandono do lar pela vítima, insistindo numa concepção individualista do problema, cuja resolução cabe apenas à mulher agredida. Consequentemente, o papel do profissional que a atende é unicamente de apoio e orientação para que encontre, por si, respostas para o problema, numa lógica de “cura por esbatimento de sintomas” (Azambuja & Nogueira, 2008). Ainda que este seja apenas o resumo do trabalho apresentado no Congresso, chama a atenção de não serem discutidos os vários aspectos (já aqui documentados) que podem impedir ou dificultar o rompimento do relacionamento abusivo, tais como: dependência económica e social, estigma social associado a mulheres separadas, temor de perda de posses (como a casa) e guarda dos filhos, medo de represálias por parte do agressor, falta de apoio social e jurídico e etc. Fátima Monteiro (2005), em um estudo com mulheres sobreviventes à violência doméstica, apontou como um dos factores que dificultou a saída do ciclo de violência a ausência de um suporte profissional adequado, o qual foi avaliado pelas mulheres como tendo tido sucesso nos pedidos realizados “apenas algumas vezes” e “raramente”. O grande número de respostas sobre a inadequação da ajuda profissional (policiais, profissionais de saúde, religiosos, juristas, serviços sociais) recebida pelas mulheres entrevistadas indica que buscaram, activamente, romper com o ciclo de violência.

Diferentemente do que foi colocado no texto que aqui analisamos (Jesus, 2007), a decisão de romper com o relacionamento abusivo não é fácil, envolve múltiplos e variados factores, muitos dos quais estão fora do controle/domínio pessoal (da vítima). Especificamente falando do ato de abandonar o parceiro, estudos mostram que este é um dos momentos de maior vulnerabilidade para as mulheres, sendo muitos dos assassinatos de mulheres praticados por maridos/companheiros ou ex-maridos/companheiros (Heise & Garcia-Moreno, 2002; Pais, 1998). Igualmente, não foi proposta nenhuma intervenção junto aos agressores - cujas iniciativas ainda são escassas, mas com algumas experiências efectuadas com algum sucesso nas Universidades do Porto e do Minho (Manita, 2005).

### **Estudo da negatividade**

Diante da escassez de estudos destinados à violência de género/violência contra as mulheres em ambas as revistas, e constando que a maior parte dos artigos tratavam de sinais, sintomas e patologias específicas, decidimos prosseguir a análise com os artigos excluídos do levantamento inicial por não conterem o descritor “violência”. Procuramos efectuar um levantamento a partir da “negatividade”, ou seja, da ausência de considerações sobre este problema no quadro de sinais/sintomas descritos na literatura específica sobre a temática como geralmente associados à violência. Devido à limitação de tempo e considerando que este estudo se insere numa investigação maior sobre violência de género nos cuidados de saúde primários, optamos por utilizar apenas os artigos da Revista Portuguesa de Clínica Geral (RPCG), mais directamente ligada aos cuidados primários. Por outro lado, são apresentadas análises e comentários pormenorizados para cada artigo (ou grupo de artigos reunidos de acordo com a temática), os quais são posteriormente retomados e sintetizados nas conclusões.

A busca pela “negatividade” provém do enfoque adoptado neste estudo, nomeadamente o construcionismo social e a análise crítica do discurso, cujos fundamentos podem ser encontrados na obra de Michel Foucault (1992, 2000), entre outros. Para o filósofo francês, saber e poder são indissociáveis, uma vez que qualquer versão dos acontecimentos (saber) traz consigo potenciais práticas sociais (ou seja, leva a agir de uma determinada forma e não de outra). Contudo, o poder não existe sem resistência, modos marginais ou alternativos de agir. Uma vez que sempre existem

diversos discursos circundando um evento, cada qual oferecendo uma visão alternativa e trazendo consigo diferentes possibilidades de acção, o discurso dominante (o “saber” ou o “senso comum”) está constantemente sujeito à contestação e à resistência. Onde há poder, há resistência. E este ponto é a chave para as possibilidades de transformação social e pessoal que podem ser encontradas no construcionismo social (Burr, 1995). Desta forma, a presente análise compartilha a noção de que os discursos dominantes sempre trazem em si, implicitamente, alternativas que podem deslocá-los de sua posição de “verdade”.

Até o momento, constamos uma exclusão do problema da violência contra as mulheres nas revistas médicas nacionais analisadas, o que é causado, em grande parte, pela dominância do modelo biomédico, caracterizado pelo paradigma cartesiano da divisão “em partes” para uma melhor análise, ou seja, pela busca de sinais e sintomas físicos, desconsiderando o amplo contexto social, cultural e psicológico que interfere no processo de saúde-doença (Barros, 2002). Partimos, portanto, das principais consequências para a saúde das mulheres descritas nos estudos internacionais sobre violência (seus sinais e sintomas) para “desconstruí-las”<sup>91</sup> em direcção a uma posterior reconstrução, mais integrativa no que diz respeito à violência de género. De acordo com o “Relatório Mundial sobre Saúde e Violência” da OMS (Heise & Garcia-Moreno, 2002), as consequências das situações de abuso vão além da saúde e felicidade individual das vítimas, afectando o bem-estar de comunidades inteiras. Mulheres agredidas frequentemente têm acesso limitado a serviços e informações, são impedidas de desfrutar da vida pública e recebem pouco apoio emocional de amigos e familiares. Além disso, a violência provoca impactos profundos na saúde física e mental, além de uma maior vulnerabilidade e susceptibilidade para problemas como abuso de álcool, tabaco e outras drogas e diversas doenças. Um histórico de violência aumenta o risco de:

- Síndromes de dor crónica;
- Desordens psicossomáticas;
- Injúrias físicas;
- Desordens gastrointestinais;

---

<sup>91</sup> Desconstrução é um termo criado pelo filósofo francês Jacques Derrida para denominar as estratégias e táticas utilizadas para destacar as potenciais rupturas existentes dentro dos próprios textos. Cada texto contém o potencial para a sua subversão, para a sua emancipação de significados transcendentais e seu potencial para a reconstrução (Hepburn, 1999).



- Síndrome do intestino irritável;

- Diversas consequências para a saúde reprodutiva: problemas ginecológicos, infertilidade, inflamações pélvicas, complicações na gravidez e/ou abortos, doenças sexualmente transmissíveis, inclusive HIV, gravidez indesejada e abortos de risco.

No campo da saúde psicológica:

- Depressão;

- Tentativas de suicídio;

- Abuso de drogas;

- Desordens alimentares e de sono;

- Fobias e transtornos de pânico;

- Baixa auto-estima;

- Transtornos psicossomáticos.

De modo geral, vítimas de violência também são mais susceptíveis a passarem por intervenções cirúrgicas, consultas médicas, internações hospitalares e consultas psicológicas ao longo da vida do que mulheres sem este histórico.

Os resultados preliminares de outro estudo efectuado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005a) sobre a saúde das mulheres e violência mostram que aquelas com um histórico de violência doméstica apresentam mais frequentemente problemas como:

- Dificuldades para caminhar ou executar actividades quotidianas;

- Dores;

- Perdas de memória;

- Adoecimentos;

- Problemas vaginais.

As complicações emocionais foram identificadas por maior ocorrência de sintomas como: choro fácil, dificuldade em aproveitar a vida, fadiga e pensamentos suicida, sendo este último sintoma, juntamente com as tentativas de suicídio, o mais significativo. Assim como no estudo anteriormente citado, foram encontrados problemas associados à saúde reprodutiva e sexual: gravidez e abortos indesejados,

doenças sexualmente transmissíveis, problemas ginecológicos e no sistema urológico, entre outros.

O Ministério de Saúde e Consumo Espanhol, no seu “Protocolo Comum para a Atuação Sanitária ante a Violência de Género” (Sistema Nacional de Salud, 2006, p. 15, adaptado), apresenta as diferentes consequências da violência para a saúde:

- Consequências fatais: morte;
- Na saúde física: diversos tipos de lesões, contusões, sintomas inespecíficos (como enxaquecas), deterioramento funcional, indicadores piores de saúde;
- Condições crónicas: dor crónica, síndrome de intestino irritável, outros transtornos gastrointestinais, diversas queixas somáticas;
- Na saúde sexual e reprodutiva: causadas por relações sexuais forçadas (perda do desejo sexual, transtornos menstruais, doenças sexualmente transmissíveis, inclusive HIV, sangramento e fibroses vaginais, dispaurenia, dor pélvica crónica, infecção urinária, gravidez e aborto indesejados, etc.);
- Na saúde psíquica: depressão, ansiedade, transtornos de sono, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos alimentares, tentativas de suicídio, abuso de álcool, drogas e psicofármacos;
- Na saúde social: isolamento, perda de emprego, absentismo laboral, diminuição do número de dias de vida saudável;
- Na saúde dos filhos e filhas.

Uma vez que os estudos internacionais apresentam, de um modo geral, resultados muitos semelhantes, retomamos brevemente alguns dados de investigações nacionais sobre a temática. Na já descrita investigação sobre os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres (Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa, 2003), foram utilizados indicadores como a utilização de serviços hospitalares, dos centros de saúde e dos médicos privados. De modo geral, as mulheres entrevistadas – vítimas ou não – apresentaram uma elevada taxa de procura por hospitais (93,4%), o que mostra que provavelmente as mulheres adultas procuram mais estes serviços do que os centros de saúde. Destacamos também o facto de 6,6% de todas as idas a hospitais das mulheres acima de 18 anos inquiridas terem sido provocadas por situações de violência. A gravidade das consequências da violência foi avaliada pelo tipo de atendimento

hospitalar recebido: 28,6% ficaram internadas mais de 24h e, do total de respondentes, cinco tiveram que ser operadas. A tipificação das lesões é outro indicador da gravidade da violência, sendo: 15,7% equimoses, 6,7% fracturas, 3,4% hematomas e 2,2% feridas. De particular destaque é o facto de cerca de 30% das respondentes não terem contado ao médico que estavam procurando atendimento devido à violência. Relativamente ao recurso habitual ao centro de saúde, as mulheres vítimas de violência apresentaram uma taxa de procura ligeiramente superior para todos os tipos de violência (ainda que haja também uma ligeira maior incidência nos casos de violência psicológica e violência/constrangimento social). As incapacidades, particularmente físicas, apresentam-se como custos mais fáceis de medir e quantificar. Neste estudo, do total de mulheres que sofreu violências, 4,6% ficaram com incapacidades, sendo 1,1% incapacidades parciais. Os restantes casos dizem respeito a dificuldades para executar “trabalhos pesados” ou “médios”, sendo também de destacar as situações que, apesar de não provocarem incapacidades para o trabalho, poderem levar as mulheres a se sentirem diminuídas, tais como cicatrizes provocadas por queimaduras.

Os custos psicológicos da violência foram estimados a partir de uma auto-avaliação sobre a saúde em geral, tendo a maioria das mulheres classificado-a como razoável (40,1%) e boa (39%). Contudo, ao analisar apenas o grupo das mulheres vítimas, a apreciação mais incidente é de “saúde fraca”, especialmente entre as que foram alvo de violência física. Outra forma de avaliar os custos com a saúde psicológica é a análise das idas a um psiquiatra ou psicólogo. Na pesquisa, cerca de um quinto das mulheres inquiridas já consultou com um destes profissionais devido à perturbação emocional (21,4%), sendo a probabilidade das mulheres vítimas quase o dobro das não vítimas (33,3% e 16,4%, respectivamente). A análise apenas do grupo das vítimas mostrou que quase metade (49%) procurou psiquiatras/psicólogos devido aos actos de violência sofridos. Os vários tipos de violência (43,1%) e a violência psicológica (36%) vivida nos últimos tempos são as razões de perturbações emocionais que mais levaram as mulheres ao contacto com psiquiatras ou psicólogos. Por fim, recorrendo a uma bateria de sintomas de doenças psicológicas, quando comparadas vítimas e não vítimas, as primeiras têm maior probabilidade de apresentarem inquietude e ansiedade, dificuldade em se descontraír, em tomar decisões, choro fácil, pensamentos ou sonhos assustadores, dificuldades em expressar sentimentos, de concentração e de memória. Além disso, a probabilidade de apresentar tentativas de suicídio é quase nove vezes

superior entre as vítimas, assim como comportamentos violentos face a outros (seis vezes superior), medos excessivos (quatro vezes superior), comportamentos destrutivos de bens e propriedades (três vezes mais) e problemas com a comida e comportamento alimentar (duas vezes mais).

Outro estudo foi realizado em Portugal para verificar a associação entre alguns indicadores de saúde e actos de violência a que as mulheres tenham sido vítimas (Lisboa, Vicente & Barroso, 2005). No que tange à relação entre saúde e violência, um primeiro indicador foi a constatação de que as mulheres vítimas têm maior probabilidade de recorrerem a hospitais e centros de saúde do que as não vítimas. Na saúde física, a probabilidade das vítimas apresentarem equimoses e hematomas é 1,8 vezes superior a das não vítimas, sendo os hematomas geralmente provocados na cabeça (provavelmente esta parte do corpo é um alvo privilegiado por permitir que as lesões sejam ocultas pelos cabelos).

Igualmente, a probabilidade de haver feridas nas vítimas é dupla da verificada nas não vítimas, sendo os membros superiores os mais atingidos. Também a probabilidade de ocorrência de coma e hemorragias é superior entre as vítimas (1,9 vezes), ainda que a primeira situação tenha uma prevalência baixa no conjunto da amostra inquirida. Em seguida, aparece um conjunto de outros indicadores (intoxicações, lesões genitais e obesidade) que, apesar terem valores menos expressivos quanto à diferença de probabilidade de ocorrência entre vítimas e não vítimas, apresentam maior probabilidade de surgirem entre as vítimas. Assim, as intoxicações estão presentes em 83,7% das vítimas e em 9,1% das não vítimas; as lesões genitais em 87,2% das vítimas e 7,4% das não vítimas e a obesidade em 87,9% das vítimas e 7,7% das não vítimas. Por fim, existe um conjunto de sintomas, doenças e lesões que estão estatisticamente associados à vitimação, ainda que com valores menos expressivos do que os anteriores, sendo a probabilidade de ocorrência entre as vítimas superior quando comparada a das não vítimas: asma e queimaduras (46% maior), palpitações (44% maior), tremores (43% maior), colite (42% maior), cefaleia, vômitos frequentes e sensação de aperto na garganta (40% maior), dermatite, úlcera gastro-duodenal e dificuldades respiratórias (37% maior), sudação e peso/dor na zona abdominal (36% maior), dor/pressão no peito (30% maior), náuseas (29% maior), hipertensão arterial, vertigens e secura da boca (26% maior) e insónias (24% maior).

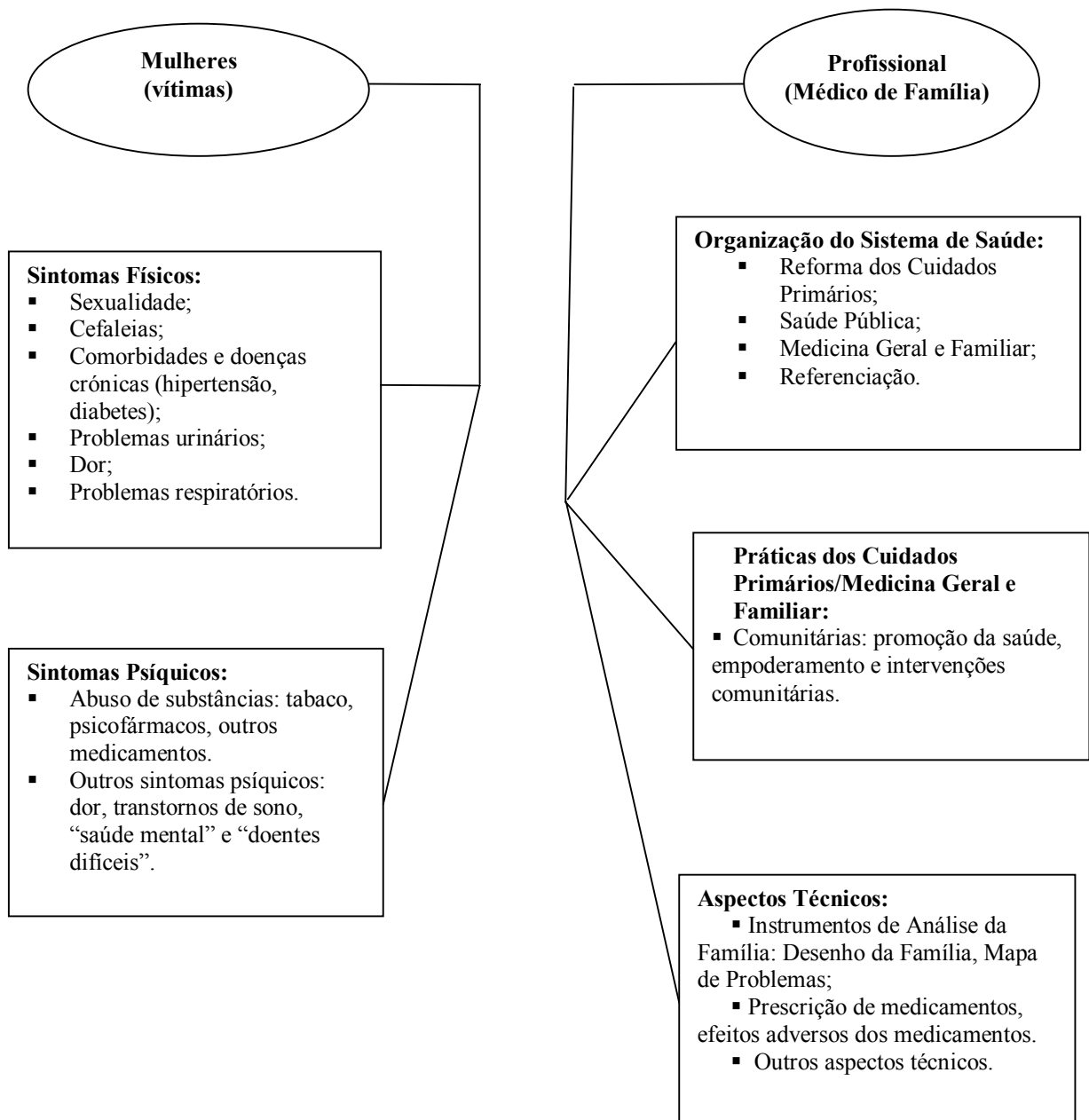
E, ainda que com características diferentes dos indicadores analisados anteriormente, a probabilidade de modificação do desejo/resposta sexual é 1,6 vezes superior entre as vítimas. Entre os indicadores de saúde psicológica cuja probabilidade de ocorrência entre as vítimas é maior do que entre as não vítimas, destacam-se a automutilação, as tentativas de suicídio, ideação suicida, pânico, ideias delirantes, outros comportamentos destrutivos, alucinações auditivas e visuais, fobias e medos excessivos, falta de esperança e sentimento de solidão, sendo estes dois últimos indicadores os que apresentam os valores mais elevados na amostra inquirida (34,2% e 45%, respectivamente), com uma probabilidade 1,6 vezes superior entre as vítimas.

A partir dos dados destes estudos, efectuamos uma análise pormenorizada do tema de cada artigo disponibilizado *on-line* no site da Revista Portuguesa de Clínica Geral. Seguindo os passos propostos Braun e Clarke (2006) para a análise temática, realizamos um mapeamento dos principais temas em que a problemática da violência de género/violência familiar poderia ter sido abordada. Estas categorias/temas foram definidas *a priori*, a partir dos resultados de estudos como os apresentados acima sobre as principais consequências da violência na saúde física e psicológica das mulheres.

O passo seguinte foi a revisão e o refinamento destas categorias temáticas para a construção do “mapa temático”. De acordo com Braun e Clarke (2006), o mapa temático permite visualizar as categorias principais e secundárias, bem como suas relações. Após a reorganização do material, chegamos à Figura 1, a qual representa todos aqueles artigos que, devido à temática apresentada, potencialmente poderiam abordar a violência de género/violência contra mulher, mas não o fizeram. Como vemos, correspondem a dois pólos principais: aspectos relacionados à paciente (no caso, a mulher agredida) e aspectos relacionados ao profissional de saúde (médico de família), os quais, por sua vez, são compostas por subcategorias. Vamos agora detalhar o que poderia ter sido dito, mas não foi, em cada tema identificado.

**Pólo 1 - Aspectos relacionados à paciente:** colocamos aqui todos os artigos que tratavam de sinais, sintomas ou patologias descritas na literatura como relacionados à problemática da vitimização feminina, os quais se subdividem em dois grupos: sintomas físicos e sintomas psíquicos.

**Figura 01 – Categorias Temáticas do Estudo da Negatividade**



- *Sintomas físicos*: os estudos indicam que mulheres vítimas de violência procuram mais atendimento médico do que aquelas sem este histórico, para as mais diversas queixas. Entre os temas abordados na revista que não contemplaram a violência de género, podemos citar: dor, problemas respiratórios (asma), relacionados à sexualidade, cefaleias/enxaquecas, doenças crónicas e problemas urinários.

Encontramos apenas um artigo sobre **dor**, redigido pelo Núcleo de Cuidados Paliativos da APMCG (2007). Trata-se, essencialmente, de um texto técnico onde são apresentados brevemente aspectos relacionados à avaliação da intensidade e do tipo de dor e, de modo mais detalhado, regras gerais para prescrição de opióides e outros medicamentos adjuvantes. Contudo, não são considerados os factores que podem levar à dor, seja ela crónica ou episódica, podendo a vitimação feminina ser um destes.

Quanto aos **problemas respiratórios**, os estudos da psicossomática indicam que a asma pode estar associada a factores psicológicos, especialmente a depressão (Coelho, Braga-Oliveira, Martins, Prata & Barros, 1999; Pereira & Maia, 2001), o que também tem sido identificado por pesquisadoras mais dedicadas à associação entre violência contra mulheres e asma (Eberhad-Gran, Schei & Eskild, 2007). No entanto, encontramos apenas um artigo e uma resenha sobre a asma, havendo também um *Dossier* sobre doenças infecciosas das vias aéreas superiores<sup>92</sup>.

Filipa Almada Lobo (2006) realiza uma caracterização da população asmática adulta da Unidade de Saúde Familiar Horizonte (Matosinhos) quanto à gravidade e controle da doença, relacionando-a à qualidade de vida. Na amostra de 210 asmáticos, 69% eram mulheres e 31% homens. Entre as conclusões, a autora afirma que uma qualidade de vida positiva nos asmáticos está relacionada de forma directa ao sexo masculino e ao grau de controlo da asma e, de modo inverso, com a presença de outras doenças crónicas, a idade e a gravidade da asma. Contudo, a autora não discute o que consideramos um achado muito importante: o facto de as mulheres asmáticas apresentarem valores significativamente mais baixos nas medidas de qualidade de vida. Acreditamos que, entre os factores envolvidos na menor qualidade de vida feminina, poderão estar situações relacionadas à violência de género em um sentido amplo,

---

<sup>92</sup> O artigo sobre a exposição de antibióticos a associação à asma, bem como o Dossier sobre doenças infecciosas das vias aéreas não serão aqui discutidos por tratarem de doenças infecciosas, não relacionáveis à violência (embora se reconheça que esta possa ser também um factor de pré-disposição para infecções).

envolvendo não apenas a violência conjugal, mas também a discriminação sociocultural, as pressões decorrentes da conciliação entre trabalho e vida familiar, etc.

De acordo com o “Relatório da Comissão das Comunidades Europeias ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões sobre a igualdade entre homens e mulheres” (2007), ainda existem muitas disparidades entre os sexos na Europa. Apesar da taxa de emprego das mulheres ter apresentado um aumento de 56,3% desde o ano 2000, o mercado profissional permanece segmentado, verificando-se um aumento do emprego das mulheres em profissões onde sua presença já era maioritária. Do mesmo modo, persiste o desequilíbrio entre mulheres e homens em postos de decisão, na política e na educação, onde eles continuam predominando. Embora as mulheres sejam a maioria dos novos licenciados do ensino superior (59%), as áreas de estudo permanecem fortemente estereotipadas (ensino, ciências humanas e artísticas e saúde), o que tem como consequência as grandes diferenças salariais entre os sexos (as mulheres ganham, em média, 15% menos do que os homens por cada hora trabalhada). Há também muito mais dificuldades para as mulheres em conciliar a vida profissional com o trabalho, com desequilíbrio na repartição das tarefas domésticas e familiares, que continuam sendo responsabilidades maioritariamente femininas.

Na temática **sexualidade**, incluímos os estudos que tratavam sobre medidas de contraceção, doenças sexualmente transmissíveis e disfunção sexual feminina. A contraceção é um tema que aparece com alguma frequência na revista, tendo sido encontrados seis artigos, alguns dos quais integrantes de um *Dossier* sobre planeamento familiar<sup>93</sup>. A contraceção de emergência (CE) é abordada em um estudo sobre os conhecimentos de alunas do ensino secundário de Guimarães. Maria Teresa Nunes (2005) justifica o foco do estudo nesta população pela inexperiência, impulsividade e instabilidade características da fase juvenil, vendo a contraceção de emergência como o único método capaz de evitar a gravidez após a relação sexual. Em nenhum momento a autora associa a utilização da CE a situações de violação sexual, o que mostra a invisibilidade do tema da violência. Por outro lado, Ana Aroso Monteiro (2005), em seu artigo sobre os novos métodos contraceptivos, aborda a CE tanto como um método para prevenir a gravidez após um ato sexual desprotegido ou inadequadamente protegido quanto para casos de violação, atendo-se, no entanto, a abordar sua eficácia, modo de

---

<sup>93</sup> Incluía também artigos sobre infertilidade e reprodução médico-assistida, que não serão aqui analisados.



actuação, vantagens e desvantagens. Ou seja, a situação de violência é apenas citada, sem qualquer reflexão adicional. Os demais artigos sobre contracepção não serão aqui analisados, pois dizem respeito a aspectos técnicos, nomeadamente à prescrição farmacológica, indicações, vantagens e desvantagens de cada método. Para encerrar a análise da temática “contracepção”, transcrevemos um trecho do artigo de Raquel Braga (2005, p. 471) que relembra sua importância para a emancipação das mulheres:

O desenvolvimento da contracepção hormonal encontra-se seguramente entre as maiores façanhas biomédicas do século passado e acarretou transformações sociais silenciosas mas profundas desde a década de 60. Desde então, o papel social da mulher e a estrutura das famílias alterou-se de forma gradual.

As doenças sexualmente transmissíveis são outro assunto que aparece com pouca frequência na RPMCG, ainda que muitas vezes estejam associadas a algumas formas de violência contra as mulheres: violação e exploração sexual, abortos não desejados e realizados sem condições de higiene, extinção do clítoris, entre outras (Terry, 2007). No já citado artigo de Ana Aroso Monteiro (2005), há referências à importância do uso do preservativo para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, em especial o HIV. Contudo encontramos apenas uma resenha de um estudo que aborda, especificamente, a prevenção do câncer de colo do útero. Olenka Haan (2006) trata da vacina contra o HPV como uma das estratégias primárias de prevenção ao câncer do colo uterino. Conclui que a adoção desta estratégia não deve implicar no abandono ou na diminuição da importância do teste de Papanicolau, uma vez que a vacina serve apenas para as mulheres jovens. A análise do conjunto de artigos neste tema mostra que não abordam, sob nenhum aspecto, as diversas formas de violência sexual acima citadas.

Um último subtema dentro da temática sexualidade é os transtornos do desejo sexual feminino. Em situações de violência conjugal, o relacionamento sexual frequentemente é utilizado como uma forma de tentar restabelecer a harmonia entre o casal ou, mesmo, como uma forma de coerção do marido sobre a esposa. Consequentemente, é comum que estas mulheres sofram diminuição do desejo sexual ou medo da relação sexual (associado ao sofrimento causado pelos relacionamentos sexuais forçados). De acordo com o estudo de Lisboa, Vicente e Barroso (2005), as mulheres vítimas de violência apresentam uma modificação no desejo/resposta sexual 1,6 vezes superior do que as não vítimas.

Na análise dos artigos da RPCG, encontramos apenas um artigo que abordava a disfunção sexual feminina (Cerejo, 2006). Trata-se de um estudo observacional transversal e analítico com 421 mulheres entre os 18 e 65 anos de idade, aleatoriamente seleccionadas entre as usuárias do Centro de Saúde Senhora da Hora (Matosinhos), cujos objectivos eram determinar a prevalência da disfunção sexual feminina (DSF), subtipos e frequência, factores associados, grau de satisfação com a vida sexual global e procura por ajuda médica. Dentre as causas apontadas para a DSF, estão: estágio fisiológico da mulher, co-morbidades, abuso de substâncias, uso de certos fármacos e “relação conflituosa”. Este último item nos indica que a autora considera - apesar de superficialmente - que o problema da violência conjugal pode estar associado à DSF. Os resultados do estudo são bastante significativos: cerca de 74% das inquiridas refere problemas de disfunção sexual, sendo os tipos mais frequentes a dispaurenia (57,95) e o vaginismo (34,3%). Dentre os subtipos de DSF, aparecem: perturbação do desejo (15,2%), aversão sexual (15,2%), perturbação na excitação (14,6%) e perturbação no orgasmo coital (11,8%). Apesar destes números, a avaliação da satisfação global com a vida sexual foi elevada, havendo 49,7% de mulheres satisfeitas, 36,2% muito satisfeitas, 11,2% pouco satisfeitas e apenas 2,8% muito insatisfeitas. Estes números sugerem que há uma certa “normalização” ou “banalização” do problema por parte das mulheres, pois há um elevado número que, ao serem inquiridas directa e detalhadamente, refere dificuldades no campo do prazer sexual. Contudo, a avaliação global da satisfação reflecte o oposto. Isto nos leva a pensar que as mulheres não esperam ter prazer ao exercer sua sexualidade. Um achado do próprio estudo que corrobora esta análise é o facto de 84,3% das mulheres sexualmente activas nunca terem pedido ajuda para problemas sexuais e, dentre as que apresentam DSF, apenas 18,2% ter referido que procurou ajuda para o problema. Outro dado interessante é o facto de apenas 16,3% das mulheres ter referido que o médico de família abordou a questão do prazer/dificuldade sexual em alguma consulta, o que mostra que o prazer sexual feminino ainda é um tabu, mesmo nas consultas de planeamento familiar.

As **cefaleias** são outro sintoma/doença associado a situações de estresse e/ou violência conjugal, sendo abordadas em um *Dossier* da edição Jul./Ago. 06 (composto por seis artigos, além do Editorial) e por um estudo na secção POEM'S. A maioria dos artigos aborda aspectos técnicos, como etiologia, diagnóstico, prognóstico e tratamento farmacológico. Em todos os artigos, é referida uma maior incidência no sexo feminino,

mas não são traçadas explicações para este achado (a única exceção é a cefaleia em salvas, que é mais comum no sexo masculino). Apenas no estudo de Ribeiro, Esperança e Souza (2006), sobre a cefaleia tipo tensão, é discutida a associação com factores psicológicos, pois a ansiedade e a depressão são comuns nos doentes que sofrem deste tipo de cefaleia. De acordo com os autores, o seu tratamento envolve a identificação de factores desencadeantes, como conflitos familiares, sociais e profissionais. Com isso, vislumbramos a possibilidade de inclusão das discussões sobre a violência conjugal como um possível desencadeante deste tipo de cefaleia no quadro dos “conflitos familiares e/ou sociais”.

Na temática **doenças crónicas**, encontramos um elevado número de artigos que abordam a diabetes, hipertensão arterial, asma, osteoporose e co-morbidades. Dentre todas, a diabetes tipo 2 é a que aparece com maior frequência (13 artigos, sendo sete em um *Dossier* da edição Nov. /Dez. 2005). A diabetes é uma condição de saúde complexa, que envolve muitos factores e está associada a uma maior incidência nas classes mais desfavorecidas e nos grupos de idade mais avançada, produzindo grande impacto na vida dos doentes (Gallego, 2005). Uma vez que este tipo de doença não é descrita como associada a situações de vitimação feminina, não analisaremos este grupo de artigos. Lembramos apenas que a hipertensão arterial (abordada em apenas três artigos), assim como as doenças cardiovasculares (sete artigos), além de serem descritas como associadas à vitimação feminina (Lisboa, Vicente & Barroso, 2005), também são doenças crónicas de elevada incidência e prevalência na população portuguesa, sendo de particular importância para o seu controle os aspectos psicológicos. Na presença de factores/situações estressantes, é comum que haja picos de elevação da tensão. Neste sentido, as situações de violência de género, desencantes de tensão e estresse, seriam potenciais agravantes para as mulheres portadoras de um quadro de hipertensão arterial, aplicando-se observações semelhantes às doenças cardiovasculares.

Um último conjunto de sintomas e/ou doenças muito associados à vitimação das mulheres são os **problemas do trato urinário**, frequentemente provocados por situações de violência sexual. Nas edições analisadas da RPCG, encontramos cinco artigos que podem ser classificados na temática “problemas urinários”, sendo quatro destes integrantes de um *Dossier*, composto por trabalhos apresentados na II Jornada de Urologia e Medicina Familiar de Vila Nova de Gaia, ocorrida em Fevereiro de 2005. De modo geral, os artigos não abordam uma possível relação entre estes problemas e

situações de violência conjugal/sexual. Apenas no texto de Costa e Príncipe (2005) encontramos referência ao coito e o uso de diafragmas como factores de risco para infecção do trato urinário (cistite aguda) em mulheres entre 16 e 35 anos de idade, sem maiores discussões sobre o assunto. Os textos são essencialmente técnicos, descrevendo causas, factores de risco e tratamento para os diversos tipos de problemas urinários.

- *Sintomas psíquicos*: ainda no “pólo mulheres”, temos diversos quadros/sintomas psíquicos frequentemente associados a situações de violência de género, tais como: consumo de drogas, tabaco e medicamentos, transtornos de sono, aspectos relacionados à “saúde mental” e os chamados “doentes difíceis” (ou seja, poli-queixosos e sem uma causa definida).

O tema **adição/consumo de substâncias** aborda artigos que podem ser distribuídos em subcategorias: consumo crónico de medicamentos, consumo de psicofármacos, nicotino-dependência e outras adições. O consumo crónico de medicamentos é abordado em um *Dossier* sobre prescrição de medicamentos, composto por seis artigos (dois analisam o papel da indústria farmacêutica, um sobre medicamentos genéricos e dois sobre psicofármacos). No artigo de Rute Ferreira (2007), a partir de uma amostra representativa da população inscrita em um centro de saúde, foi efectuada a análise do consumo crónico de medicamentos, constatando-se que está presente em 62,7% dos utentes. Deste grupo, 70% são mulheres, sendo os psicofármacos os medicamentos mais utilizados por elas, seguidos pelos anti-hipertensivos. Não foi traçada nenhuma hipótese para esta maior prevalência de consumo entre as mulheres, apenas foi referido que, em estudos semelhantes, encontrou-se resultados homólogos.

Dedicamos especial atenção ao consumo de psicofármacos, prescritos para lidar com sintomas frequentemente associados à vitimação: depressão, baixa auto-estima, problemas de sono e ansiedade. O artigo de Falcão, Monsanto, Nunes, Marau e Falcão (2007) avaliou a prescrição de psicofármacos entre 110 médicos integrantes da “Rede Sentinela”<sup>94</sup> entre Janeiro e Março de 2004. Novamente, as mulheres são as principais usuárias destes medicamentos (75,5%, cerca de três vezes superior aos homens), associados aos seguintes diagnósticos: ansiedade, depressão e problemas de sono. A explicação para este maior consumo feminino, na verdade, é “circular”, apenas

---

<sup>94</sup> A rede “Médicos-Sentinela” é um Sistema de Observação em Saúde, constituído por médicos de clínica geral/médicos de família cuja actividade profissional é desenvolvida em Centros de Saúde. A rede iniciou as suas actividades no final da década de 80, no distrito de Setúbal, e foi sendo progressivamente alargada a outros distritos, até abranger, em 1992, os 18 distritos do território do Continente, em 1996 a Região Autónoma da Madeira e, em 1997, a Região Autónoma dos Açores. Informações disponíveis em [http://www.onsa.pt/index\\_86.html](http://www.onsa.pt/index_86.html), acessado em 17/01/08.

remetendo de volta para o quadro diagnóstico, sem levantar hipóteses para a maior incidência destes transtornos entre as mulheres. De acordo com Falcão e colegas (2007, p. 25): “Este facto pode ser parcialmente explicado pelo facto dos diagnósticos de ansiedade, perturbações do sono e depressão, que motivaram a prescrição de psicofármacos, terem sido significativamente mais frequentes nas mulheres do que nos homens”.

O estudo de Manuel Souza (2007) procurou identificar o perfil de utilizadores de psicofármacos na Unidade de Saúde Familiar de Canelas, utilizando uma amostra de utentes acima de 17 anos. Dentre os 300 indivíduos pesquisados, houve uma prevalência de utilização de ansiolíticos de 40,3%, de antidepressivos de 11,3% e de neurolépticos de 1,3%. Entre os factores identificados como associados ao consumo de ansiolíticos está o sexo feminino e a idade igual ou superior a 60 anos, viuvez e pertencer a uma família com disfunção acentuada, entre outros. Para a utilização de antidepressivos, os factores associados são, novamente, pertencer ao sexo feminino e a uma família com disfunção acentuada. Dentre as explicações para o consumo de ansiolíticos, o autor aponta “problemas de solidão e períodos avançados/terminais da vida, conforme pode ser comprovado pelo perfil do utilizador, correspondente a uma mulher com mais de 60 anos, viúva, reformada/aposentada, vivendo só” (p. 39). Já a dependência de anti-depressivos, “poderá estar relacionada com situações geradoras de grande pressão, bastante *stress*, demasiada exigência e responsabilidade, dado o perfil de um indivíduo com curso superior e com uma profissão liberal, como seu utilizador preferencial” (p. 39). Percebemos que neste estudo houve uma preocupação em incluir aspectos relativos à organização familiar, concluindo-se que há uma indicação de que a disfunção familiar acentuada possa estar associada ao consumo de psicofármacos. Assim, embora não trate directamente da violência doméstica/violência de género, o facto de incluir as disfunções familiares representa uma abertura para a consideração de situações de violência conjugal.

Um segundo grupo de artigos na temática adição/consumo de substâncias trata dos aspectos relacionados à nicotino-dependência. O estudo de Precioso, Macedo e Rebelo (2007) analisa a relação entre o tabagismo dos pais e o consumo de tabaco nos filhos, concluindo que o hábito de fumar dos pais é um factor microsocial de risco para o consumo de tabaco dos jovens. Interessante destacar a ênfase dada ao ato de fumar em casa como uma forma de maltrato dos pais contra seus filhos. Os restantes artigos sobre

tabagismo estão em um *Dossier* temático da edição de Mar/Abr. 2006. O texto de José Precioso (2006) aborda a prevenção nos jovens e já foi discutido no “estudo da positividade”. Emília Nunes (2006) apresenta o impacto do tabaco no organismo humano e trata também da associação existente com problemas de saúde mental como a depressão e a esquizofrenia (sem, no entanto, levantar a hipótese de alguns sintomas da depressão serem causados, por exemplo, pela vivência de situações de violência). José Manuel Calheiros (2006) revê as consequências do fumo ambiental para a saúde individual e Mário Santos (2006) apresenta a “entrevista motivacional” como uma estratégia para auxiliar no tratamento do tabagismo. Em nenhum destes artigos o abuso de substâncias - neste caso, o tabaco - é associado com situações de violência conjugal, as quais, de acordo com o indicado por diversos estudos (Heise & Garcia-Moreno, 2002; Ministerio Nacional de Salud, 2006), podem tornar a mulher mais vulnerável para a dependência. Contudo, todos afirmam que as mulheres são mais consumidoras de tabaco do que os homens, sem explicarem as razões que podem levá-las a essa maior disponibilidade à dependência.

Os dois últimos artigos dentro da temática adição/consumo de substâncias são resenhas de livros/estudos. Disaró (2007) fala sobre o consumo de *cannabis* e o risco de consequências psicóticas e distúrbios afectivos, não tendo sido discutida qualquer hipótese sobre o que leva ao consumo desta substância. Trigo (2006a) aborda novamente o modelo de Gorsky-CENAPS para a prevenção da recaída, a partir de uma resenha de um livro do autor do modelo.

Na análise de todos os artigos que tratam da dependência/adicação, chama a atenção o facto de haver apenas um que aborde o problema do alcoolismo, muitas vezes citado como causador ou potencializador de situações de violência (conjugal e não só). Isabel Santos (2006) apresenta uma resenha de um estudo sobre o estado de prontidão para a mudança e a efectividade do aconselhamento oferecido pelos médicos para abandonar o consumo. A autora relata seu interesse pelo assunto a partir da constatação de frequentemente se deparar com doentes que apresentam consumo excessivo de álcool. Contrariando a noção de senso comum, a maioria dos seus pacientes, quando confrontados com o problema, assumem que bebem demais e que já fizeram tentativas para deixar ou diminuir o consumo. Sua experiência profissional também mostra que o aconselhamento só é efectivo quando o paciente está “pronto” para mudar. A autora conclui afirmando que, provavelmente devido a crenças erradas, os médicos estão

fazendo um aconselhamento pouco convicto (ou nenhum) a doentes em que reconhecem o abuso de álcool.

Ainda que o alcoolismo não seja o tema de nosso estudo, podemos afirmar que existe, na RPCG, uma invisibilidade para um problema de grandes proporções no país. De acordo com Mello, Barrias e Breda (2001), Portugal situa-se entre os principais países produtores e consumidores de vinhos, havendo uma tendência de aumento de consumo de cervejas e outras bebidas alcoólicas. O consumo *per capita*, em 2000, era de 18,L de álcool puro - o terceiro maior do mundo. Os autores (p. 34-35) ainda citam dados do Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra onde, no ano de 1997, mais de 80% dos homens e 50% das mulheres consumiam bebidas alcoólicas, havendo 735.470 “doentes alcoólicos” e 1.009.660 “bebedores excessivos”.

Ainda no âmbito dos sintomas psíquicos, os **transtornos de sono** foram abordados em um *Dossier* composto por quatro artigos, presente na edição de Set./Out. de 2006. Todos afirmam que este é um problema de saúde pública de grande prevalência e, muitos fazem referências a aspectos de foro emocional/psicológico, além dos aspectos unicamente orgânicos. Contudo, nenhum dos autores analisou de modo mais detalhado estes aspectos emocionais/psicológicos, limitando a citar sua existência, mesmo no artigo que tratava da insónia psicofisiológica (Clemente, 2006). Neste artigo, a autora apresenta como factores predisponentes a idade avançada, ser mulher, possuir história familiar de insónia ou depressão recorrente e um traço comportamental de agitação. Contudo, não é levantada nenhuma hipótese para a maior prevalência de transtornos de sono entre as mulheres estar associada a situações de estresse como, por exemplo, a vitimação conjugal.

A temática **saúde mental** é abordada por Mónica Granja (2005b) na secção “Clube de Leitura”, onde apresenta uma resenha de um artigo sobre a chamada “Psicologia Positiva”. A autora destaca a importância desta nova disciplina da saúde mental, uma vez que permite ir além das limitadas práticas de diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais, comuns entre médicos de família e psiquiatras. Na sua concepção, a incorporação de intervenções que promovam o bem-estar e a qualidade de vida, tal como proposto pela Psicologia Positiva, “vem em socorro dos médicos de família, que abordam (com escassa formação) pacientes em crise, abrindo as portas para o campo da prevenção em saúde mental” (Granja, 2005b, p.519).

Por sua vez, José Mendes Nunes (2006b), em um artigo da seção “Opinião e Debate”, chama a atenção para a negligência, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto da população, para a saúde mental em comparação com a saúde física. Com foco especial na prevenção e promoção da saúde mental das crianças, o autor apresenta uma crítica à prática médica, fundamentando-se em dados da Organização Mundial de Saúde e estimulando o cuidado para não medicalizar ou patologizar fases naturais da vida. Conclui com a afirmação de que a promoção da saúde mental exige maior qualificação dos profissionais e investimento na relação médico-doente, no sentido de uma maior humanização dos cuidados. Ainda que não trate de nenhum problema emocional/psicológico específico, este artigo tem o mérito de levar a uma maior reflexão sobre a prática clínica e a necessidade dos médicos incluírem outros saberes no seu exercício profissional.

Um último tema da categoria “sintomas psíquicos da mulher/paciente” foi o dos chamados “**doentes difíceis**”, ou seja, pacientes que despertam sentimentos de desconforto, irritação e frustração nos médicos, frequentemente por apresentarem diversas queixas (poli queixosos) ou queixas “vagas”, que não permitem uma conclusão diagnóstica, sendo também conhecidos como “grandes consumidores de consulta”. O tema aparece pela primeira vez em um Editorial de Mai./Jun. 2006 (Souza J.C, 2006b), onde são abordadas as dificuldades relacionadas aos sintomas “cl clinicamente não explicáveis”, também conhecidos pelo acrônimo em inglês MUPS – *Medically Unexplained Pshysical Sintoms*. O autor assume que queixas inexplicáveis e síndromes mal definidas fazem parte da medicina clínica geral, correspondendo a cerca 10% a 20% dos motivos de consulta. Contudo, nos cursos de formação, ainda não têm sido abordadas estratégias de diagnóstico mais eficazes e terapêuticas apropriadas, apesar de já existirem alguns trabalhos publicados sobre o problema. Na edição seguinte, José Mendes Nunes (2006a), que já havia abordado o tema “saúde mental”, apresenta uma reflexão sobre “MUPS” como o problema mais frequente nas consultas em medicina geral e familiar, responsável pela hiper-utilização e insatisfação com os serviços (pelos utentes) e insatisfação nos médicos. O autor apresenta diversos estudos sobre o problema, definindo-o como situações clínicas em que a causa dos sintomas não pode ser determinada, mas que podem incluir causas somáticas, físicas e ambientais, ainda que não possa ser confundida com a somatização ou doenças psicossomáticas. Contudo,



consideramos mais interessante para nosso estudo destacar sua reflexão sobre o paradigma dominante na área médica:

[...] admito que a falta de interesse, entre nós, por este tipo de problemas se deve, pelo menos em parte, ao arreigamento ao modelo centrado na doença. Mesmo entre os especialistas de MGF que, apesar de constantemente invocarem o modelo biopsicossocial de Engel, na prática, mantêm em exclusivo a abordagem biomédica limitando-se, quando muito, a colecionar alguns dados de ordem psicossocial que trabalham estatisticamente, mas que não utilizam do ponto de vista clínico em proveito do doente. (Nunes, 2006a, p. 513-514).

Prossegue afirmando que o paradigma centrado nas doenças promove a separação corpo-mente, fazendo com que os profissionais de MGF pensem que os sintomas funcionais, somáticos, estão “na cabeça” do doente, constituindo problemas de menor importância médica. A resposta dada aos doentes muitas vezes passa pela prescrição de algum medicamento, mesmo sem ter certeza de que irá beneficiá-lo, devido à crença de que este tipo de usuário “só descansa com um diagnóstico”. Seguindo uma perspectiva centrada na pessoa, os sintomas clínicos não explicados são uma situação clínica e social e não uma alteração específica. Ou seja, o paradigma biomédico considera-os “sem explicação” porque não podem ser comprovados por testes laboratoriais de diagnóstico. Conclui afirmando que o tema é vasto e merece mais atenção nas revistas e formações e, especialmente, requer uma maior atenção com o cuidar, ao invés do super-investimento nas causas. Consideramos que este artigo apresenta uma visão bastante diferente dos demais, com uma análise crítica da prática médica e do modelo biomédico, demonstrando uma preocupação com a pessoa e não como o “doente”. Ainda que o tema da violência de gênero não tenha sido abordado, acreditamos que a abordagem defendida pelo autor (centrada na pessoa) permite uma maior reflexão crítica, uma vez que privilegia o ser humano e não o ser biológico.

Por fim, o problema dos “doentes difíceis” é abordado novamente em duas resenhas da seção “Clube de Leitura”. Luís Silva (2007) apresenta um estudo realizado com clínicos docentes considerados “excelentes” pelas Escolas de Medicina Familiar a que se encontram ligados sobre como lidavam com pacientes difíceis. Os resultados indicam que é preciso adotar um modelo apoiado em três pontos: colaboração (trabalho em equipa médico-doente), uso adequado do poder e empatia, sendo a última considerada a pedra angular da relação médico-doente. Em seguida, Mónica Granja

(2007) apresenta os resultados de uma pesquisa realizada com médicos de diversas especialidades sobre as consultas consideradas difíceis. A comparação entre os médicos que referiam ter muitos doentes difíceis e aqueles com poucos doentes deste tipo encontrou como factores independentes associados à frustração: idade inferior a 40 anos, carga semanal de trabalho superior a 55 horas, níveis elevados de estresse, prática de uma especialidade não generalista, maior número de pacientes com problemas psicossociais ou de abuso de substâncias e o modelo de organização do estabelecimento de saúde. De destacar nesta análise é a percepção de que, muitas vezes, os médicos também são “difíceis”. Ou seja, há uma reflexão sobre a actividade profissional, numa tentativa de desresponsabilizar os pacientes (ou de dividir as responsabilidades) pelas frustrações dos médicos.

**Pólo 2 - Aspectos relacionados ao profissional:** compreende todos os artigos que abordam aspectos específicos da prática profissional nos cuidados de saúde primários/medicina geral e familiar, agrupando-se em três subcategorias: organização do sistema de saúde, práticas e técnicas dos cuidados de saúde primários/medicina geral e familiar.

- *A organização do sistema de saúde:* abrange todos os artigos que tratavam da reforma dos cuidados de saúde primários, temas da saúde pública, reflexões sobre a especialidade de medicina geral e familiar e a referência para outros serviços.

A **reforma dos cuidados de saúde primários** tem sido bastante discutida na revista (12 artigos) nos últimos anos, tanto nas secções de artigos quanto nas de “Resumos e Comentários” ou resenhas (Clube de Leitura). Tendo em consideração que este é um tema também em voga na arena política nacional, é compreensível que os profissionais actuantes na área se mostrem preocupados com a questão. Isabel Santos (2005) relata brevemente o que pode ser encontrado no “Relatório sobre os Cuidados de Saúde Primários na Europa”, elaborado pela Holanda durante a sua Presidência da União Europeia, em 2004, destacando a importância deste documento no momento em que se pensa na reforma dos cuidados de saúde primários portugueses.

A este respeito, Jaime Correia de Souza (2005a), no Editorial intitulado “A fábula da raposa”, demonstrava uma certa desconfiança com as medidas que começavam a ser tomadas para a implantação da reforma, levando em consideração o

longo processo de avanços e recuos já presenciado. Contudo, nas edições de 2006, nota-se um maior optimismo. Na edição de Jan./Fev., encontramos um *Dossier* temático que aborda as principais dificuldades e oportunidades que poderão surgir com a reorganização dos cuidados de saúde primários, especialmente a partir da criação das Unidades de Saúde Familiar (USF). Nos quatro artigos que compõem este *dossier* (Biscaia, 2006a,b; Covita, 2006; Ferrão & Biscaia, 2006) são destacadas a importância da “mudança de mentalidades” para que as propostas realmente se efectivem. Um aspecto de particular importância para o tema de nossa investigação é a possibilidade colocada pela maior liberdade na composição das novas equipas das Unidades de Saúde Familiar, as quais poderão integrar outros profissionais de saúde, como psicólogos e assistentes sociais. Acreditamos que a partir da inclusão destes atores, novos temas e problemas poderão emergir e, dentre estes, a preocupação com as situações de violência, ainda que este não seja um ponto abordado em nenhum dos artigos. Contudo, este é um movimento ainda muito recente para termos maiores avaliações.

A introdução da informatização nos centros de saúde é discutida por Jaime Souza (2006a) em mais um Editorial, onde apresenta os (poucos) avanços já obtidos e, principalmente, as necessidades e potencialidades que uma real informatização dos cuidados de saúde primários poderia atingir. No *Relatório de Primavera 2006 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde*, Pedro Lopes Ferreira (2006) apresenta uma informação geral sobre os principais achados deste relatório, destacando a importância dada à reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal. Para que possa ser concretizada, deve-se mobilizar recursos financeiros e criar dinâmicas de mobilização da sociedade civil, pois prevê focos de resistência no seio da própria administração de saúde a nível local e/ou regional. Dentre pontos que merecem especial atenção, o Relatório fala na dotação dos novos centros de saúde de novas competências, como psicólogos, fisioterapeutas, dentistas, nutricionistas e etc., o que, conforme já afirmamos, pode auxiliar na inclusão da problemática da violência de género/violência doméstica entre as preocupações da medicina geral e familiar.

Ainda dentro da reforma dos cuidados de saúde primários, o artigo de Ferreira e Raposo (2006) apresenta os resultados de um estudo sobre a avaliação da qualidade dos centros de saúde com base na satisfação dos utentes. Os autores fundamentam-se no conceito de governação para justificar a necessidade de incluir a avaliação dos usuários dos serviços na sua gestão. Dentre os resultados, o que mais nos chamou a atenção

foram as diferenças registadas entre os sexos: as mulheres são as principais usuárias dos centros de saúde, apresentando também a maior insatisfação com os serviços e pior avaliação do seu estado de saúde. Ainda que a intenção dos autores não seja avaliar os/as respondentes, e sim a qualidade dos serviços, consideramos estas diferenças de grande importância para nosso estudo, uma vez que comprovam a hipótese de que os centros de saúde são locais privilegiados para a detecção, sinalização e acompanhamento de situações de violência contra mulheres, suas principais usuárias. Além disso, ao levarmos em consideração a auto-avaliação do estado de saúde, as mulheres parecem ser um grupo de maior vulnerabilidade. Mais estudos a este respeito são necessários, mas, como já afirmamos anteriormente, acreditamos que as desigualdades de género podem ser um dos geradores da menor qualidade de vida e de saúde das mulheres.

Isabel Santos (2007) apresenta uma resenha do livro “Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos”. Devido à qualidade do texto e a abrangência de temas abordados, a autora afirma que deve fazer parte da bibliografia recomendada de cursos de formação em medicina geral e familiar, saúde pública e gestão dos serviços de saúde. Trata-se de um ampla análise e reflexão sobre a complexidade do Sistema de Saúde português, apresentando um capítulo sobre sua história, definições de cuidados de saúde primários, evolução em indicadores de saúde, entre outros assuntos, concluindo com as potencialidades e riscos futuros para a reforma dos cuidados de saúde primários. Por fim, no Editorial “A raposa e as uvas – um olhar sobre a reforma dos cuidados de saúde primários”, Jaime Correia de Souza (2007b) apresenta um breve histórico da constituição do Serviço Nacional de Saúde, da consolidação da especialidade de medicina geral e familiar e dos avanços e retrocessos no processo de reforma dos cuidados de saúde primários. Conclui com a constatação de que esta é uma realidade, conclamando a todos os profissionais a se envolverem activamente em um processo que, pelo que parece, já é inevitável.

O conjunto de textos que trata da **saúde pública** está em um *Dossier* que pretende destacar a importância da complementaridade de funções da saúde pública e da clínica geral e familiar (Silva, A.M.S, 2007). Pedro Serrano (2007) apresenta um histórico da constituição das especialidades de saúde pública e clínica geral e familiar e do próprio Sistema Nacional de Saúde. Ainda que, para muitos profissionais, estas especialidades representem campos completamente distintos de actuação - onde à saúde

pública compete a administração da saúde, com utilização da epidemiologia e uma intervenção menos clínica, e à clínica geral e familiar cabem os cuidados integrados aos indivíduos e famílias - suas práticas e histórias estão intimamente relacionadas. Tanto que, no grupo técnico que está comandando a reforma dos cuidados de saúde primários, existem profissionais oriundos da saúde pública. E, do mesmo modo, esta reforma tem tido implicações nas alterações que também estão sendo delineadas para a saúde pública.

O artigo de António Teixeira Pinto (2007) aprofunda a discussão sobre a importância da maior integração entre os profissionais da saúde pública e os médicos actuantes nos cuidados primários, particularmente no caso das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho. Apesar da importância e qualidade destes textos, dedicamos especial atenção aos de Marques e Freitas (2007), sobre emergências e urgências em saúde pública, e de Dias, Freitas e Briz (2007), que trata dos indicadores de saúde.

Marques e Freitas (2007) abordam o conceito de vigilância epidemiológica e especificam o que são “DDO” (ou seja, Doenças Transmissíveis de Declaração Obrigatória). Apresentam também os procedimentos a adoptar nas DDO actualmente consideradas como urgências. Nas palavras dos autores, são “certas infecções que, pela sua possível gravidade clínica, pela forma de transmissão, pelo elevado número de indivíduos que podem ser infectados, obrigam à intervenção imediata dos serviços de saúde pública.” (Marques e Freitas, 2007, p. 433, destaque nosso).

Destacamos esta conceituação para questionarmos o facto de incluir apenas as doenças infecciosas, sem considerar outras condições de saúde que, pelo elevado número de indivíduos *afectados* (diríamos nós) também exigem uma intervenção imediata da saúde pública, como é o caso da violência contra as mulheres. Se nos reportarmos aos já descritos estudos realizados no país, podemos perceber que este é um problema de grandes proporções, com um enorme contingente de vítimas, ainda que nem todas se assumam como tal. Lembramos também a já citada orientação da OPAS/OMS, que assume desde 1994 que a violência é um problema de saúde pública (Minayo, 2006). Contudo, esta não parece ser a compreensão do campo da saúde portuguesa. As leis actualmente em vigor no país oferecem mecanismos de protecção para as mulheres vítimas de violência doméstica e sua notificação às autoridades policiais é obrigatória, uma vez que se trata de um crime público. No campo da saúde,

porém, ainda não existe uma legislação que obrigue a sua notificação à autoridade de saúde (tal como existe, por exemplo, no Brasil – Lei nº 10.778, 24/11/2003).

De acordo com Dias, Freitas e Briz (2007), a vigilância epidemiológica é uma prática fundamental para o planeamento das acções em saúde pública, cuja missão é assegurar as condições nas quais as pessoas podem ser saudáveis, através do esforço organizado da comunidade, com o objectivo de prevenir a doença e promover a saúde. Contudo, para que se possa construir um indicador, é preciso haver disponibilidade de dados. E, no caso da violência doméstica, não existem informações oriundas do sistema de saúde. Uma das principais consequências desta lacuna é a inexistência de dados epidemiológicos a partir dos quais acções de intervenção e prevenção podem ser planeadas. Como já discutido em outro momento (Azambuja, 2005, p. 11), “ao se mostrar como uma realidade desconhecida, ou mal conhecida, acaba por se configurar como mais uma forma de violência, que opera no nível estrutural: a invisibilidade (que vem acompanhada pelo descaso)”.

Nesta avaliação, também devemos levar em consideração a constatação apresentada por Dias, Freitas e Briz (2007) de que não existe em Portugal um único “painel de indicadores de saúde” ou um “sistema de informações em saúde”. Ou seja, a prática de vigilância epidemiológica no país ainda é bastante frágil, sendo suas limitações visíveis na classificação da causa de morte que, de acordo com os autores, carece de melhorias há vários anos, havendo um grande número de “causas mal definidas”. Ainda assim, têm sido desenvolvidos diversos painéis de indicadores, sendo o mais recente o de avaliação do “Plano Nacional de Saúde 2004-2010”.

A respeito deste documento (Portugal, 2004), lembramos que nas suas estratégias para a gestão da mudança centradas no cidadão, mais especificamente nas destinadas aos comportamentos e estilos de vida saudáveis, a violência doméstica contra mulheres, crianças, jovens e idosos é citada como “um dos problemas mais importantes entre os que afectam a qualidade de vida” (p. 106), assumindo-se que “as respostas da saúde para a violência têm sido manifestadamente inadequadas, contemplando, essencialmente, aspectos de emergência médica, sem contemplar adequadamente as vertentes mais preventivas”. (p. 106). Entre as orientações estratégicas e intervenções necessárias para a “promoção do combate à violência” (p. 112), são citadas:

- Nível macro: serão realçadas as condições globais da sociedade (aspectos culturais, civismo, nível de escolarização e de informação, interesse dos *mass media*, etc.), os enquadramentos legais e políticos, intervenção no ambiente educacional das crianças, jovens e adolescentes, aplicação do Plano Nacional Contra a Violência Doméstica, acções de formação para os profissionais da saúde no sentido de os sensibilizar e potenciar as suas competências na identificação de situações de violência doméstica, orientação e apoio às vítimas;

- Nível meso: intervenção normativa, através de linhas orientadoras para dirigentes, trabalhadores da saúde, doentes, médicos de saúde ocupacional, representantes sindicais, etc.;

- Nível micro: a intervenção contemplará o que pode ser mudado em curto prazo (1-2 anos): sistemas de segurança, mecanismos de queixa, formação em comunicação e resolução de conflitos, existência de mediadores, sistemas de apoio às vítimas, de investigação e para lidar com o agressor.

Como vemos, o Plano Nacional de Saúde, traçado para o período compreendido entre os anos 2004 e 2010, assume que a violência doméstica é um problema de saúde. Contudo, as estratégias e intervenções citadas parecem terem tido pouca ou nenhuma visibilidade. Actualmente, Portugal encontra-se dotado com um conjunto de legislações (Lei nº 107/99, Lei nº 129/99, Lei nº 07/2000) e medidas, tal como as três edições do Plano Nacional de Combate à Violência Doméstica (1997, 2003, 2007) que procuram enfrentar o problema, assim como diversas instituições de apoio social (APAV, UMAR, CÁRITAS, AMCV). Do mesmo modo, algumas campanhas de sensibilização da opinião pública já foram realizadas. Contudo, parece que este tema tem tido dificuldade de entrar na arena da saúde, como comprova a escassez de artigos sobre a temática na RPCG. Muito provavelmente, as medidas de capacitação profissional previstas no Plano Nacional de Saúde são ainda muito vagas, com pouco impacto no campo dos cuidados de saúde primários. Esperamos que o III Plano Nacional de Combate a Violência Doméstica (2007-2010) consiga suprir esta lacuna, tal como previsto em uma de suas áreas estratégicas (qualificar os profissionais).

O subtema **medicina geral e familiar** foi o que apresentou o maior número de artigos, tanto nas secções de estudos, quanto em Editoriais e resenhas. Alberto Hespanhol (2005) e Alexandra Reis (2007a) tratam da avaliação da satisfação dos

utentes quanto aos serviços prestados pelos médicos de família. O primeiro autor apresenta vários estudos realizados a nível nacional, relacionando a satisfação dos utentes com o conceito de “boa governação”. Conclui que, de modo geral, os portugueses estão satisfeitos com seu médico de família, mas insatisfeitos com a organização dos serviços, em especial com o tempo de espera pelas consultas. Reis (2007a) apresenta a resenha de um estudo sobre a percepção de médicos canadenses quanto à satisfação de seus pacientes com os cuidados que lhes são oferecidos, realizado através de questionários aplicados a pacientes e seus respectivos clínicos. Conclui-se que os médicos tendem a subestimar a avaliação dos utentes, vendo-as como mais negativas do que de facto foram.

Encontramos também um conjunto de artigos que tratam de questões gerais sobre a especialidade de clínica geral e familiar, tal como o testemunho de um médico inglês sobre sua participação no processo de constituição da especialidade e dos cuidados de saúde primários em Portugal (Horder, 2005) ou um versão reduzida da “Declaração da WONCA<sup>95</sup>” (Allen, Gay, Crebolder, Heyrman, Svab, Ram & Evans, 2005), que define a disciplina de medicina geral e familiar/clínica geral e as respectivas funções profissionais e competências requeridas. De modo semelhante, Santiago e Souza (2006) apresentam a “Declaração política da UEMO<sup>96</sup>” para evitar a crescente redução de novos profissionais na área. Chama-nos a atenção o facto dos dois textos das organizações internacionais de médicos de família destacarem a importância do trabalho em equipa e do foco na comunidade a fim de que os objectivos de prevenção da doença e promoção da saúde possam ser executados. Como dizem Santiago e Souza (2006, p. 647), “a Medicina Geral e Familiar (MGF) tem uma responsabilidade específica com relação à saúde da comunidade e, como tal, o seu específico processo de tomada de decisão é determinado pela prevalência e incidência da doença na comunidade”.

Neste sentido, questionamo-nos porque os números de mulheres vítimas de maus-tratos em Portugal não têm sido considerados nos processos de definição das prioridades em saúde. Ou, mais especificamente, porque estes indicadores não se fazem presentes nos artigos, pesquisas, comentários e resenhas apresentados na RPCG. Será porque não chegam ao conhecimento dos médicos de família? Será porque as informações existentes estão dispersas e dizem respeito, sobretudo, aos atendimentos de

---

<sup>95</sup> World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (“Organização Mundial de Médicos de Família”).

<sup>96</sup> European Union of General Practitioners (“União Europeia de Clínicos Gerais”).



âmbito legal/criminal (como as estatísticas das forças de segurança pública) e de apoio social (como as instituições de apoio a mulheres vítimas de maus-tratos)? Tal como já afirmamos, faltam informações estatísticas provenientes da área da saúde, como uma base de dados ou um observatório nacional de saúde e violência de género/violência contra as mulheres.

Ainda no que diz respeito à especialidade e clínica geral e familiar em Portugal, Carlos e López (2006) relatam o processo de criação do “Movimento Vasco da Gama”, iniciativa de cooperação internacional entre os novos profissionais que ingressam na especialidade que pode vir a auxiliar a combater redução global do número de médicos de clínica geral. Por sua vez, Mónica Granja (2005a) apresenta uma resenha de um artigo norte-americano sobre o estado actual da especialidade, considerado como de crise. Ênfase especial é dada à uma prática comum na área médica, mas pouco eficiente nos cuidados de saúde primários: as consultas com duração em torno de 15 minutos. De acordo com os autores norte-americanos, esta prática é aceitável e útil nos atendimentos a situações agudas, que apresentam um quadro específico e necessitam uma solução rápida. Na medicina familiar, contudo, atende-se principalmente a doenças crónicas, que requerem uma intervenção mais ampla e, sobretudo, enfoca-se a prevenção, numa perspectiva familiar e bio-psicossocial.

Concordamos com esta crítica e lembramos que um aspecto fundamental no pedido de auxílio por parte de uma mulher vítima de maus-tratos é a confiança que deposita na pessoa que recebe sua queixa. Muitas vezes, este pedido não vem de forma explícita, sendo manifestado pela procura recorrente por atendimento médico, às vezes sem uma queixa precisa. A fim de avaliar melhor tal situação, o médico deve investigar um amplo espectro de situações e hipóteses, o que é muito difícil quando o profissional se sente pressionado pela agenda que tem que cumprir ao longo do dia.

Ainda dentro das dificuldades com que os médicos de família se deparam no quotidiano, Jaime C. Souza (2007c) discute a importância do desenvolvimento/actualização profissional ao longo da vida, especialmente numa área que lida com problemas de saúde diversos e complexos (como as doenças crónicas) e que tem também como responsabilidade a promoção da saúde e a prevenção da doença. Apesar da grande produção de conhecimento existente no campo da medicina, é impossível a qualquer profissional acompanhar tudo o que “sai de novo” nas revistas científicas. Por exemplo, tomando apenas a base MedLine, diariamente são

acrescentados cerca de 1.400 artigos, o que corresponde a 9.600 novos textos por semana ou 50.000 por ano. O autor conclui que este “excesso de informação” reforça a importância da “Medicina Baseada em Evidências”, ou seja “o uso da melhor prova existente para tomar decisões sobre os cuidados a pacientes individuais” (p. 255). Neste sentido, para que a violência contra a mulher passe a ser encarada mais seriamente como um problema de saúde pública é preciso investir (ou divulgar) em mais estudos epidemiológicos, utilizando a “linguagem comum” ao domínio médico sem, contudo, restringir-se a uma leitura “biologicista”. Para isso, é necessário, por exemplo, integrar uma análise de gênero ao invés de unicamente fundamentada no sexo, bem como reflexões sobre as desigualdades no acesso à saúde, no tratamento diferenciado dispensado às mulheres e aos homens, entre outros, tal como vem sendo discutido por Laranjeira, Marques, Soares e Prazeres (2007).

Um último conjunto de textos na temática medicina geral e familiar se encontra em um *Dossier* sobre família e cuidados de saúde. Tal como colocado por Rebelo (2007a) no Editorial deste *dossier*, a família possui uma importância fundamental para a saúde e a doença dos indivíduos. Desta forma, Cristina Ribeiro (2007) apresenta uma pesquisa sobre “o estado da arte” sobre família e saúde, onde constata a importância de eventos estressores para o desenvolvimento de certos tipos de doenças, bem como o papel central desempenhado pela família no tratamento e acompanhamento de doenças crônicas. Laginha (2007) e Reis (2007b) apresentam, respectivamente, a Terapia Familiar Sistêmica e o Paradigma do Curso de Vida como orientações teóricas que auxiliam os médicos de família na sua prática clínica. De acordo com Laginha (2007), existem algumas situações em que a entrevista familiar é particularmente indicada, tais como: grande consumo de consultas por um utente ou por uma família; novos diagnósticos e/ou dificuldades de controlo da doença; doenças relacionadas com hábitos ou estilos de vida; doenças do comportamento alimentar, psicossomáticas, incapacitantes e/ou terminais, dependências, dificuldades de comunicação na família e separação/divórcio ou conflito familiar grave. Ainda que não tenha sido discutido explicitamente pelas autoras, acreditamos que a inclusão destes paradigmas podem auxiliar na compreensão e numa melhor resposta dos médicos de família a problemas tão complexos como aqueles que envolvem situações de violência familiar e/ou conjugal.

O último subtema dentro da organização do sistema de saúde é a **referenciação**, compostos por três relatos de pesquisa e um Editorial. Sandra Barreiro (2005) apresenta um estudo sobre a comunicação entre os cuidados de saúde primários e secundários, buscando identificar a taxa de resposta dos cuidados secundários, o tempo médio de espera para a primeira consulta e as razões da ausência de informações de retorno. A amostra foi constituída por 24 médicos de família actuantes em centros de saúde dos distritos de Lisboa e Almada e os dados foram colhidos durante nove meses do ano 2000. Nos resultados, temos 59,2% dos encaminhamentos efectuados para especialidades cirúrgicas; em 17% dos casos não houve a consulta solicitada e em 19,6% o médico não soube informar se houve a consulta solicitada. Dentre as consultas que se realizaram, em 39,6% foi enviada informação de retorno para os cuidados de saúde primários e em 63,4% não houve qualquer informação. Como conclusão, a autora afirma que existem muitas falhas na comunicação entre os serviços de saúde dos cuidados primários e secundários. O estudo de Ponte e colegas (2006) também procurou avaliar as características da referenciação do médico de família para o principal hospital de referência e descrever a resposta deste hospital, encontrando resultados muito semelhantes: as mulheres foram o principal público referenciado (61,8%), principalmente para a especialidade de otorrinolaringologia (14,8%), seguida pela ginecologia (11,5%) e a cirurgia geral (11%). Os principais objectivos da referenciação foram a orientação para tratamento (66,4%), a orientação para o diagnóstico (36,4%) e a reavaliação (20,1%). Quanto às características das respostas dos cuidados secundários, em 2,1% houve uma recusa da consulta; em 5,5% a consulta foi efectuada em uma especialidade diferente da pretendida e em outros casos não houve a consulta. Dentre as consultas que se efectivaram, a cópia da informação de retorno estava ausente em 85,8% dos processos, o que reforça a constatação da existência de falhas na comunicação entre os níveis primário e secundário.

O artigo sobre os atendimentos prestados nos SAPs de Bragança (Teixeira, Pires & Nunes, 2007) procurou caracterizar os atendimentos nocturnos realizados, tendo como resultados: há uma ligeira predominância de utentes do sexo masculino (51,3%), na sua maioria idosos. O motivo de admissão mais frequente foram os vómitos, enquanto o diagnóstico de saída mais prevalente foi o traumatismo. Foram verificadas cerca de 39,8% situações de real urgência, das quais 29% foram emergências e 71% urgências. Por fim, o Editorial de Jaime Correia de Souza (2006e), da edição de

Nov./Dez, também aborda a referenciação para os cuidados secundários, destacando a existência de poucos estudos sobre a qualidade da comunicação entre os cuidados de saúde primários e secundários.

Observamos que todos artigos da temática “referenciação” abordavam apenas o encaminhamento para outro serviço de saúde (hospital), não havendo qualquer avaliação ou discussão sobre outros tipos de encaminhamento, como para instituições sociais de apoio. Este facto tem um papel importante para o tema de nosso estudo, pois sugere que os médicos de família estão pouco habituados a utilizar os serviços disponíveis na sociedade não vinculados ao sistema de saúde. No caso da violência contra as mulheres, a maioria dos serviços de apoio e acolhimento existentes em Portugal são geridos e dinamizados por Organizações Não-Governamentais (ONGs). Ainda que reconheçamos que estas instituições, por diversas razões, tenham pouca visibilidade social, consideramos importante haver uma maior articulação destas com os serviços de saúde, uma vez que estes podem se constituir como importantes “portas de entrada” para casos de violência doméstica, tanto através do tratamento das lesões e danos à saúde, como pela observação do médico de família de sinais e sintomas indicativos de vitimação, tal como os já apontados neste estudo.

No artigo sobre os SAPs nocturnos, chamou-nos a atenção o facto da maioria da clientela ser do sexo masculino. Estudos (Lisboa, Barroso & Marteleira, 2003; Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa, 2003) mostram que as mulheres são agredidas pelos companheiros principalmente no período da noite, fazendo-nos supor que seria também nesse horário que elas procurariam mais por atendimento médico de urgência. Não foi o que apareceu no artigo aqui analisado, onde os homens idosos foram os que mais procuraram atendimento no SAP. A pouca procura por atendimento das mulheres para lesões causadas pela violência doméstica neste serviço pode ser explicada, conforme apontado por Lisboa Vicente e Barroso (2005), pelo facto destas situações serem tratadas nas urgências hospitalares, onde o atendimento é menos personalizado do que o prestado no centro de saúde, propiciando a manutenção do sigilo sobre o ocorrido.

- *Práticas dos cuidados de saúde primários/medicina geral e familiar*: nesta segunda categoria temática do pólo dos aspectos relacionados ao profissional,

encontramos um reduzido número de artigos que abordavam as intervenções comunitárias, com um interesse maior pelo “empoderamento”<sup>97</sup>.

O director da revista, Jaime Correia de Souza (2006c), reflectiu sobre a menor atenção que tem sido dispensada à prevenção da doença e à promoção da saúde em Portugal. Afirmar que isso se deve à crescente pressão exercida pelos usuários para o atendimento imediato de suas necessidades e para o exercício do direito ao acesso a todos o tipo de cuidados de saúde, inclusive as tecnologias diagnósticas mais modernas. Esta pressão dos usuários também se faz presente nas práticas dos decisores políticos e dirigentes de saúde, que preocupam-se em satisfazer à população. Há, portanto, um contexto de adaptação da oferta à procura, e não às necessidades de saúde, o que tem como consequência, entre outras, o pouco tempo para as actividades de prevenção e promoção e o desperdício de recursos. Neste sentido, a orientação comunitária, entendida como a actuação voltada para as necessidades de saúde da população, não deve ser apenas uma “declaração de intenções”. Para ser colocada em prática, precisa contar com conhecimentos da epidemiologia, considerar o impacto das desigualdades (pobreza, etnia e epidemiologia locais) nos cuidados de saúde e trabalhar em estreita colaboração com outros profissionais de saúde (e não só).

Portanto, a saúde não é vista como um espaço de actuação exclusiva do sector saúde. Os demais agentes da comunidade podem e devem ser chamados a agir. Considerando nosso foco de análise - a violência doméstica – acreditamos que tal abertura pode permitir um melhor enfrentamento do problema, sendo necessária uma maior articulação com as instituições sociais que prestam atendimento e apoio a mulheres vítimas de maus-tratos. A cooperação entre os serviços de saúde e estas instituições sociais poderia ir muito além do simples encaminhamento para atendimento. Aproveitando o conhecimento adquirido, estes profissionais poderiam prestar orientações aos médicos sobre como lidar com mulheres vítimas de maus-tratos, auxiliando-os a compreender suas pacientes e dando-lhes informações sobre procedimentos legais a adoptar, serviços oferecidos pelas instituições de apoio e etc.

Jaime C. Souza (2006c) conclui afirmando que as reformas que estão sendo implantadas nos cuidados de saúde primários são uma boa oportunidade para rever as práticas médicas actualmente em vigor, tal como a pouca colaboração com a

---

<sup>97</sup> Embora a orientação comunitária já tenha sido, em parte, discutida com relação aos documentos internacionais de associações da área, tal como a WONCA e a EUGP, aqui estão os artigos que assumem esta prática como tema principal.

especialidade de saúde pública e a reduzida orientação comunitária, conferindo aos novos centros de saúde uma nova visão. No ano seguinte, apresentou um novo editorial sobre o tema (Souza J. C., 2007d), desta vez com um foco mais explícito no “empoderamento”. O crescimento da população portadora de doenças crónicas faz com que, cada vez mais, esta seja a principal responsabilidade dos cuidados de saúde primários e médicos de família. Logo, é necessário incorporar um “Modelo de Cuidados Crónicos”, o qual passa por uma maior capacitação dos doentes para lidar com a sua própria condição de saúde-doença. O empoderamento-capacitação, portanto, não é apenas uma questão de cidadania, mas também de saúde, pois estudos indicam que um melhor auto-controle da doença resulta numa necessidade menor de consultas, uma melhor qualidade de vida para o doente, maior autonomia e menos custos para a saúde. O autor também apresenta uma discussão sobre a diferença entre os termos “empoderamento” e “capacitação”, a qual é retomada no artigo de Yaphe (2007). Chama-nos a atenção no texto de Jaime C. Souza (2007d) o facto de, apesar de falar na importância da orientação comunitária e da promoção da saúde, o foco principal do artigo estar na prevenção e no melhor controlo das doenças crónicas, sendo o empoderamento abordado a partir de uma perspectiva individualizante. Além do mais, usa como referência o contexto europeu, desconsiderando importantes iniciativas comunitárias e de empoderamento desenvolvidas com uma orientação bastante diferente nos países da América Latina, em especial no Brasil<sup>98</sup>.

Por fim Yaphe (2007) apresenta considerações acerca do empoderamento e da capacitação<sup>99</sup> e o modo como estes podem ser ensinados para médicos e pacientes. De acordo com o autor, a medicina é um campo tradicionalmente visto como marcado pelas assimetrias de poder entre médico e paciente (em favor do primeiro), o que pode assumir diversas consequências negativas, entre as quais a grande dependência do paciente e a sobrecarga do profissional. Chamou-nos a atenção o reconhecimento de que as mulheres e outros grupos têm constituído um grupo de menor poder no domínio da saúde, perspectiva que não se viu presente em nenhum outro texto da RPCG: *There are many populations that require special attention to redress inequalities in medical care. Women, the elderly, the handicapped, ethnic minorities and others have often received*

---

<sup>98</sup> A este respeito, sugerimos a leitura de “Acolhimento em Grupo: um dispositivo de participação a caminho da integralidade” (Duarte, Azambuja, Minozzo, Debastiani & Souza, 2006), onde é discutida uma experiência de promoção da saúde a partir do empoderamento comunitário. Disponível em: [http://www.lappis.org.br/livros\\_resumosvisem.htm](http://www.lappis.org.br/livros_resumosvisem.htm)

<sup>99</sup> O empoderamento refere-se à redução das diferenças de poder entre médicos e pacientes. Contudo, alguns profissionais não concordam com este termo, pois consideram-se em igual posição que seus pacientes. Preferem a expressão “capacitação”, que implica um processo de desenvolvimento das capacidades do próprio paciente.

*less than egalitarian treatment compared to adult males from the dominant culture* (Yaphe, 2007, p. 367).

Ainda que esta constatação não tenha sido mais explorada pelo autor, pensamos que representa uma importante abertura para o reconhecimento das dificuldades e desigualdades a que muitas mulheres estão sujeitas, especialmente com relação à violência doméstica. O autor afirma que o empoderamento-capacitação não é uma responsabilidade exclusiva dos médicos, tendo os pacientes o direito de se organizar para receber e exigir o tratamento que acham que merecem. Conforme já afirmamos, a maior colaboração do sector saúde com entidades de assistência social estabelecidas na comunidade também pode ser uma forma de “empoderar” os profissionais de saúde e oferecer um melhor atendimento às vítimas de violência de género.

De modo geral, os três textos inseridos nesta categoria, apesar de se identificarem com uma orientação comunitária, dão mais atenção ao empoderamento-capacitação dos indivíduos (doentes) para lidarem com suas doenças crónicas. Ou seja, o foco na promoção da saúde, ainda que valorizado, é pouco abordado na revista, ficando mais no campo das intenções.

- *Aspectos técnicos dos cuidados de saúde primários/medicina geral e familiar:* o último tema dentro dos aspectos relacionados ao profissional (médico de família) se encontra distribuído em três subcategorias: instrumentos de análise das famílias/indivíduos, prescrição de medicamentos e outros aspectos técnicos.

Os **instrumentos** de análise da família/indivíduo foram abordados em edições mais recentes da revista, todas no ano de 2007. O genograma é um instrumento que tem ampla utilização por médicos de família, já tendo sido analisado um artigo sobre o tema na primeira parte deste estudo (estudo da positividade). Ana Mateus (2007), na secção “Web Saúde”, afirma que esta é uma ferramenta de grande utilidade para o médico de família, permitindo uma maior interacção com o paciente e um conhecimento da organização familiar de modo acessível, rápido e actualizável. Contudo, apresenta como limitação as dificuldades da apresentação em suporte gráfico, o que pode ser minimizado com a ferramenta informática descrita pela autora. Uma vez que esta secção da revista pretende ser apenas informativa, nada mais é acrescentado.

O “mapa de problemas” é um instrumento de representação gráfica dos múltiplos problemas de saúde de um indivíduo criado por Paula Broeiro, Vítor Ramos e

Ricardina Barroso (2007 a,b). No primeiro artigo (Broeiro, Ramos & Barroso, 2007a), descrevem e justificam a importância deste instrumento. Desenvolvido como uma evolução da clássica “lista de problemas”, de Laurence Weed, o mapa de problemas permite a representação gráfica de múltiplos problemas de saúde e suas interrelações. É, portanto, um modelo bidimensional que aborda as doenças crónicas a partir de uma perspectiva sistémica. O artigo seguinte (Broeiro, Ramos & Barroso, 2007b) apresenta um caso clínico em que o mapa de problemas foi utilizado. De acordo com os autores, este instrumento permite o desenvolvimento de um raciocínio complexo e facilita a tomada de decisão. Apesar de estar mais direccionado para a multimorbilidade de doenças crónicas, consideramos que a abordagem sistémica defendida permite uma compreensão mais completa do paciente, especialmente se forem consideradas, além das doenças orgânicas, outros factores psicossociais intervenientes no processo de saúde e doença, tal como a qualidade das relações familiares/conjugais. Em situações de pacientes poli queixosas e sem um foco definido, o uso do “mapa de problemas” pode auxiliar na investigação causas menos explícitas, tal como a violência doméstica.

Por fim, Josefina Marau (2007) apresenta duas técnicas (Desenho Infantil e Círculo Familiar de Thrower) que podem ser utilizadas pelos médicos de família para facilitar a comunicação com seus pacientes, especialmente com relação a sentimentos e emoções. A autora justifica a importância de utilizar estes instrumentos (entre outros) por serem rápidos, de fácil aplicação e permitirem ao paciente expressar suas preocupações e ao médico obter informação complementar. Situando-se numa perspectiva sistémica, estes instrumentos integram o problema do doente na família a que pertence, considerando a dinâmica familiar. Importa destacar que a autora afirma ter sentido necessidade, desde o início da prática profissional, de maiores conhecimentos sobre disfuncionalidade familiar. A participação nas reuniões do Grupo Integrado de Cuidados de Saúde Mental do Centro de Saúde de Sintra – GICSMCSS, tem-lhe permitido compreender o problema, partilhar decisões e usar recursos para a resolução dos problemas e simultaneamente manter a formação contínua multidisciplinar. Consideramos que a necessidade de formação contínua e a abertura para conhecimentos oriundos da teoria sistémica são factores que podem auxiliar na maior preocupação com problemas decorrentes da violência familiar, especialmente a violência de género. Tal como já discutido em outra publicação (Azambuja & Nogueira, 2008), estes momentos de busca por formação/capacitação profissional podem servir como espaços de



construção de novos saberes, como o das epistemologias feministas e da psicologia crítica.

A **prescrição de medicamentos** é um tema de bastante destaque na revista, o que compreensível, uma vez que se trata de uma publicação voltada para o público médico. Os artigos podem ser sub-agrupados em: voltados para uma patologia ou terapêutica específica; polimedicação e interações medicamentosas e outros (fontes de informação sobre medicamentos, substituição de medicamentos de marca por genéricos e uma interessante reflexão sobre a presença da indústria farmacêutica em congressos médicos). Estes artigos não serão aqui analisados em profundidade, pois exigem um conhecimento técnico específico à especialidade médica (a prescrição de medicamentos). Além do mais, aqueles medicamentos mais directamente relacionados com problemas psicológicos já foram analisados no subtema “adição/consumo de substâncias”, na temática “sintomas psíquicos”. Fica aqui apenas o registo da importância que este tema assume no conjunto de textos da RPCG.

Por fim, temos um conjunto de sete artigos que abordam **outros aspectos técnicos** da medicina geral e familiar. Maria Inês Antunes e António Moeda (2005) fazem uma reflexão sobre o impacto das emoções dos médicos e seu envolvimento emocional com os doentes, especialmente nos chamados “cuidados paliativos” ou cuidados de fim de vida. Com o aumento da expectativa de vida da população e das doenças crónicas, este tema adquire uma importância maior, visto ser comum o sentimento de sofrimento apresentado por médicos após a morte de um paciente que vem acompanhando há alguns anos. Contudo, no modelo tradicional da medicina, os profissionais (excepto psiquiatras) não estão habituados a utilizar a identificação das emoções geradas nas consultas como uma informação clínica. Os autores abordam a importância dos médicos de família em aprenderem a lidar produtivamente com tais sentimentos, evitando a “conspiração do silêncio” que ainda reina na área a este respeito. Para isso, utilizam conceitos psicanalíticos, tais como inconsciente, transferência, contra-transferência e fantasia. Destacam a importância do bem-estar psicológico do médico para um melhor exercício de suas funções, o que passa pela avaliação das emoções despertadas pelos pacientes, utilizando como exemplo o lidar com a morte de um paciente.

Este artigo chamou-nos a atenção por abordar a subjectividade do profissional, algo raro no domínio médico, em que a imparcialidade e a objectividade costumam

imperar. Este é um aspecto também de primordial importância para os profissionais que se deparam com situações de violência conjugal e/ou familiar, uma vez que as opiniões, emoções e preconceitos dos profissionais irão influenciar sua prática clínica. É muito comum que os profissionais que lidam com estas situações sintam-se frustrados, impotentes ou não compreendam as atitudes da paciente, tal como sua relutância em deixar o relacionamento abusivo. De acordo com Gonçalves e Ferreira (2002), as principais razões para a não participação às entidades competentes destas situações pelos profissionais de saúde são: falta de preparo profissional, medo da quebra do sigilo profissional, transtornos legais que envolvem a participação da queixa policial, dificuldades inerentes ao próprio caso (geralmente considerados como “pesados” e desgastantes), cultura que valoriza a privacidade familiar e questões estruturais (falta de serviços de apoio, legislações de apoio). Relembramos ainda que a sub-notificação de casos de violência é um problema grave, pois a ausência de dados epidemiológicos impede o estabelecimento de ações de prevenção precisas e eficazes (Azambuja, 2005).

Jaime Correia de Souza (2005b) discute a polémica causada pela publicação de uma resolução da Ordem dos Médicos recomendando que em todos os locais que sejam praticados actos médicos, em qualquer circunstância, e desde que autorizado pelo/a paciente, seja possível requerer a presença de um elemento técnico com formação adequada para apoio à realização de tais actos médicos, especialmente em determinadas especialidades (ginecologia, pediatria, gastroenterologia e urologia). Uma vez que esta “terceira pessoa” deve ser um profissional com “capacitação técnica e ética” (p. 427), pode servir como testemunha em situações de discórdia entre paciente e médico/a. Portanto, mais do que simplesmente auxiliar na execução dos procedimentos médicos, a presença deste terceiro elemento na consulta permite prevenir a ocorrência de actos de assédio sexual por parte do médico “protegendo-o ainda de falsas acusações” (p. 427). Destacamos esta afirmação porque, de certa forma, reproduz um dos mitos associados a situações de violência sexual: de que a vítima pode estar mentindo. Considerando um dos pressupostos do construcionismo social, de que os discursos constroem as práticas, a polémica recomendação da Ordem dos Médicos pode estimular (ainda que não intencionalmente) a culpabilização e o descrédito de pessoas que se sintam assediadas sexualmente por seus médicos e que procurem denunciar a situação. Por outro lado, como afirmado por Jaime Correia de Souza (2005b), a medida também permite uma

maior segurança para os/as pacientes que não se sintam confortáveis em estar a sós com o médico durante a realização de “exames íntimos”.

Rui Correia Costa (2006) apresenta um estudo de caso de uma adolescente em situação de crise familiar, destacando a importância da abordagem centrada na família para que o tratamento seja eficaz. Mónica Granja (2006) apresenta uma resenha de um estudo inglês sobre a utilização de impressos padronizados com lista de motivos de consulta em que foi avaliado a duração das consultas com e sem tal procedimento, bem como comparados médicos que receberam e que não receberam formação para a identificação do motivo de consulta. A autora conclui que em Portugal ainda faltam estudos semelhantes sobre a qualidade da comunicação entre médico e paciente e a duração das consultas. Quanto a este último tema, Jaime Correia de Souza (2006d), no editorial desta mesma edição da revista, discute a relação entre duração das consultas e satisfação dos pacientes. Apresenta resultados de estudos nacionais e europeus, concluindo que a satisfação com a consulta está mais relacionada com a avaliação de sua qualidade do que com sua duração. Por outro lado, quanto mais tempo o médico puder despende com cada paciente, maior será a possibilidade de realizar acções de prevenção da doença e promoção da saúde. Portanto, não basta aumentar o tempo de consultas ou diminuir o tamanho da lista de utentes de cada médico para melhorar a qualidade do atendimento. Mais importante é o estabelecimento de uma escuta activa, atenciosa e empática do utente, sem descuidar das práticas de prevenção e promoção.

Juan Gérvas (2006) e Miguel Melo (2007) apresentam artigos críticos quanto ao que chamam de “excesso de intervenção”, destacando a importância da crítica constante às evoluções da medicina. Melo (2007) define a prevenção quaternária como a identificação de indivíduos em risco de tratamento excessivo para os proteger de novas intervenções inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis. Aborda, portanto, os efeitos iatrogénicos da intervenção em excesso, em parte causada pelo próprio avanço da medicina, com novas e mais sofisticadas técnicas, mas também afectada pela pressão da indústria farmacêutica sobre profissionais e sobre a população. Actualmente, vivemos uma situação de crescente medicalização de problemas da vida diária, fazendo com que os factores de risco, que significam uma probabilidade maior de desencadear certas doenças, sejam abordados como as próprias doenças. Problemas físicos e emocionais antes considerados normais (como a tensão pré-menstrual, menopausa, timidez, calvície e tantos outros) são agora encarados como patologias que

requerem intervenção imediata, caracterizando o que chama de “promoção da doença”. A prevenção quaternária é decorrente de uma crítica a este contexto, procurando prevenir os efeitos e a ocorrência da intervenção excessiva e da promoção da doença.

Por sua vez, Gérvas (2006) define como inovação tecnológica toda a mudança introduzida para melhorar a prática clínica, incluindo desde modificações na forma de organização dos cuidados a novos medicamentos e procedimentos diagnósticos ou de intervenção. Destaca, contudo, que nem todas as inovações tecnológicas são realmente benéficas, apresentando diversos exemplos práticos. A fim de evitar o “excesso de qualidade”, defende a adoção do método crítico, que caracteriza-se por uma atenção clínica próxima e científica, de qualidade e com segurança. Seus objectivos são a qualidade, a quantidade e a proximidade. Ou seja, prestar o melhor atendimento, com o menor número de recursos e o mais próximo possível do paciente. Para isso, é preciso manter uma dúvida sistemática sobre o que é aceito como norma e como “evolução”, o que não é uma tarefa fácil.

Consideramos estes textos muito interessantes, pois, através de exemplos práticos, permitem um questionamento da prática quotidiana dos médicos de família, instigando-os a não aceitarem passivamente todo o novo saber. De modo semelhante ao que defendemos nesta investigação (através do “estudo da negatividade”), os autores propõem-se a trabalhar com o inusitado, o imprevisível, o que não é aceito. Com o questionamento constante das verdades estabelecidas. Acreditamos que apenas com esta postura crítica, de dúvida sistemática, novos saberes poderão ser construídos a partir da sua desconstrução. Encerramos com algumas palavras de Gérvas (2006, p. 726, destaques originais) que traduzem este modo de pensar.

Nuestro trabajo no es el del científico (“la búsqueda de la verdad”), sino del práctico (“la búsqueda de la mejor forma de ayudar al paciente en sus problemas de salud”). No podemos aceptar toda innovación como ventajosa, ni mantener las pautas aprendidas como alternativas que no haya que abandonar. Necesitamos la duda que nos ayude a mejorar.

#### d) Conclusões

O estudo aqui apresentado pretendia realizar um “mapeamento” do modo como a violência contra as mulheres tem sido discutida e abordada em revistas médicas

nacionais. Escolhemos como material de análise as duas principais publicações do país. Uma, de carácter mais geral (Revista Portuguesa de Saúde Pública), e outra voltada especificamente para os profissionais actuantes nos cuidados de saúde primários, os médicos de família (Revista Portuguesa de Clínica Geral). Ainda que os métodos de identificação e análise dos artigos não permitam uma generalização estatística dos dados (o que também não era nosso objectivo), possibilitaram a identificação e a desconstrução de saberes hegemónicos.

Em ambas as revistas, constatou-se uma enorme invisibilidade do problema, ainda que a Revista Portuguesa de Clínica Geral tenha apresentado uma certa abertura, com a publicação de um artigo sobre violência física conjugal contra mulheres (Coelho, 2005), um estudo de caso sobre uma mulher vítima de violência doméstica (Jesus, 2007) e um artigo sobre violência doméstica contra idosos (Gonçalves, 2006). Concluimos, portanto, que, contrariando o que vem sendo defendido pela Organização Mundial de Saúde (Heise & Garcia-Moreno, 2002, Minayo, 2006; WHO, 2005), a violência doméstica contra as mulheres não tem sido consistentemente discutida, pensada e pesquisada no campo da saúde portuguesa, tendo como efeitos a invisibilidade (e, mesmo, a omissão) de um grave problema de saúde pública e a adopção de práticas individualizantes e pouco efectivas

Acreditamos que, em parte, isso se deva ao próprio processo de reconhecimento da violência doméstica como um problema social, que partiu dos movimentos de mulheres/direitos humanos. Os Planos e Tratados Internacionais - tais como a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, de 1979, a Declaração de Viena, de 1993 ou Plataforma de Pequim, de 1995, conseguiram impulsionar importantes alterações legais.

Todavia, Skinner, Esther e Malos (2005) lembram que ênfase na criminalização da violência contra as mulheres possui resultados positivos e negativos. Por um lado, representa uma conquista do movimento de mulheres que lutou para que o problema fosse encarado mais seriamente. Além disso, as medidas legais adoptadas, devido à polémica que muitas vezes suscitaram, levaram a uma ampla discussão social do problema, tirando-o do silenciamento a que tinha sido submetido por muitas décadas. Por outro lado, a supervalorização das respostas criminais pode ter negligenciado aspectos importantes, como a prevenção e o desenvolvimento de estratégias de suporte/apoio “não criminais” (por exemplo, no campo da saúde). A impressão final que

a “agenda da punição” acabou por gerar a ideia de que o problema estava resolvido com a prisão do agressor, estando a segurança das mulheres e crianças automaticamente garantida. Mas, os estudos nacionais e internacionais mostram que isso não é verdade. A cada ano, mais mulheres adquirem coragem para denunciar as agressões de que são alvo. Ou seja, o progressivo aumento do registo de casos não significa que o problema esteja aumentando, apenas que mais situações estão sendo desmascaradas. Contudo, muitas permanecem ocultadas. Tal como afirma Alvim (2006, p. 7),

aqui, como em qualquer outra parte, atrás de portas fechadas e em segredo, as mulheres estão sujeitas à violência por parte dos seus companheiros, estão demasiado envergonhadas e receosas para o denunciarem e quando o fazem, raras vezes são levadas a sério.

São diversos os motivos que dificultam a saída do relacionamento abusivo. Fátima Jorge Monteiro (2005), em um estudo nacional com mulheres sobreviventes de agressão conjugal, identificou no relato de suas entrevistadas a ausência de suporte profissional adequado como um dos principais obstáculos. A maioria destas mulheres relatou a diversos profissionais (médicos, advogados, padre, polícia) o que se passava, obtendo sucesso “apenas algumas vezes” ou “raramente”. A autora justifica esta falha com o facto dos profissionais de saúde, sendo membros da mesma comunidade cultural das mulheres que atendem, não estarem imunes às atitudes socialmente dominantes, as quais se reflectem no modo como a intervenção ocorre. Um estudo realizado por Fonseca (1999, citado por Monteiro F.J, 2005, p. 79) com técnicos de saúde (enfermeiros e médicos) de diversas instituições revelou que estes desaprovam o uso de violência em certas situações (ou seja, aceitam em outras). Também persistem valores tradicionais sobre mitos e crenças ligados à violência doméstica: 65% da amostra crê que a violência é causada pelo abuso do álcool; 62% pensa que as questões entre o casal são do domínio da esfera privada em que não se deve interferir e 50% considera que a violência dos maridos é devida a problemas mentais. Ou seja, estes profissionais tendem a fazer aquilo que se designa por “medicalização” do problema, isto é, a atribuição de causas individuais psicológicas ou biológicas.

A este respeito, Lavis, Horrocks, Kelly e Barker (2005) consideram que a recente inclusão do problema da violência doméstica no campo da saúde (a partir da década de 1990) resultou na integração de um complexo problema social nas obrigações e responsabilidades dos profissionais de saúde, o que traz vantagens, mas também

alguns dilemas. A utilização do modelo médico, predominante no campo da saúde e fundamentado pelo paradigma científico da modernidade, leva à individualização dos problemas, os quais são reduzidos a categorias de diagnóstico (de doença) e de tratamento. Assumindo a perspectiva individual, o discurso médico redefine e reduz a complexidade dos factores sociais e de saúde envolvidos na violência doméstica em termos dos atributos individuais da mulher agredida. Isto pôde ser claramente visualizado no estudo de caso apresentado por Isabel Jesus (2007), onde descrevia os procedimentos adoptados na intervenção junto a uma mulher vítima de violência doméstica. Segundo a autora, era importante identificar a “real vontade da utente em abandonar o lar e o marido”, cabendo à vítima a decisão final (p. 467).

Desta forma, e de modo semelhante ao apontado por Lavis, Horrocks, Kelly e Barker (2005), identificamos em ambas as publicações analisadas um predomínio do discurso biomédico, o qual se caracteriza pela individualização dos problemas, sua patologização e medicamentação. Isto pode ser visualizado tanto na intervenção sobre a violência conjugal como a descrita acima, quanto pela “imagem geral” da mulher construída a partir dos diversos artigos analisados: as mulheres, além de serem as principais usuárias dos serviços de saúde, apresentam piores índices de satisfação com estes serviços (Ferreira & Raposo, 2006), possuem uma maior incidência de asma e pior controlo da doença (Lobo, 2006), apresentam uma vulnerabilidade maior para o consumo e a dependência de tabaco (Precioso, 2006; Trigo, 2005), são consumidoras crónicas de medicamentos (Ferreira, 2007), principalmente psicofármacos (Falcão, Monsanto, Marau & Falcão, 2007; Souza M, 2007), não são estimuladas a considerar o prazer como algo desejável no exercício de sua sexualidade (Cerejo, 2006) e são as principais sofredoras de transtornos de sono (Clemente, 2006) e cefaleias. É, portanto, um posicionamento subjectivo caracterizado pela fragilidade ou vulnerabilidade.

Conforme discutimos ao longo deste estudo, em nenhum momento foram apresentadas causas para essa maior susceptibilidade feminina ao adoecimento. Na nossa perspectiva, mais do que uma “fraqueza biológica”, os piores índices de saúde das mulheres representam uma vulnerabilidade social causada pela grande desigualdade de género. Como o movimento feminista tem denunciado ao longo dos anos, as mulheres de todo o mundo permanecem numa posição de inferioridade frente aos homens, recebendo menores salários para as mesmas funções, sendo discriminadas no acesso a cargos de poder, recebendo tratamentos desiguais na legislação, sofrendo as

consequências da dupla jornada de trabalho. E estas diferenças também se fazem presente no campo da saúde. Portanto, tal como defendem Laranjeira, Marques, Soares e Prazeres (2007, p. 35), “o sector saúde é uma estrutura organizacional genderizada”. Em sua análise, as mulheres, como “grupo de risco”, são definidas de forma homogénea, a partir de suas capacidades de engravidar, parir e cuidar adequadamente dos filhos, sendo ignoradas as realidades e diferenças em suas vidas, altamente marcadas pela genderização. São, portanto, práticas descontextualizadas e despolitizadas e, como tal, requerem uma análise das relações de poder instituídas. Isso pôde ser visualizado, por exemplo, no grande número de artigos que abordam aspectos ligados à contracepção.

Em nosso estudo sobre as revistas médicas nacionais, os efeitos de saber-poder (Foucault, 1992, 2000) se fazem presentes de diversas formas:

- Na invisibilidade da violência contra as mulheres, a qual resulta numa segunda forma de violência: a negligência;
- Na construção de uma imagem de mulher associada à uma maior fragilidade e vulnerabilidade, cuja consequência é a medicalização dos problemas femininos;
- Foco na doença em detrimento da prevenção e da promoção da saúde.

Obviamente, não podemos deixar de assinalar a presença subtil e fragmentada de outros saberes. Alguns artigos, mesmo não abordando especificamente nosso tema de análise, permitiram uma reflexão crítica sobre os fundamentos da especialidade de clínica geral e familiar e procuraram reflectir sobre o modelo biomédico dominante (Nunes, 2006a; Santos, I 2006) ou a medicalização dos problemas sociais (Melo, 2007), bem como destacaram a importância de se utilizar uma concepção ampliada de saúde (Brissos, 2004). Do mesmo modo, o facto do único artigo sobre violência conjugal contra mulheres ter sido realizado por uma interna complementar do terceiro ano de medicina geral e familiar pode indicar que as gerações mais novas estão mais sensíveis para a problemática. Contudo, a frequência e a intensidade com que estas ideias são discutidas nas publicações faz com que constituam um “saber dominado” frente ao discurso dominante - individualizante, patologizante e sexista (o biomédico). Ao longo do texto, procuramos utilizar a “desconstrução” dos discursos expressos nas revistas como ferramenta de análise, procurando explicitar não só os efeitos deste discurso hegemónico, mas apresentar também novas possibilidades, isto é, “subvertendo-os”



(Hepburn, 1999, 2003). Contudo, esta pode parecer uma estratégia um tanto “vaga”, difusa e pouco prática. Encerramos, portanto, com algumas indicações de possibilidades futuras:

- Utilizar uma concepção ampliada de saúde, onde aspectos como origem étnica, género e assimetrias de poder sejam considerados, tal como proposto por Maria Adelaide Brissos (2004), rompendo com o modelo biomédico dominante e evitando os “excessos da medicina” (Gérvas, 2006; Melo, 2007);

- Considerar o género como determinante da saúde: iniciativas neste sentido começam a surgir, tal como demonstra a existência do “Projecto Saúde, Sexo e Género – PROSASGE”, que está sendo desenvolvido na Direcção-geral de Saúde desde Maio de 2006 (Laranjeira, Marques, Soares & Prazeres, 2007, p.5). Para que isso ocorra, é também necessário que as pesquisas utilizem dados desagregados por sexo, não considerando que o padecimento feminino e masculino é assexuado (ou sexuado apenas no que diz respeito à saúde reprodutiva);

- Incluir a violência doméstica contra as mulheres no campo da saúde: apesar de seus efeitos concretos ainda não terem sido sentidos, o Plano Nacional de Saúde (Portugal, 2004) já inclui a violência doméstica contra mulheres, crianças, jovens e idosos como “um dos problemas mais importantes entre os que afectam a qualidade de vida” (p. 106), assumindo-se que “as respostas da saúde para a violência têm sido manifestadamente inadequadas, contemplando, essencialmente, aspectos de emergência médica, sem contemplar adequadamente as vertentes mais preventivas”. (p. 106). De modo semelhante, o III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2007) coloca entre suas prioridades e orientações estratégicas a qualificação dos profissionais de saúde (entre outros);

- Criar formas de registo e acompanhamento de casos de violência doméstica atendidos no sistema de saúde: em Portugal, até o momento, os dados sobre o problema são provenientes do sistema de justiça e de (algumas) organizações sociais que prestam atendimento às mulheres. A utilização de dados epidemiológicos mais precisos permitirá encarar o problema a partir de uma “linguagem comum” ao sector saúde, tal como as “doenças de notificação obrigatória” (Marques & Freitas, 2007). Além disso, a vigilância epidemiológica é uma ferramenta fundamental para o planeamento das acções

em saúde (Dias, Freitas & Briz, 2007), devendo ser utilizada também no combate à violência contra mulheres;

- Promover uma maior comunicação entre a saúde pública e os cuidados de saúde primários que, em Portugal, ainda são considerados como domínios distintos<sup>100</sup> (Silva, A.M.S, 2007);

- Trabalhar com a prevenção e a promoção da saúde: investir na “mudança de mentalidades” das gerações mais novas (como fez o “Projecto Novos Olhares, Novas Causas, desenvolvido pela UMAR em 2005/2006). Colocar em prática a educação sexual em todas as escolas do país e incluir a temática das relações de género nestas acções;

- Incorporar o foco comunitário no planeamento em saúde, trabalhando não apenas com dados epidemiológicos localmente construídos, mas estabelecendo também parcerias com as organizações sociais existentes. Neste sentido, a saúde deve ser encarada a partir de uma perspectiva multi-sectorial;

- Promover o “desocultamento” da violência doméstica, procurando romper com o estigma social a que está associada: estimular as mulheres a falarem sobre suas vivências com outras mulheres, tal como os “grupos de mulheres para o enfrentamento da violência” descritos por Meneghel e colegas (2005);

- Trabalho em equipa interdisciplinar: a violência doméstica é um problema complexo que requer uma acção integrada entre profissionais de diversas especialidades. A reforma dos cuidados de saúde primários actualmente em curso pode ser uma importante oportunidade para a inclusão de novos atores no campo da saúde através das “Unidades de Saúde Familiar” (USF) e das “Unidades de Apoio à Comunidade”. Contudo, para que se efective, é importante alterar o modelo de formação profissional (Biscaia, 2006a,b; Covita, 2006; Ferrão & Biscaia, 2006), incluindo as perspectivas aqui desenvolvidas nos currículos dos cursos. Uma iniciativa deste tipo está presente no curso de Medicina da Universidade do Minho. Entre as suas características distintivas, está a concepção de que a medicina é um acto social, o que implica em uma ampla inserção da faculdade e dos estudantes na comunidade. Igualmente, as diferentes áreas curriculares promovem essa inserção. Além das actividades práticas, no módulo teórico “Saúde, Família e Sociedade”, professores da

---

<sup>100</sup> Contudo, é importante destacar que esta complementaridade pôde ser percebida pela participação dos mesmos profissionais nas duas revistas analisadas, sugerindo que “circulam” por ambos os domínios.

Psicologia e da Sociologia são convidados a ministrar workshops sobre temas relacionados à diversidade sociocultural (Escola de Ciências da Saúde, 2007).

- Investir nos cuidados de saúde primários: assim como Gonçalves (2006) discute com relação à violência contra idosos, acreditamos que o escasso conhecimento sobre a prevalência, detecção e referenciação destas situações torna-se um grande obstáculo para a sua prevenção e intervenção. Ainda assim, como a autora, acreditamos que os profissionais actuates nos cuidados de saúde primários, nomeadamente os médicos de família, representam uma importante “porta de entrada” para situações de violência doméstica/familiar, uma vez que estabelecem contacto com toda a família, acompanhando-a ao longo do tempo e por um período prolongado;

- Por fim, todas essas propostas implicam numa ampla reorganização da estrutura organizacional e dos processos de trabalho, onde a actuação em equipa e o respeito pelos(as) usuários(as) dos serviços são fundamentais. É preciso reflectir sobre os aspectos que levam ao estresse e à insatisfação dos profissionais (Granja, 2005a, 2007; Silva, 2007), quanto ao tempo dispendido para as consultas e sua qualidade, sobre a necessidade da actualização profissional constante e as reais possibilidades de ser exercida, sobre o papel e o perfil do(a) médico(a), questionando sua infalibilidade e sua posição de poder, bem como sobre a importância da humanização do cuidado (Nunes, 2006b) e do desenvolvimento de uma “escuta activa” (Souza J. C, 2006d).

### **7.3. Análise de discurso de profissionais da medicina**

#### **i) Estudo III – Entre discursos e saberes: médicos de família actuates nos cuidados de saúde primários**

##### **a) Introdução**

Desde meados da década de 1960, as diversas formas de violência praticadas contra as mulheres têm sido denunciadas pelos movimentos de mulheres e de defesa dos direitos humanos. No campo da Saúde Pública, contudo, este reconhecimento apenas começou a ter maior visibilidade a partir de meados da década de 1990, quando a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde

(OMS) deixaram de utilizar a rubrica “causas externas” da Classificação Internacional de Doenças (CID) para falar explicitamente nos prejuízos à saúde física e mental causados pela violência. Face ao grande número de atingidos e à magnitude das sequelas, passou a ser efectivamente considerada como um problema de saúde pública (Minayo, 2006), e não apenas uma questão de carácter legal ou criminal.

Devido às características próprias da especialidade (Wonca, 2002), como a actuação de acordo com o modelo bio-psico-social, o contacto com todos os membros da família e o acompanhamento ao longo do tempo - os quais permitem um maior vínculo com os(as) pacientes - os(as) médicos de família inseridos nos cuidados de saúde primários se encontram em uma posição privilegiada para identificação e despiste situações de violência intra-familiar. Adicionalmente, a ênfase na promoção da saúde e prevenção das doenças que caracterizam a especialidade de medicina geral e familiar e os cuidados de saúde primários podem servir como um importantes meios de transformação social com relação à violência doméstica/violência de género. Todavia, em Portugal, ainda são escassas as iniciativas de reflexão sobre a importância da violência de género para o sector saúde, tal como já demonstrado no Estudo II (Revistas médicas: a invisibilidade da violência de género em publicações nacionais), o que pode acarretar em uma negligência perante um grave problema de saúde pública ou uma actuação profissional descontextualizada, de pouca efectividade e insatisfatória para as mulheres agredidas, conforme vem sendo denunciado por algumas investigações realizadas no contexto nacional. Fátima Monteiro (2005), em um estudo com mulheres sobreviventes de violência doméstica, demonstrou que as entrevistadas tenderam a apresentar uma auto-avaliação negativa de sua saúde e que, invariavelmente, contactaram profissionais de saúde para tratamento de lesões graves ou dos danos emocionais ou físicos prolongados causados pela violência. Contudo, a rede de suporte profissional, de um modo geral, foi avaliada negativamente pelas mulheres sobreviventes, sendo sua ausência/pouca efectividade considerada como um dos factores que dificultaram a saída do ciclo de violência.

No estudo de Suzana Maria (2001) com mulheres sobreviventes à violação, cinco entrevistadas (entre 10) relataram ter recorrido a instituições de saúde em consequência da violação (duas às Urgências Hospitalares e três ao Centro de Saúde), referindo algum desapontamento pela forma com que foram recebidas nas Urgências Hospitalares. Segundo a autora, as que contactaram o Centro de Saúde fizeram-no por

razões muito específicas, indirectamente advindas da violação: necessidade de medicação psiquiátrica, violência doméstica e necessidade de fazer um aborto. Marlene Lourenço (2001), pesquisando também a violação sexual, verificou uma discrepância entre o discurso penal e a prática judiciária, onde estereótipos e mitos em relação à mulher vítima de crime sexual se atravessam às instâncias formais, originando violências quotidianas, algumas das quais associadas a comportamentos de um leque vasto de autoridades policiais, médicos, juristas e outros profissionais que geram, não raras vezes, a dupla vitimização ou a vitimização secundária.

No inquérito sociológico realizado por Lisboa, Carmo, Vicente e Nóvoa (2003) com uma amostra representativa da população feminina acima dos 18 anos de Portugal Continental, 77% das mulheres inquiridas procurou uma ou duas vezes algum serviço de saúde no último ano, sendo 6,6% de todas as idas das mulheres a estes serviços provocadas por situações de violência de que tenham sido vítimas. A análise apenas do grupo de vítimas mostrou que somente 21% afirmou ter buscado atendimento hospitalar devido a alguma violência sofrida, provavelmente porque a maioria da violência exercida não deixa sequelas que necessitem internamento ou intervenção cirúrgica. Foi constatado também que os Centros de Saúde são menos utilizados do que os hospitais para as situações de violência, com uma taxa de 16% (todavia, se considerarmos estes dados em conjunto temos 37% de procura por algum serviço de saúde devido a sequelas causadas pela violência).

De acordo com os autores do estudo (ditto), o tipo de feridas provocadas pelas agressões (equimoses, hematomas, etc.) indica que poderiam ser tratadas e acolhidas nos Centros de Saúde de forma mais personalizada e menos traumatizante do que em uma urgência hospitalar. Todavia, esta não é a prática mais empregada pelas mulheres. A análise do uso dos serviços de saúde de acordo com o tipo de violência mostrou que aquelas que sofrem maus-tratos psicológicos são as que menos procuram atendimento hospitalar, opondo-se às vítimas de maus-tratos físicos (probabilidade de recurso hospitalar quatro vezes superior) e de violência sexual (probabilidade dupla). Relativamente ao recurso habitual ao Centro de Saúde, as mulheres vítimas de violência apresentaram uma taxa de procura ligeiramente superior para todos os tipos de violência (ainda que haja também uma ligeira maior incidência nos casos de violência psicológica e violência/constrangimento social).

Outro estudo realizado com uma amostra de 2300 mulheres acima de 18 anos usuárias dos Centros de Saúde de Portugal Continental (Lisboa, Vicente & Barroso, 2005) encontrou uma prevalência total de vitimação de 33,6%, com uma predominância da combinação de vários tipos de violência (49,5%), seguida pela violência psicológica (30,5%) e da violência física isoladamente (12,8%). Logo, os resultados destes estudos justificam a importância de se estudar as práticas de médicos(as) de família actuaes nos cuidados de saúde primários com relação à violência de género, tema ainda pouco explorado. Diferentemente dos profissionais actuaes nas urgências hospitalares, os médicos de família beneficiam-se de um contacto prolongado no tempo e com outros integrantes da família, o que lhes permite uma intervenção mais completa e abrangente, não só quanto ao tratamento das sequelas físicas e psicológicas, mas também preventivamente. Partindo dos pressupostos do paradigma discursivo, o foco deste estudo está no discurso dos(as) médicos(as) de família, entendendo-o como uma construção social que tem efeitos nos modos de pensar e de agir sobre a problemática.

#### b) Metodologia

A escolha pela cidade de Braga como contexto da investigação prende-se unicamente a questões de ordem prática e financeira, embora o facto de ser a terceira cidade do país e sua posição de relativa centralidade geo-social e política também atestem seu papel como principal centro polarizador e catalisador de uma inúmera quantidade de actividades socioeconómicas, políticas e científico-culturais na região (Câmara Municipal de Braga, 2003). O município possui uma população estimada em 173.946 habitantes, com uma estrutura etária da população bastante jovem, sendo servido por quatro Hospitais (um oficial e três privados) e um Centro de Saúde (dividido em três sedes e composto por 11 extensões de saúde). A proporção de profissionais de saúde no município é de 4,2 médicos/1.000 habitantes, tendo 25,54% formação especializada em Medicina Geral e Familiar/Clínica Geral. A importância dos médicos de família na prestação de cuidados de saúde à população local pode ser reconhecida a partir do número de consultas nesta especialidade realizadas no Centro de Saúde. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2007), de um total de 421.284 consultas realizadas no Centro de Saúde de Braga no ano 2005, 77% foram nesta especialidade.

Desta forma, o critério utilizado para a selecção dos(as) participantes se relaciona ao facto de os(as) médicos de família poderem actuar como importantes meios de detecção, despiste e acompanhamento de situações de violência conjugal devido ao contacto continuado com os(as) utentes e a possibilidade de estabelecimento de vínculo com todos(as) integrantes do agregado familiar. Neste sentido, trabalhamos com o conceito de sujeito colectivo, que significa que a pessoa convidada a participar da pesquisa tem uma referência grupal, sendo capaz de expressar, de forma típica, o conjunto de vivências de seu grupo (Martinelli, 1999). Adicionalmente, a pesquisa qualitativa permite que se trabalhe com amostras não aleatórias, sendo uma das alternativas para a selecção dos(as) participantes a segmentação de acordo com “grupos naturais”, isto é, grupos de pessoas que interagem conjuntamente ou que compartilham um passado ou um projecto futuro comuns (Gaskell, 2002). Neste caso, utilizamos a categoria profissional “médicos(as) de família”.

O primeiro procedimento foi a solicitação de autorização para entrevistar os(as) referidos(as) profissionais. Assim, foi contactado, via telefone, o Adjunto da Delegação Regional de Saúde – Norte, o qual remeteu todas as decisões a este respeito para à Direcção do Centro de Saúde de Braga. Após uma reunião entre a Directora do Centro de Saúde de Braga (Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Albuquerque) e a orientadora da pesquisa (Dr.<sup>a</sup> Conceição Nogueira), a autorização foi concedida (Anexo A). Em um segundo momento, foi solicitada uma lista com o nome e o contacto de 20 médicos(as) de família de ambos os sexos (distribuídos igualmente) e actuantes nos diferentes serviços do Centro de Saúde de Braga (sede e extensões). A partir desta lista, os(as) profissionais foram contactados via telefone ou pessoalmente. Em ambos os casos, devido à intensa carga de trabalho, houve grandes dificuldades em encontrar disponibilidade dos(a) profissionais para explicar-lhes os objectivos da pesquisa e sua forma de contribuição. Houve duas recusas explícitas à participação na investigação (tal como já referido no Capítulo 6.1) e, em outra situação, a potencial entrevistada exercia também a coordenação do serviço. Sob a justificativa de indisponibilidade de tempo, recusou-se a participar, mas indicou o nome de outra profissional. Por fim, houve sete profissionais com os quais não foi possível entrar em contacto sequer para fazer o convite à participação. Deste modo, a amostra foi composta por 11 profissionais, sendo cinco do sexo feminino e sete do sexo masculino.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de Agosto e Novembro de 2007, tendo a maior parte ocorrida no consultório dos(as) médicos no Centro de Saúde, com a excepção de duas, cujos profissionais pertenciam a extensões de saúde mais afastadas do centro da cidade. Nestes casos, uma foi realizada na sede do Centro de Saúde de Braga (Centro de Saúde Carandá) e outra foi realizada no consultório médico de outra instituição para qual o profissional presta serviços. Mediante a autorização e a assinatura do termo de consentimento informado (Anexo F), todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pela própria pesquisadora. Tal como já referido no Capítulo 6, para todos os(as) profissionais que assim desejassem foi oferecida uma cópia da transcrição para que aprovassem seu conteúdo e realizassem alterações que considerassem necessárias. Metade dos(as) entrevistados(as) recebeu a cópia da transcrição, mas nenhum(a) solicitou alterações. A duração média das entrevistas foi de 38 minutos, com um tempo maior entre as mulheres (aproximadamente 42 minutos, ao passo que a duração média das entrevistas dos homens foi de aproximadamente 33 minutos). De modo geral, as entrevistas decorreram em um clima ameno e bastante participativo por ambas as partes (pesquisadora e entrevistado/a). Apesar das pressões e limitações impostas pela pouca disponibilidade de tempo dos(as) médicos, foi possível abordar praticamente todas as questões previstas no guião (Anexo H) em todas as entrevistas.

### c) Apresentação e Discussão dos Resultados

#### Caracterização da Amostra

A amostra foi composta por 11 médicos(as) de família actuaentes nos diferentes serviços do Centro de Saúde de Braga, sendo cinco do sexo feminino e sete do sexo masculino (Tabela I). O desequilíbrio do número de participantes quanto ao sexo não acarreta dificuldades para a representatividade da amostra, pois não trabalhamos com a noção estatística de representatividade, mas com o conceito de sujeito colectivo já explicitado acima. Por outro lado, devido às diferenças qualitativas nas entrevistas de homens e mulheres, onde, de um modo geral, as mulheres mostraram-se mais colaborativas, concedendo entrevistas mais longas e abrangentes, este foi o número necessário para que se chegasse ao ponto de saturação dos dados, "ou seja, aquele



momento em que conseguimos identificar que chegamos ao conjunto de informações que podíamos obter em relação ao tema” (Martinelli, 1999, p. 24) e que as entrevistas já não trazem dados novos.

**Tabela I – Distribuição por sexo**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Feminino</b>	5	41,66
<b>Masculino</b>	7	58,33

A idade média do grupo de entrevistados(as) situa-se em torno dos 51 anos, variando desde os 29 até os 60 anos de idade, tendo os homens uma média de idade ligeiramente superior a das mulheres (Tabela II). O estado civil predominante é o casado, havendo a situação “solteiro” e “divorciado” apenas no grupo das mulheres e em número mais reduzido (Tabela III), o que sugere a adopção de um padrão familiar tradicional (observa-se ainda que a única solteira é também a entrevistada mais jovem, com 29 anos de idade).

**Tabela II – Média de Idades**

	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
<b>Média</b>	48,4	53,85	51,12
<b>Intervalo</b>	29 - 55	46 – 60	29 - 60

**Tabela III – Estado Civil**

	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Solteiro</b>	20	0	8,33
<b>Casado/União de facto</b>	40	100	75
<b>Divorciado/separado</b>	40	0	16,66
<b>Viúvo</b>	0	0	0

Consoante à idade média da amostra, o tempo decorrido desde a conclusão da licenciatura é relativamente alto, com uma média de 26 anos (ligeiramente superior para os homens), variando entre cinco e 33 anos (Tabela IV). Este facto, analisando em conjunto com número de anos que actua na especialidade de clínica geral e familiar (média de 21 anos, Tabela V), comprova a grande experiência profissional dos(as) entrevistados. Igualmente, a elevada média de anos de actuação no mesmo serviço (cerca de 18 anos, Tabela VI) demonstra a reduzida mobilidade profissional (especialmente das mulheres) e sugere um amplo conhecimento da população inscrita na sua lista de utentes, com a possibilidade de acompanhamento de uma mesma pessoa/família ao longo de vários anos.

**Tabela IV – Anos que está licenciado(a)**

	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
<b>Média</b>	24	28,28	26,14
<b>Intervalo</b>	5 - 31	20 - 33	5 - 33

**Tabela V – Anos que actua como Clínico Geral e Familiar**

	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
<b>Média</b>	20,2	23,28	21,74
<b>Intervalo</b>	3 – 29	14 - 33	3 – 33

**Tabela VI – Anos que actua neste serviço**

	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
<b>Média</b>	18,4	17,92	18,16
<b>Intervalo</b>	3 – 25	0,5 - 24	0,5 - 25

A maioria dos(as) entrevistados(as) possui especialização apenas em Clínica Geral e Familiar (Tabela VII). Entre os que possuem outra especialização, esta situa-se nas áreas de Medicina do Trabalho, Gerontologia, Hidrologia, Mediação Familiar e Psiquiatria (não concluída). Deste modo, apresentam um forte vinculação ao contexto dos cuidados de saúde primários, a maior parte exercendo esta actividade a tempo integral ou prioritário.

**Tabela VII – Formação complementar (além da Clínica Geral e Familiar)**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Feminino</b>	20	80
<b>Masculino</b>	14,28	85,71
<b>TOTAL</b>	16,66	83,33

Passaremos agora a analisar o material produzido nas entrevistas aos(as) médicos(as) de família, de acordo com os passos já apresentados no Capítulo 6. As categorias foram estabelecidas de modo misto, isto é, *a priori*, com base nos objectivos da pesquisa, questões norteadoras e pontos ressaltados a partir da fundamentação teórica; e *a posteriori*, a partir das informações contidas nas próprias entrevistas. Na discussão dos resultados, são apresentados apenas alguns excertos, procurando descrever o tema em análise e evitando-se a simples reprodução de trechos das entrevistas (Braun & Clarke, 2006). Para não perder a noção do contexto em que as falas foram produzidas, algumas vezes são apresentados trechos mais longos das entrevistas, incluindo também as intervenções da pesquisadora. Uma vez que as falas não são consideradas como dizendo respeito à algo “interno” aos entrevistados, isto é, seus pensamentos ou sentimentos, optou-se por identificar as entrevistas por números (e não pseudónimos), referindo-se apenas o sexo do(a) entrevistado(a). O sistema de transcrição adoptado é bastante simples, onde:

**P** = fala da pesquisadora

**E** = fala do(a) entrevistado(a)

... = pequenas pausas

(“**número**” s.) = pausas maiores, com marcação de tempo. Ex: (5 s.)

(**XX**) = palavra pouco clara

(**??**) = palavra incompreensível

Palavra sublinhada = ênfase dada pelo(a) entrevistado(a)

Suspiros, risos e outras manifestações são colocadas entre colchetes, assim como comentários adicionais. Ex: [tom irónico]; [risos]; [suspiro]; [pausa na gravação]

[...] = trecho suprimido

### Trajectórias profissionais e questões de género

Uma das primeiras questões colocadas aos(as) entrevistados(as) dizia respeito à sua trajectória profissional, especialmente os motivos que os(as) conduziram à especialidade de clínica geral e familiar. Esta pergunta inicial também tinha como

objectivo o estabelecimento de um “contacto” com os(as) entrevistados, deixando-os(as) à vontade para o restante da entrevista.

A análise das respostas mostra que grande parte foi motivada por questões económicas e familiares, bem como pela realidade de mercado (isto é, número de concursos abertos na especialidade). Especialmente para as mulheres, a escolha por esta especialidade foi determinada pela possibilidade de conciliar a vida familiar com a profissional, uma vez que não exigia o trabalho nocturno ou realização de plantões (ao menos nos primeiros anos do Serviço Nacional de Saúde).

*E: Não foi a primeira escolha, realmente. Primeira estava numa... numa especialidade hospitalar, nomeadamente Cirurgia, mas por razões pessoais, ah... nomeadamente por razões familiares, tinha um filho com alguns problemas de saúde, abandonei e vim para a Clínica Geral, porque... tinha uma vida... pelo menos já não fazia noites, finais de semana, o que já era bom, não é? Mas de qualquer maneira gosto da minha especialidade.*

*P: Hum hum. Não... não se arrepende, depois, desta trajectória, de ter trocado?*

*E: Não, não, não. Não, acho que é bastante... eclética, e realmente dá-nos um... uma visão diferente da medicina, hospitalar, mas também é gratificante. (ENTREVISTA 5 – FEMININO)*

*Eu queria tirar uma Especialidade que ainda não existia pela carreira... oficial, mas já existia pela Ordem dos Médicos. Desvinculei-me e comecei a fazer a Especialidade de [omitido para preservar o anonimato], que hoje é muito conhecida, mas na altura não. Ah... fiz durante 3 anos e 1 mês, faltava-me... uns 11 meses para acabar a Especialidade quando ah... por motivos económicos, não estava a ganhar nada e... não é? Tinha que dar umas aulas e etc... ah... concorri para Clínica Geral, ah... aplicando aí os conhecimentos que tinha adquirido, e com a ideia de acabar [a outra especialidade]. Mas depois, ah... fui ficando... nasceram as crianças, e ... po- depois... pronto, motivos ah... pessoais, impediram-me de acabar a Especialidade. De qualquer maneira, foi possível e é possível trabalhar dentro desta... aplicando estes conhecimentos dentro da Medicina Geral e Familiar e foram muito úteis. E desde aí, tem sido sempre a minha... este percurso. (ENTREVISTA 1 - FEMININO)*

A necessidade de conciliação do trabalho com a vida familiar é colocada apenas por mulheres, o que comprova o que já vem sendo discutido pelas feministas há muito tempo e reconhecido pelo Conselho Europeu em 2006 através da aprovação do “Pacto Europeu para a Igualdade de Género” (*European Commission, 2007*), o qual demonstra a determinação dos estados-membros em implementar políticas destinadas a promover a

empregabilidade das mulheres e garantir um melhor equilíbrio entre a vida profissional e privada. A nível europeu, apesar de avanços já obtidos em direcção a uma maior igualdade na participação feminina no mercado de trabalho, persistem as dificuldades para que as mulheres conciliem a vida familiar com a carreira profissional devido à desigual divisão de tarefas domésticas e responsabilidades familiares, as quais também apresentam diferenças no perfil de empregabilidade feminina e masculina. Assim, de acordo com a *European Commission* (2007), a taxa de emprego de mulheres entre 20 e 49 anos de idade cai 15 pontos quando elas têm um filho, enquanto a taxa dos homens sobe seis pontos na mesma situação. Igualmente, o crescimento da demanda pela flexibilidade laboral tem um impacto grandemente desproporcional: cerca de 1/3 das mulheres europeias (32,9% em 2006) trabalhava em *part-time*, em comparação a apenas 7,7% dos homens; 14,8% das trabalhadoras possuía um contrato com prazo determinado, um ponto a mais do que os seus parceiros masculinos.

Mais do que preferências pelo uso flexível do tempo de trabalho, as marcadas discrepâncias entre os sexos reflectem as diferenças entre homens e mulheres no uso do tempo, significando também em oportunidades e escolhas diferenciadas, assim como condições de trabalho mais frágeis. Uma das entrevistadas demonstra com clareza estas pressões, afirmando que a escolha pela medicina como profissão foi determinada por questões de género, assim como o seguimento na especialidade de clínica geral e familiar foi impulsionado pela necessidade de conciliar a vida familiar e profissional.

*E: Ah... [a medicina] foi porque... pronto, eu queria um bocado ir para as Engenharias, mas na altura não foi possível porque... meu pai achou que era uma profissão de homens. [a Medicina de Família] também foi mais accidental do que por escolha. Pronto. Entretanto também tive dois filhos, era complicado deslocar-me... estudar às vezes não era muito fácil porque os miúdos dão muito... como sabe, muito absorventes. E de maneira que... pronto, também foi um pouco accidental ir parar à Medicina Geral e Familiar. Mas depois, pronto, adaptei-me. [...] Hum... pronto. Houve, houve uma altura em que tive que se escolher entre... entre a Medicina e a família, não é? Principalmente nós mulheres estamos condicionadas por isso. É uma... uma... não é? Uma forma de violência, é uma forma de... género. Não é? Sobre o género feminino... e pronto, sabe, sabe... melhor do que eu... como a nossa sociedade é com relação ao género feminino, e portanto... houve que optar um pouco nessa altura e... e eu optei pela Medicina Geral e Familiar porque também dava... umas horas mais... (flexíveis) (ENTREVISTA 8 – FEMININO)*

Por outro lado, para a maior parte dos médicos entrevistados, a escolha pela especialidade de clínica geral e familiar foi motivada por questões ligadas ao mercado de trabalho (número de vagas oferecida em concursos públicos) ou pelo gosto pessoal, não se colocando a necessidade de conciliação com a vida familiar. Novamente, comprova-se que as questões de género estão fortemente imbricadas no mundo de trabalho, determinando escolhas, opções e oportunidades distintas para mulheres e homens, onde estes têm a possibilidade de priorizar a carreira profissional ao invés da família.

*O que me levou a ser médico foi... o gosto desde miúdo. Até porque como... trabalha- ah, lidava muito com... os familiares que eram médicos, por isso me habituei desde de criança a ser médico. O facto de ser médico de família, foi porque... em questão de vaga, porque eu queria ser cirurgião, e... na altura na havia vaga como cirurgião, em 82, e havia como médico de família aqui em Braga, eu, como punha a localidade acima da vocação, optei por ser médico de família. (ENTREVISTA 3 - MASCULINO)*

*Por exclusão de partes, e por exclusão de concursos. Não é? Nós vivemos em uma sociedade hospitalocêntrica, as vagas... para as especialidades hospitalares naquela altura eram pouquíssimas... (ENTREVISTA 4 – MASCULINO)*

*Ah... aconteceu, aconteceu porque... eu moro [nome da cidade excluído para preservar o anonimato] e concorri para aqui porque ia acabar e eu queria ter um... um... lugar de trabalho certo e estável... entretanto, depois tencionava concorrer para uma especialidade hospitalar. [...] Primeiro foi estratégia, de ter um lugar... na função pública. Depois, foi por opção, porque eu até gastei dois anos a estudar para fazer o... o exame, para poder escolher... e depois não fiz! [riso]. (ENTREVISTA 9 – MASCULINO)*

Os efeitos das desigualdades no mundo do trabalho são claramente visíveis ao compararmos a situação de homens e mulheres. De acordo com o Fórum Económico Mundial, em 2006 as mulheres representavam 68% da força do mercado de trabalho em Portugal, enquanto os homens correspondiam a 80%; a taxa de desemprego feminino rondava os 8% enquanto a dos homens se situava nos 6% (Hausman, Tyson & Zahidi, 2007). Segundo informações do Instituto Nacional de Estatística (INE) compiladas pela

Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG)<sup>101</sup>, a taxa de feminização do desemprego era de 54,5% em 2006. A análise da estrutura do desemprego também mostra que a procura pelo primeiro emprego afecta mais as mulheres do que os homens, indicando uma dificuldade maior para as raparigas acederem ao mercado de trabalho, especialmente aquelas com diploma de curso superior, sendo: a taxa de feminização da procura pelo primeiro emprego de 56,5%; a taxa de feminização da procura de um novo emprego de 54,1%; a taxa de feminização de pessoas a procura por emprego há menos de 12 meses de 55,6%, enquanto esta mesma taxa para a procura por emprego há 12 meses ou mais era de 54,4%.

Informações do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social também compiladas pela CIG mostram que, em 2004, a remuneração média mensal de base recebida por mulheres era de 647,32 euros, e a dos homens de 808,68 euros, o que significa que a remuneração média das mulheres correspondia a 80% da masculina. Se considerarmos os ganhos, ao invés da remuneração base (os quais incluem, além da remuneração base, os prémios e subsídios regulares e a remuneração por trabalho suplementar), os ganhos das mulheres representam, em média, 76,8% dos ganhos dos homens. Outras desigualdades no mundo do trabalho podem ser vistas na taxa de feminização para “trabalho familiar não remunerado e outros”, de 62,7%. A estrutura de emprego de acordo com a profissão comprova a existência de uma situação desvantajosa para as mulheres, onde a taxa de feminização de acordo com a profissão era: 68,3% para pessoal de serviços e vendedores; 65,2% para trabalhadores não qualificados e 61,2% para pessoal administrativo e similares, enquanto a taxa de feminização para quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa era de apenas 32,8%. Deste modo, podemos afirmar que as desigualdades no mundo trabalho para homens e mulheres se iniciam com a escolha pela profissão, passando pelas determinações na progressão da carreira (necessidade de conciliar vida familiar com laboral), aspectos que se reflectem em menores salários para as mulheres, vínculos laborais mais frágeis e, mesmo, obstáculos para ingresso no mundo do trabalho.

No nosso estudo, o reconhecimento de que a escolha pela especialidade foi uma opção pessoal também foi referido por ambos os sexos. Importa destacar, contudo, que dentre as duas únicas mulheres que afirmaram ter sido uma opção, uma refere o

---

<sup>101</sup> Disponível em [www.cig.pt](http://www.cig.pt), acesso em 14 de Maio de 2008.



facto de não haver trabalhos nocturnos. Embora não mencione a questão da adaptação com a vida familiar, entendemos que esta possa estar implicitamente colocada.

*E: Foi uma opção, ah... [riso] de vida, não é? Na altura, porque... também teríamos outras condições que não temos hoje. Era mais fácil. Não tínhamos trabalho nocturno... o que não acontece agora, não é? Pronto. Teria, foi uma hipótese também de ficar no local onde eu já vivia, onde já havia feito o internato. E depois porque... porque eu também gostava da... achava que ia ser uma... uma actividade interessante (ENTREVISTA 6 – FEMININO)*

*Ah... a medicina geral e familiar foi realmente uma escolha, não posso dizer que... inicialmente não pudesse ter pensado noutras... alternativa, mas... o que me atraiu na medicina geral e familiar foi... principalmente ser... uma... actividade em que posso lidar directamente e continuamente com as pessoas. Segundo, é variada. O que quer dizer que na medicina geral e familiar se possa ter contacto com... uma variedade de patologias e de... ah... de... doenças e de... que... não se encontra em outras especialidades, que são muito mais limitadas. Se eu... se eu escolher a especialidade de dermatologia provavelmente não... não terei a oportunidade de ver um determinado número de... de situações que aqui na Medicina Geral e Familiar nós... fazemos. Fazemos um pouco de ginecologia, obstetrícia ah... psiquiatria, medicina... pronto, medicina interna. E tudo... isso foi um dos motivos que me levou a... vir para a medicina geral e familiar. (ENTREVISTA 2 – MASCULINO)*

*E: Porque gosto mais da clínica. Sempre gostei mais da clínica. Já estive também em [outra especialidade – omitida para preservar o anonimato], mas, na especialidade, mas resolvi vir para clínica. Gosto mais. (ENTREVISTA 10 – MASCULINO)*

Por outro lado, a entrevistada mais jovem e a única pessoa solteira da amostra (Entrevista 12) demonstrou uma escolha claramente vinculada à carreira e ao aperfeiçoamento pessoal, sem qualquer referência à vida conjugal/familiar. Estes factos sugerem que as transformações ocorridas na sociedade permitem às mulheres das gerações mais novas investirem na carreira antes da vida familiar, tal como comprova as idades cada vez mais tardias para o primeiro casamento e o primeiro filho. Dados do Instituto Nacional de Estatística (2006) confirmam esta tendência, onde a idade média nacional da mulher ao primeiro casamento situa-se nos 27,5 anos e a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho é de 28,1 anos, altura em que, provavelmente, a formação profissional já foi concluída e alcançada uma certa estabilidade profissional.

*Não, foi, foi de facto uma escolha. Primeiro, porque foi uma área... que me interessava, já no secundário... tivemos cadeira de saúde [...] de que eu gostava muito, gostava muito de biologia... das ciências em geral, e em particular da biologia. E sempre fui uma pessoa que... a parte humana, tudo o que fosse... que tivesse a ver com pessoas, e melhorar... melhorar a qualidade de vida delas, sempre me interessou, portanto a medicina... foi assim... uma escolha... à cabeça [...] Depois, a medicina geral e familiar, a verdade é que foi um bocadinho por... [riso] por... exclusão. Eu na altura acabei o curso, e... e mesmo tendo passado seis anos na faculdade de medicina, ah... não estava muito certa ainda... se era capaz de me restringir só a uma determinada área! Achava que não estava preparada, que... os meus conhecimentos médicos tinham que ser mais solidificados, e tinha que ter mais experiência. E então optei... uma ou duas: ou medicina interna, ou medicina geral e familiar, que são aquelas mais transversais. Optei por medicina geral e familiar porque... é uma especialidade mais curta e caso eu não gostasse ou me sentisse depois ah... interessada em alguma área em particular, poderia sempre continuar porque... é uma especialidade que... que se acaba rapidamente. (ENTREVISTA 12 – FEMININO).*

Estas transformações também se fazem presente no mercado profissional da medicina, com um ingresso cada vez maior de raparigas no curso, tendo até mesmo suscitado, recentemente, um movimento que pretendia a imposição de quotas para o acesso de homens no curso, cada vez mais feminizado na entrada, mas longe de o ser em todas as especialidades médicas (Amâncio, 2004). Entretanto, algumas especialidades, a partir de um controlo eficaz nos processos de selecção e de formação de estudantes, permanecem sendo um reduto masculino. Por exemplo, em Portugal, cerca de 85% dos profissionais actuantes na especialidade de cirurgia geral são do sexo masculino. Para isso, contribui a clara separação entre os universos doméstico e de trabalho – apenas admissível aos homens, assim como a cultura ocupacional que manifesta-se na hierarquização de papéis associados aos vários graus de progressão na carreira, nas formas de gestão do tempo de trabalho e de convivialidade, na linguagem própria, nos processos de sanção, positiva e negativa, e na caracterização individual dos sujeitos, na qual a sua pertença sexual é sempre sublinhada (Marques, 2004).

Outro aspecto a ser destacado no que diz respeito à trajetória profissional é a longa experiência dos(as) entrevistados(as). Conforme a descrição da amostra, com excepção de uma entrevistada que estava no último ano do Internato Complementar (Entrevista 12), a maior parte concluiu a licenciatura há muitos anos, podendo ser considerados como integrantes da geração que “construiu” o Sistema Nacional de Saúde, acompanhando a “fase de consolidação dos cuidados de saúde primários”, entre

meados da década de 1970 e meados da década de 1980 (Biscaia et al, 2006). O “Serviço Médico à Periferia”, isto é, o cumprimento obrigatório de um ano de serviços médicos fora das grandes cidades que precedia o “internato de especialização” (Branco & Ramos, 2001), parece ter sido determinante para que alguns profissionais escolhessem a especialidade de clínica geral e familiar.

*Formei-me em 76, ah... fiz Serviço Médico à Periferia, em [nome da cidade omitido para preservar o anonimato], na altura era obrigatório, para podermos singrar, seguirmos na carreira. E foi assim que começou o Serviço Nacional de Saúde, já há colegas que no ano anterior ou dois antes tinham ido, portanto... foram espalhados pelo país, após este ano de Serviço Médico à Periferia, que no meu caso foi em [nome da cidade], e onde eu gostei muito de trabalhar. (ENTREVISTA 1 – FEMININO).*

Igualmente, alguns profissionais são oriundos dos antigos Serviços Médicos Sociais (SMS) das Caixas de Previdência, estrutura criada em meados da década de 1950 e vigente até as reformas implantadas na década de 1970, com a criação do Serviço Nacional de Saúde e promulgação da primeira Lei Orgânica da Saúde, em 1971. Os “SMS” representavam uma prática de cuidados imediatos, baseada na resposta à procura expressa dos doentes e traduzida no elevado número de consultas, visitas domiciliares e tratamentos de enfermagem, sem planeamento e preocupações qualitativas, destinados especialmente para os trabalhadores e seus familiares (Biscaia et al, 2006; Branco e Ramos, 2001).

*Ah... anteriormente já trabalhava, mas noutro, noutro...noutros...moldes, ex-SMS [Serviços Médicos Sociais das Caixas de Previdência], não é? Era como aquilo funcionava, porque o médico...não havia bem médico de família, mas havia assim... pessoas vinham e marcavam consultas no médico, e eram atendidas. Às vezes havia algum segmento de famílias, já, não é? Agora, verdadeiramente médico de família, só a partir de... 85... portanto será 22 anos não é, mais ou menos... (ENTREVISTA 11 – MASCULINO).*

Com as reformas implantadas entre meados das décadas de 1970 e 1980, os SMS foram gradualmente incorporados às novas estruturas criadas, nomeadamente os “centros de saúde de segunda geração” (Sakellarides, 2001). A nível central, o processo de fusão instituiu uma nova concepção organizativa dos serviços e prestação de cuidados em que foi privilegiada a relação personalizada entre os profissionais de saúde

e seus usuários (Campos & Faria, 2003). Desta forma, afirmou-se a identidade profissional de diversas linhas, em especial a carreira médica de clínica geral, considerada por Branco e Ramos (2001, p.6) como “o único elemento novo introduzido neste modelo”. Portanto, foi no contexto da expansão do Sistema Nacional de Saúde e dos centros de saúde de segunda geração que surgiu, pela primeira vez, a necessidade de um novo tipo de médico, o clínico geral (Biscaia et al, 2006; Souza, Sardinha, Sanchez, Melo & Ribas, 2001). Em 1980, a Portaria nº 444 A/80 instituiu a carreira de generalista. Em 1982, foi criado o Colégio de Clínica Geral da Ordem dos Médicos e, entre 1981 e 1983, os Institutos de Clínica Geral das zonas Norte, Centro e Sul, tendo um papel chave no processo transitório da formação específica em exercício (Biscaia et al, 2006). A este respeito, um dos profissionais desta “antiga geração” refere:

*Ah... não, naqueles tempos [a medicina geral e familiar] não era propriamente uma... uma opção, porque nem se sabia o que isso era. Começa a ser agora qualquer coisa [...] Ah... foi mais pela disponibilidade de mercado do que outra coisa, muito. Aliás, nem se sabia o que isso era! Não existia! [...] Não havia... eu não fiz nenhum internato complementar na medicina geral e familiar! Eu fui trabalhando, fui fazendo, e... aquilo foi se fazendo, e depois fizemos, foi assim umas... umas sessões assim... um mês ad hoc, uns a dar cursos aos outros, e... e o que sabia disso, falava disso, e o que sabia daquilo falava daquilo, e pronto. Depois tínhamos que prestar umas provas, também mais ou menos uns aos outros. (ENTREVISTA 4 – MASCULINO).*

O facto de a carreira de generalista ter sido regulamentada em 1980 parece também ter influenciado o seguimento dos(as) entrevistados(as) para esta especialidade, o que pode ser observado pelo ano de conclusão da licenciatura daqueles(as) que afirmaram terem realmente efectuado uma escolha: 1974, 1982, 1987 e 2002. De acordo Sakellarides (2001), o período de constituição do Sistema Nacional de Saúde e de consolidação dos cuidados de saúde primários como sua principal estratégia de orientação (entre meados das décadas de 1970 e de 1980) foi influenciado por três principais aspectos inter-relacionados: a criação do já citado Serviço Médico à Periferia, o substancial aumento do número de jovens médicos (muitos dos quais provenientes do estrangeiro após o fim do regime fascista) e a criação da especialização de Clínica Geral e Familiar como parte integrante das carreiras médicas.

### Relações entre género e violência

Os médicos e médicas entrevistados neste estudo, quando questionados acerca do contacto com casos de violência doméstica/familiar entre seus(uas) utentes, confirmaram já terem atendido situações deste tipo, embora a maioria refira que não são muitos os casos. Entretanto, encontramos diferenças quanto ao sexo do(a) entrevistado(a) nestas respostas. As únicas recusas acerca do contacto com tais situações foram de homens (dois), assim como as únicas respostas enfaticamente positivas foram de mulheres (duas). Os(as) demais profissionais confirmaram a existência de casos de violência doméstica/familiar entre seus(as) utentes, embora afirmem não ser uma situação muito frequente.

Uma primeira conclusão que esta constatação permite é o facto de que as mulheres parecem estar mais “despertadas” para suspeitar destas situações e, mesmo, apresentarem uma maior disponibilidade para abordá-las com suas pacientes, o que é confirmado por alguns autores. Ambuel, Butler, Amberger, Lawrence e Guse (2003) afirmam que o género é um factor que influencia o rastreio rotineiro de situações de violência conjugal, onde as médicas tendem mais a realizar este rastreio do que os seus colegas do sexo masculino. Acreditamos que esta maior capacidade talvez possa ser explicada pelo facto de as mulheres, como grupo normalmente oprimido na sociedade, identificarem-se entre si, sendo capazes de compreender melhor a situação vivida por suas pacientes.

*Principalmente nós mulheres estamos condicionadas por isso. É uma... uma... não é uma forma de violência, é uma forma de... género. Não é? Sobre o género feminino... e pronto, sabe, sabe... melhor do que eu... como a nossa sociedade é com relação ao género feminino (ENTREVISTA 8 – FEMININO).*

Neste sentido, não podemos deixar de considerar a possibilidade de as próprias médicas também serem ou terem sido vítimas de violência doméstica ou conjugal, o que se confirmou com uma das entrevistadas. Embora os estudos a respeito da prevalência de violência doméstica ou sexual entre profissionais de saúde ainda sejam escassos, existem algumas investigações que procuram identificar esta prevalência. Dados provenientes do *Women Physicians' Health Study*, um inquérito nacional realizado nos Estados Unidos da América entre 1993 e 1994 (Doyle, Frank, Saltzman, McMahon &

Fielding, 1999), encontrou uma prevalência de violência doméstica de 3,7%, e de 4,7% para o abuso sexual nesta população.

Outro estudo realizado com estudantes de medicina norte-americanos(as) (Ambuel et al, 2003) identificou que a maioria (53%) experienciou, quando criança, adolescente ou adulto, um ou mais tipos de violência severa. Apesar de atingir homens e mulheres, as raparigas mostraram-se muito mais vulneráveis a sofrerem abuso sexual na infância, abuso sexual ou violação na adolescência ou vida adulta, assim como as formas mais severas de violência conjugal. No contexto europeu, Romito, Ballard e Maton (2004) realizaram um estudo sobre assédio sexual entre profissionais de saúde de um hospital de Trieste, Itália, onde 42% das inquiridas afirmou ter sido alvo de pelo menos um tipo de assédio sexual por parte de seus colegas, 29% de seus pacientes e 54% de ambos, encontrando também uma associação entre ser vítima de violência doméstica e assédio sexual no trabalho: as mulheres que reportam violência doméstica apresentam um risco quatro vezes superior para a violência de género; risco de receber atenção sexual não desejada cinco vezes superior; e risco de coerção sexual nove vezes superior.

Em Portugal, um estudo sobre violência contra profissionais de saúde (médicos/as, enfermeiros/as, administrativos/as) no local de trabalho (em geral, não só doméstica e/ou sexual) identificou uma prevalência maior nos centros de saúde do que nos hospitais, principalmente do tipo verbal, seguida pelo *bullying/mobbing*, discriminação, violência física e assédio sexual. Nos centros de saúde, todos os tipos de violência foram mais frequentemente dirigidos às mulheres, enquanto nos hospitais, contra trabalhadores do sexo masculino. Estes dados demonstram que as mulheres estão mais vulneráveis à violência em diferentes contextos. Apesar de centrarmos as entrevistas na violência conjugal, também houve referências à violência praticada no local de trabalho ou por outros familiares além do cônjuge.

*E só estamos a falar de violência de género, porque depois há violência também de empregadores e empregados, não é? Mas isto depois é outro assunto. (ENTREVISTA 1 – FEMININO)*

*Ah, de... do cônjuge, normalmente é do cônjuge. Mas também há assédio sexual, no... algumas falam, não é, a nível do profissional. Mas nunca tive assim um caso... problemático. (ENTREVISTA 5 – FEMININO)*

*Pode não ser o companheiro, pode ser um avô, pode um tio* (ENTREVISTA 8 – FEMININO)

Voltando para a análise da possibilidade de os(as) profissionais de saúde serem alvos de violência doméstica e/ou familiar, de modo geral, os autores (Ambuel et al, 2003, Doyle et al, 1999) destacam o seu impacto negativo sobre a saúde física e psicológica dos(as) profissionais, assim como no seu desempenho escolar e profissional, sugerindo também que este facto pode dificultar o despiste e acompanhamento de situações semelhantes entre suas pacientes. Porém, isto não se confirmou com a nossa entrevistada. Pelo contrário, ela considera que ter sido vítima a permite compreender melhora o sofrimento de suas pacientes. Todavia, uma vez que este facto foi referido apenas por uma pessoa, não foi possível avançar em análises sobre este aspecto.

*E: Eu própria, passei, há algum tempo, por uma fase de violência psicológica, ah, tentei Terapia de Casal, tentei Terapia Familiar, o meu marido não queria, e... e portanto chegou a um ponto em que eu não aguentei mais, e saí. [...] Eu não fui batida, nada disto, não tenho nada desta experiência, mas sei o que é, para mim, para o meu feitio, ah, ser agredida psicologicamente [...]*

*P: E achas que esta, esta experiência lhe ajuda a lidar com estas situações?*

*E: Acho que sim, acho que sim. Percebo o quanto se pode sofrer [...] E não... não... não é fácil. Não é... fácil, dar a volta e tal... hoje felizmente estou... estou melhor, mas não é fácil. E percebo que não seja fácil para as mulheres tomarem atitudes, percebo que algumas mulheres preferam sofrer, porque enfrentar a solidão... (ENTREVISTA 1 – FEMININO).*

Em concordância com o que vem sendo identificado nos diversos estudos realizados por todo o mundo (Alvim, 2006, APAV, 2003, 2006, 2007, Heise & Garcia-Moreno, 2002, Runyan, Wattam, Ikeda, Hassan, Ramiro, 2002, Schraiber, D'Oliveira & Couto, 2006, WHO 2006a,b), os(as) entrevistados(as) consideram que as mulheres e as crianças são as principais vítimas de violência doméstica.

*Ah... é realmente a violência contra a mulher. É a maior parte dos casos. Também há contra as crianças, mas sobretudo contra as mulheres, é verdade [...] Ah, de... do cônjuge, normalmente é do cônjuge. (ENTREVISTA 5 – FEMININO)*

*É o mais, é o que existe mais, mulheres e crianças. O da mulher tem mais intensidade do que a criança, muito mais. (ENTREVISTA 10 – MASCULINO).*

Mas, há também quem faça referências à violência praticada contra idosos. A este respeito, Mouton (2003) refere que a violência doméstica é tipicamente pensada como um problema que afecta mulheres em idade reprodutiva, fazendo com que poucos estudos sejam realizados com mulheres em idades mais avançadas. A maior parte do que se sabe a respeito da violência doméstica contra idosas é proveniente de pesquisas sobre abuso e negligência de idosos em geral, as quais referem que as mulheres idosas apresentam taxas de abuso mais elevadas do que os homens desta mesma faixa etária. O autor cita um estudo realizado com mulheres entre 50 e 79 anos a viver independentemente cujos resultados mostram que 1,4/1.000 reportam novas exposições a abuso físico, e 4,6/1.000 reportam serem alvo de abuso verbal no último ano. Estes dados sugerem que nas mulheres idosas independentes os níveis de abuso físico e verbal, principalmente por parte parceiros íntimos, são semelhantes aos das mulheres jovens.

*Mas assim, na minha ideia? Na minha ideia, tenho muito a ideia de que há muita mulher que... que sofre, ah... fisicamente, mas mais psicologicamente... pronto. Também tenho a ideia de alguns homens que também são vítimas da violência doméstica, e depois crianças. Mas ah... como digo, as crianças são mais protegidas neste aspecto, e também, tenho casos de violência sobre os idosos, dos filhos para com os idosos... mais com as mães. (ENTREVISTA 1 – FEMININO).*

Este último depoimento expressa a maior vulnerabilidade das mulheres para a violência em diferentes momentos do ciclo vital. De acordo com Ellsberg e Heise (2005), antes do nascimento, as mulheres podem ser assassinadas através de abortos selectivos; durante a infância, podem sofrer infanticídio, negligência, abuso sexual e desnutrição; na adolescência, podem ser forçadas à prostituição, traficadas (para este mesmo fim), forçadas a casar precocemente, bem como sofrer abuso psicológico e estupro; durante a fase reprodutiva, podem sofrer de “crimes de honra”, violência conjugal, abuso sexual por desconhecidos, homicídio, tráfico e perseguição sexual e, até mesmo na velhice, podem sofrer agressões. Deste modo, tal como já definido na “Declaração e Plataforma de Acção da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher –



Pequim 1995 (2006)” a violência contra a mulher é caracterizada como qualquer conduta baseada no género que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada, simplesmente pelo facto de ser do sexo feminino.

Por outro lado, conforme Skinner, Hester e Malos (2005), a violência de género inclui todos os tipos de violência praticados contra as mulheres, mas não se restringe a elas, pois reconhece também a condição das crianças, jovens, lésbicas e gays, idosos(as) e pessoas com incapacidades. A importância de utilizar o termo género se fundamenta no pressuposto de que a violência é, de alguma forma, influenciada e/ou influencia as relações de género, dizendo respeito a agressões praticadas contra grupos socialmente oprimidos (Saffioti, 2002), entre os quais as mulheres são a maioria. De acordo com Lopes (2008), a maior parte dos pobres do mundo são mulheres, a maior parte dos analfabetos são mulheres, a maior parte dos crimes sexuais são praticados contra mulheres, as mulheres e jovens são a maior parte das pessoas traficadas e exploradas sexualmente, quem mais sofre as consequências da falta de assistência e de cuidado na saúde sexual e reprodutiva são as mulheres e as adolescentes e, por fim, a maior parte dos refugiados e deslocados em situações de guerra e conflitos armados, externos e internos, são as mulheres e suas crianças.

Deste modo, a utilização da “lente de género” permite examinar criticamente as desigualdades de poder entre mulheres e homens e revelar o facto de que a sociedade está estruturada de modo a permitir a utilização da violência como estratégia para resolução de conflitos de interesses e de controlo social por parte dos homens. É, portanto, algo que transcende a esfera familiar e doméstica/privada (Monteiro, 2005), tal como é compreendido por algumas das entrevistadas:

*Portanto... acho que há vários... vários factores que levam à violência. E às vezes os homens são violentos também porque as condições, de vida, das pessoas, também não são as melhores! E a própria sociedade também é mais permissiva com relação a uns que a outros, não é? É mais violência do homem para a mulher porque... também se aceita que a mulher é subjugada ao homem, não é?*  
**(ENTREVISTA 5 – FEMININO)**

*Sim, é... a nossa sociedade é totalmente diferente com relação ao homem e com relação à mulher. Isso toda a gente... é do senso comum, não é? Toda a gente sabe, não é? Já foi pior!*  
**(ENTREVISTA 8 – FEMININO)**

A análise sobre a violência de gênero necessariamente envolve a reflexão crítica sobre as relações de poder estabelecidas entre homens e mulheres, aspecto que foi reconhecido apenas por entrevistadas do sexo feminino. Por outro lado, diversas vezes foi referido que a violência contra as mulheres não ocorre mais ou está diminuindo devido às transformações sociais como o maior acesso das mulheres à educação e ao mercado de trabalho, os quais permitem uma maior autonomia face ao marido, assim como a maior aceitação social do divórcio. Para alguns(as) entrevistados(as), especialmente do sexo masculino, trata-se mesmo de uma inversão social, onde as mulheres passam a ser dominantes, praticando também agressões contra os maridos, especialmente de tipo psicológico.

*Antigamente o divórcio era um bicho-de-sete-cabeças, enquanto que agora não é assim, não é? Pronto. Por isso que eu estou a dizer, também diminui... por causa disso, não é? A mulher quando... sente mal, ah... muitas vezes opta, exactamente, por deixar o marido, não é? Já com mais facilidade, que dantes não fazia. Antes não fazia. Até que... economicamente a mulher dependia 100% do marido. E agora, já não acontece isso, já tem o seu emprego, já tem o seu vencimento, já não depende tanto do marido, não é? Economicamente. [...] E a facilidade... do divórcio. A vontade do divórcio, também. Porque... geralmente quando o homem agride muitas vezes a mulher, ela acaba por o deixar.*  
**(ENTREVISTA 3 – MASCULINO)**

*Não. Agora, hoje em dia não há nada disso. Eu, na minha prática... lá, que é um meio ru- não é bem rural, que é aqui um arrabalde próximo, não... as mulheres já estão suficientemente... impostas na... na sociedade. Aliás, começam já a ser elas a mandar nas casas! [...] Porque isso já não existe muito. No meio que eu frequento... e na minha lista de utentes, não. [...] Ah... e a consciência que as pessoas têm, que as mulheres têm. As mulheres têm hoje... muitas vezes... a po- a posição dominante no agregado. Porque o marido... muito desemprego, o desemprego, não é, uma imensa... uma realidade. Há muito desemprego, e muitas vezes a mulher é o sustento, da... da família. Ela é que tem que organizar tudo, que tem que orientar tudo. Às vezes que tem que... pôr o marido, porque depois o marido dá-se a... a preguiçeira e começa a... a meter-se noutras coisas e ela que tem que o pôr a mexer. Por isso é que eu digo que as mulheres hoje são... muito mais activas e interventivas, e muito mais... importantes na gestão da família.*  
**(ENTREVISTA 4 – MASCULINO)**

*E... e isso cada vez é menos, e... e... pronto, eu tenho uma população envelhecida, se calhar os... os colegas que têm casais mais jovens, se calhar também já há o inverso! Também há mulheres que são violentas para os homens, porque elas já têm uma certa autonomia, já, economicamente, já são... autónomas, não é? Não dependem deles, e portanto... também se tornar, se calhar... (ENTREVISTA 5 – FEMININO)*

*E: Acho que se houver agora... os casos antigos já não se põem muito, pois olha, os homens com mais idade estão mais dependentes das mulheres do que elas deles. Então eu não acredito que alguns deles as tratem mal porque eles têm menos capacidade física. São mais dependentes. Se reparar bem, as mulheres estão muito melhor fisicamente [nas gerações mais novas] é de ambos os lados, mais do tipo psicológica... É a minha opinião, é por isso eu não noto aqui muita violência física. Porque os homens, neste momento, aperceberam-se que, não têm o poder que tinham. As mulheres trabalham. Portanto... a violência que eu acho que existe é mais psicológica.*

*P: De um para outro... tanto de homens para as mulheres quanto das mulheres para os homens?*

*E: Ah, isso aí eu acho que as mulheres até ganham! [rindo] Acho que as mulheres, neste aspecto... são... são... estão ligeiramente acima deles. Não é? Por uma... pronto, porque... não sei, terá a ver com o perfil, feminino [...] Nas gerações mais novas, as mulheres trabalham todas, têm uma independência, uma capacidade global... para coordenarem as coisas ao mesmo tempo, os homens são mais... centrados. Eu acho que as mulheres gerem a casa, gerem o trabalho... gerem tudo! Portanto... de certa forma passaram... a orientar as casas. E... orientam, de uma forma ou outra, há um homem ou outro que ainda pensa que manda, mas... mas as mulheres é que orientam quase tudo. [...] as mulheres têm mais empregos do que os homens, estudam mais... as mais novas, então, nem se põe... questões. As mais novas estudam mais, têm mais... habilitações, têm melhores empregos. Portanto, elas têm melhores empregos... e até casam, e em muitas situações, no casal a mulher até tem uma situação... económica melhor do que o marido, portanto é logo um factor para não ser dominada. [...] a malta mais nova, as mulheres é que estão a dominar a situação. Porque têm melhor estudo, têm mais estudo, ah... economicamente tão melhor, socialmente tão melhor, e... e... tão menos dependentes, ligam menos... ao factor, à pressão de estarem casadas ou separadas. E se eles começarem a incomodar muito, elas põe-los fora! (ENTREVISTA 9 – MASCULINO)*

A respeito da diminuição da violência conjugal contra as mulheres na velhice sugerida neste último fragmento de entrevista, o estudo desenvolvido por Mouton (2003) contraria esta hipótese (apesar de, como já referido, ainda serem reduzidos os estudos que analisam especificamente a situação das mulheres idosas quanto à violência conjugal). Entre 1.245 mulheres entre 50 e 79 anos de idade atendidas em uma clínica de saúde feminina no Texas (EUA) entre os meses de Setembro de 1997 e Outubro de

20001, 58,5% reportou ter sido alvo de algum tipo de violência na vida adulta. No último ano, a exposição a algum tipo de violência variou entre 5,2% e 22,8%, sendo: 26,6% violência física, 49,6% violência verbal e 7,9% agressões associadas à exposição a armas de fogo, uma forma potencialmente letal de violência que não envolve força física. Deste modo, o autor conclui que a exposição à violência conjugal continua durante todo o ciclo de vida das mulheres, até mesmo nas idades mais avançadas (em que, supostamente, os homens já não teriam o vigor necessário para a prática de tais actos).

Quanto a afirmação de que a violência conjugal não ocorre nas gerações mais novas porque as mulheres já estão suficientemente impostas na sociedade, investigações realizadas com jovens na fase de namoro mostram que esta também é uma problemática existente nas gerações mais novas. Em um estudo realizado nos Gabinetes de Medicina Legal de Coimbra e Porto (Lisboa, Barroso & Marteleira, 2003), as agressões foram praticadas por namorados das vítimas em 7,5% dos casos atendidos nestes serviços. Apesar de este ainda ser um tema de menor destaque na comunidade científica, a violência conjugal na fase do namoro não é uma problemática rara, podendo servir como um indicativo de como as gerações mais novas vivenciam a conjugalidade.

Um estudo realizado com estudantes universitários portugueses em 2002 (Machado, Matos & Moreira, 2003, citado por Matos, Machado, Caridade & Silva, 2006) concluiu que uma percentagem significativa de estudantes adoptava condutas violentas no contexto das suas relações íntimas: 15,5% referiu ter sido vítima de pelo menos um acto abusivo durante o último ano e 21,7% admitiram já ter adoptado este tipo de condutas em relação aos seus parceiros, sendo principalmente “formas menores” de violência: insultar, difamar ou fazer afirmações graves para humilhar ou ferir, gritar ou ameaçar com intenção de meter medo, partir ou danificar objectos intencionalmente e dar bofetadas. A taxa de violência severa foi bastante reduzida, embora esses tipos de actos também estivessem presentes (e.g., apertar o pescoço, actos sexuais contra vontade, murros, pontapés ou cabeçadas, bater com a cabeça na parede ou contra o chão, ameaças com armas). Quanto às diferenças de género, os resultados não indicaram distinções significativas, embora no que diz respeito a pequenos actos de violência as mulheres admitissem uma maior taxa de agressão. As estudantes admitiram, em particular, praticar mais comportamentos específicos tais como “dar uma bofetada” e “insultar, difamar ou fazer afirmações graves para humilhar ou ferir” do que os seus

parceiros de sexo masculino. Questionamos, contudo, se isto de facto representa uma maior prática de actos agressivos por parte das mulheres ou deve-se ao efeito do auto-relato discutido por Sousela (2006), que considera que os homens tendem a relatar menos os actos de violência que praticam devido à censurabilidade social a que estas práticas estão sujeitas.

As autoras (Matos, Machado, Caridade & Silva, op cit) também desenvolveram um estudo para avaliar a efectividade de acções de prevenção junto a jovens em contexto escolar (ensino secundário) a partir da aplicação de um instrumento sobre o grau de concordância dos estudantes relativamente a algumas crenças associadas aos maus-tratos em um pré-teste e um pós-teste com dois grupos de estudantes de escolas distintas (Ensaio 1, realizado na cidade de Ponta Delgada, Açores; e Ensaio 2, realizado em Vila Verde, Distrito de Braga). Em geral, em ambos os ensaios, os sujeitos apresentaram um baixo nível de concordância com as crenças legitimadoras da violência, com uma tendência de resposta no sentido do “discordo” a cada um dos itens que compõem o questionário. Porém, no Ensaio 1, quando comparadas as diferenças de género nos vários momentos de avaliação, os elementos do sexo masculino eram mais legitimadores dos actos de violência na intimidade. Similarmente, no Ensaio 2, verificou-se que os sujeitos do sexo masculino eram mais legitimadores da violência do que os do sexo feminino, obtendo-se resultados altamente significativos para estas diferenças de género quer no pré-teste, quer no pós-teste. Constatou-se, igualmente, uma diminuição das médias dos *scores* totais em ambos os sexos, do pré-teste para o pós-teste, comprovando a eficácia da acção de sensibilização.

Em outro estudo realizado com jovens adultos universitários portugueses (Paiva & Figueiredo, 2006) os resultados demonstraram que o abuso no contexto do relacionamento íntimo é frequente, sendo a agressão psicológica o tipo mais reportado, no respeitante quer à perpetração quer à vitimização (53,8% e 50,8%, respectivamente). Entre os restantes tipos de abuso, por ordem decrescente de prevalência, encontrou-se a coerção sexual (18.9% e 25.6%) e o abuso físico (16.7% e 15.4% para o abuso físico sem sequelas; 3.8% e 3.8% para o abuso físico com sequelas). Quanto às diferenças de género, as autoras afirmam que as mulheres tenderam a ser mais vítimas e perpetradores de agressão psicológica e os homens mais vítimas e perpetradores das restantes formas de abuso. Das diferenças com significado estatístico, os homens perpetram mais coerção sexual sobre as suas companheiras e são também mais vítimas de abuso físico com

sequelas do que as mulheres, o que contradiz a maioria dos estudos nos quais as mulheres, regra geral, são as principais vítimas deste tipo de abuso. Mais uma vez, fica a dúvida a respeito dos atravessamentos decorrentes do factor do auto-relato, o qual pode ter influenciado as respostas de homens e mulheres.

Por fim, em uma investigação realizada por Ana Sofia Neves (2005) com mulheres estudantes e mulheres vítimas de maus-tratos, foi identificada uma mudança geracional que se traduz na consciencialização das gerações mais novas face aos seus direitos relacionais. A investigação constatou que existe uma parte considerável de mulheres que manifesta uma postura em prol da igualdade e da construção da intimidade em suas relações, especialmente nas mais jovens, que vivenciam relações de intimidade mais igualitárias, com menos desequilíbrio de poder e situações de violência. Entretanto, existem evidências de que a violência psicológica, física e sexual existe especialmente nas mulheres com idades entre os 36 e 45 anos. Desta forma, o factor idade foi um elemento central em toda a investigação. A faixa etária dos 36-45 anos constituiu um factor de risco para a violência e a desigualdade, quer para as mulheres estudantes, quer para as vítimas de violência na intimidade. No caso das mulheres vítimas, o facto de serem mais jovens ou de terem relações menos prolongadas no tempo não as impediu de serem alvo de acções criminosas por parte de seus companheiros, embora as mulheres entre os 36-45 anos pareçam estar mais expostas à violência, embora sejam também as que se auto-silenciam menos, o que parece sugerir que o facto de serem mais alvo de violência não significa que inibam mais suas necessidades. Esta evidência parece traduzir uma relação pouco significativa entre a violência e o auto-silenciamento, pelo menos nos casos em que a violência já está instalada. De acordo com as cifras policiais e dados de instituições de apoio, esta faixa etária também corresponde às mulheres que mais expõem suas situações de violência, o que pode indicar que estão mais centradas nas suas necessidades pessoais do que nas de seus parceiros e, portanto, se auto-silenciam menos.

A partir dos dados destes estudos realizados com amostras nacionais, podemos pensar que os(as) entrevistados(as) encontram mais situações de violência doméstica contra mulheres de idades mais avançadas tanto devido ao facto de esta geração estar mais vulnerável à violência quanto pela probabilidade de ser a altura em que as mulheres mais se dispõem a expor suas vivências. Por outro lado, justamente devido a uma maior consciencialização a respeito da igualdade de direitos entre os sexos, as

mulheres mais jovens podem ter mais vergonha assumir a vitimação, levando-as a sofrer caladas ou romper o relacionamento sem apresentar a violência como uma justificativa explícita.

Não podemos deixar de assinalar também que, embora seja verdadeiro o facto de as mulheres estarem mais inseridas no mercado de trabalho, facilitando a saída do relacionamento abusivo, as desigualdades ainda vigentes (como a menor remuneração ou a maior flexibilidade do vínculo laboral), assim como os valores associados ao mito do amor romântico (o qual prevê a indissolubilidade do laço amoroso) ainda podem representar obstáculos para o término do relacionamento conjugal com um companheiro agressor (tal como veremos adiante nos depoimentos dos/as próprios/as entrevistados/as).

O argumento de que as mulheres estão mais independentes dos maridos, recebendo melhores ordenados e melhores qualificações, embora seja verdadeiro, não significa que estas agora tenham adquirido uma posição de superioridade frente aos homens. No mundo do trabalho, como já referido, persistem as desigualdades em termos salariais, na relação emprego-desemprego, na qualidade do vínculo laboral, na progressão na carreira e muitos outros aspectos. Neste sentido, os(as) entrevistados adoptam o discurso do *backlash* - isto é, do contra-feminismo - o qual assume que as principais desigualdades entre os sexos já foram superadas e que, portanto, as reivindicações feministas deixam de ter sentido (Macedo, 2006, Nogueira, 1997). Contudo, vão ainda mais além, chegando a admitir que houve uma inversão de valores, onde as mulheres, de grupo submisso, passaram a dominar e subjugar os homens. Mas, as estatísticas relativas ao mundo do trabalho e também os dados oriundos das instituições que atendem pessoas vítimas de violência doméstica não confirmam esta suposta “inversão”:

- Em Portugal, dados da Associação de Apoio à Vítima (APAV, 2006) referentes aos atendimentos realizados nos seus Gabinetes de Apoio mostram que, em 2006, foram registados 7.935 processos de apoio, sendo que 85% das situações de agressão ocorreram no contexto de violência doméstica. Dentre todos os processos de atendimentos iniciados em 2006, as vítimas eram, maioritariamente, do sexo feminino (88%), enquanto os autores dos crimes, em sua maioria, do sexo masculino (88%), o que comprova a menor incidência de agressões praticadas pelas mulheres;

- De acordo com a Guarda Nacional Republicana<sup>102</sup>, entre os anos 2000 e 2005, foram registadas 36.622 ocorrências de violência doméstica entre cônjuges/casais em situações análogas. Destes, 98,49% foram cometidos por homens e 10,36% por mulheres. Em 96,01%, as vítimas são do sexo feminino, enquanto em 14,48% do sexo masculino. O grau de parentesco entre vítima e agressor é maioritariamente cônjuge ou companheiro (88,17%) e outros 3,38% é ex-companheiro;

- De acordo com a Direcção Nacional da PSP (2007), foram registadas 11.638 ocorrências de violência doméstica em 2006, correspondendo a um incremento de 18,5% com relação ao ano anterior. Quanto à relação entre vítima e agressor, em 2006, em cerca de 70% dos casos existia uma relação de conjugalidade, sendo 81% das vítimas mulheres e 89% dos autores homens.

Por outro lado, no estudo sociológico sobre os custos sociais e económicos da violência contra mulheres (Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa, 2003), apesar de ter sido identificada que a violência pode ocorrer em todos os estratos sociais, foi constatado que está particularmente associada a contextos sociais polarizados e diferenciados: em um dos pólos, a probabilidade aumenta quando as mulheres têm níveis de instrução mais baixos, actividades profissionais pouco qualificadas, são desempregadas ou reformadas, têm rendimento baixo e dependem economicamente do marido; no outro pólo, a violência ocorre entre as mulheres que possuem rendimentos elevados e níveis de médios ou altos de instrução. De acordo com Marlene Matos (2000), nestes contextos, o masculino poderá usar a força física para tentar compensar a sua incapacidade de ser o “ganha-pão” da família, procurando restabelecer a sua autoridade através da violência. Portanto, diferentemente do apontado por nossos(as) entrevistados(as), as mulheres não estão mais protegidas pelo simples facto de possuírem melhores rendimentos, empregos ou nível educacional; é preciso considerar o contexto do relacionamento conjugal e suas especificidades. Todavia, não podemos deixar de admitir que estes aspectos podem representar facilitadores no caso de desejarem deixar a relação abusiva e construir um novo projecto de vida.

Quanto à prática de violência nas gerações mais novas, não é possível estabelecer se, de facto, as mulheres são mais agressivas dos que os homens ou se trata-se simplesmente de uma menor aceitação da submissão, do poder e da violência masculina, frente aos quais as raparigas reagem também violentamente. Os estudos

---

<sup>102</sup> Informações disponíveis em [www.gnr.pt](http://www.gnr.pt), acesso em 20 de maio de 2008.



realizados no contexto nacional (Matos et al, 2006, Neves, 2005, Paiva & Figueiredo, 2006) não são conclusivos a este respeito, sugerindo que a violência na fase de namoro é um problema prevalente em ambos os sexos. Por outro lado, reconhecemos que a vitimação masculina (seja nas gerações mais novas ou nas mais velhas) é uma tema ainda pouco explorado, podendo estar ainda mais encoberto pela vergonha do que a vitimação feminina devido aos estereótipos sociais quanto à masculinidade, tal como referido por nossos(as) entrevistados(as).

*P: A senhora comentou que existe também com relação aos homens, não é?*

*E: Sim...*

*P: Ah... já atendeu especificamente algum caso de um homem que conte, ou que a senhora perceba...*

*E: Já, já... ah... veladamente... ah... outras... explicitamente. Não são muitos os casos, nem são muitos os homens que dizem. Mas assim, especificamente, a falar mesmo, mesmo, pelo menos um dos casos foi mesmo que ah... realmente o indivíduo tinha mesmo que... ah, se afastar... (ENTREVISTA 1 – FEMININO).*

*P. Sim. O senhor falou “pessoa”, a pessoa não é. Percebe que há mais... vítimas do sexo feminino... do sexo masculino...?*

*E: Habitualmente... são mais... do sexo feminino que... que apresentam pelo menos este tipo de... este tipo de... de situação na consulta. Não quer dizer que não tenha acontecido com pessoas do sexo masculino... mas que muitas vezes elas próprias têm alguma... alguma vergonha, entre aspas, de... de... apresentar estes... estes... esta situação.*

*P: Então já... já teve algum caso especificamente de algum homem que relatou...*

*E: Já... já tive algum caso de um homem que eu soube que aconteceu isso e que posteriormente... após... numa consulta, ah... aparecerem alguns dados objectivos do que é que aconteceu, como é que foi, ele próprio ter referido que... que foi por agressão, ou por violência, digamos assim, da mulher... da mulher ou da pessoa que com quem convive. (ENTREVISTA 2 – MASCULINO)*

Em um estudo epidemiológico realizado em Portugal por Luísa Sousela (2006) a respeito da violência física conjugal praticada por homens e mulheres, foram encontrados resultados que confirmam esta tendência masculina em negar ser vítima de violência: enquanto os níveis de perpetração de violência física admitidos foram

idênticos ambos os sexos, os níveis de vitimação relatada foram significativamente mais acentuados para as mulheres. Todavia, esta contradição pode revelar um efeito do auto-relato, onde outros estudos indicam que os homens tendem a sub-reportar os comportamentos de violência praticados, assim como minimizar a severidade das agressões causadas, o que pode se relacionar ao facto de tratar-se de um comportamento socialmente inadequado. O efeito do auto-relato neste estudo também parece ter interferido nas respostas quanto às consequências da violência física exercida por ambos os sexos: quando se tratava de admitir que provocou este tipo de ferimento no(a) parceiro(a), não existia qualquer diferença entre os sexos, o que poderia sugerir que ambos provocam ferimentos de forma equilibrada. Por outro lado, os índices de vitimização relatada mostraram diferenças significativas, sendo as mulheres as que mais assumiram sofrer sequelas físicas decorrentes da violência. Do mesmo modo, Cidália Duarte (1998), em uma investigação sobre violência conjugal junto a uma amostra de 310 casais portugueses, identificou que os homens se assumem como mais violentos do que as mulheres, não havendo diferenças na variável idade.

Em um estudo sobre traumatismos dentários (Marques, 1998), a análise dos relatórios periciais do Instituto de Medicina Clínica-Legal de Lisboa, embora em número reduzido (8,3%), encontrou situações relacionadas à violência conjugal em que as mulheres foram as principais vítimas e os homens os principais autores. Nos 11 casos de agressão inter-conjugal registados, 10 tiveram como vítimas mulheres e, em apenas um, a vítima era do sexo masculino. Quanto à violência inter-familiar (pessoas com grau variável de parentesco), foram registados 14 casos, o que corresponde a 10,5% do total de agressões físicas estudadas, sendo 11 vítimas do sexo feminino e 3 do sexo masculino. O sexo do agressor é maioritariamente masculino (14 casos), havendo apenas duas mulheres agressoras nesta situação (sendo acompanhadas por elementos do sexo masculino, sobre uma vítima mulher). As motivações para este tipo de violência são variadas, mas frequentemente associadas à violência conjugal.

#### As diferentes formas de violência e género

Outro consenso nas respostas de nossos(as) entrevistados(as) relacionado aos estereótipos de género foi de que as formas de violência praticadas por homens e

mulheres são distintas, onde eles actuam através da força e elas, devido à menor capacidade física, pela violência verbal e/ou psicológica.

*P: E... nós não chegamos a falar, e não sei se isso aparece aqui... violência contra homens?*

*E: [riso] Pronto, também é difícil, não é? Ah... não é tanto, aqui ainda não se nota. Pode haver, não é? As mulheres também são mais sofisticadas nessas coisas, não é? Mas, também as mulheres são... às vezes são violentas em termos verbais e... e negligentes também. Também isso há.[...] Ah... pronto, eu penso que é mais do homem para a mulher. Mas... é natural, que um ou outro caso, quer dizer... também haja violência da parte delas, não é? (ENTREVISTA 5 - FEMININO)*

*P: Não sei se percebe que exista ou que com intensidade o inverso, a violência das mulheres contra os homens?*

*E: Existe mas aí acho que é mais verbal né... Porque, obviamente, que é mais verbal, porque a complexão física são diferentes. E muitas vezes há homens assim oprimidos verbalmente pelas mulheres, há, mas acho que não é assim uma grande maioria não, acho que é uma minoria muito minoria mesmo. (ENTREVISTA 11 - MASCULINO).*

Todavia, percebemos que não há clareza do que seja violência psicológica. De acordo com os(as) entrevistados(as), pode incluir actos como o controle sobre a vida do marido/companheiro, agressões verbais, descaso, ter amantes e, até mesmo, recusa em fazer sexo como uma forma de retaliação por algum desentendimento. Apesar de estes actos poderem integrar as estratégias utilizadas na violência psicológica, de acordo com a definição apresentada no protocolo comum para a actuação sanitária ante a violência de género do Governo Espanhol (*Sistema Nacional de Salud*, 2006, p. 11, tradução livre, destaques nossos), esta se define por

uma conduta intencional e prolongada no tempo que atenta contra a integridade psíquica e emocional da mulher e contra a sua dignidade como pessoa. Tem como objectivo impor padrões de comportamento que o homem considera que a sua esposa deve ter. Suas manifestações são ameaças, insultos, humilhações e actos vexatórios, exigência de obediência, isolamento social, culpabilização, privação de liberdade, controle económico, chantagem emocional, rechaço ou abandono, *devendo levar em conta a reiteração dos actos violentos e a situação*

*de domínio do agressor, que utiliza a violência para a submissão e o controle da vítima.*

Nos casos relatados pelos(as) entrevistados(as), encontramos apenas duas situações de violência praticadas contra pessoas de ambos os sexos que, de facto, podem ser consideradas como violência psicológica, com submissão por parte da vítima e controle sobre seus comportamentos e, até mesmo, obstáculos para o acesso a cuidados de saúde.

*E: Ah... depois tenho uma outra senhora, que já tem alguma idade, é um casal já... sessenta e... e muitos, que o marido nunca... e ela nunca vem sozinha, e ela tenta comunicar connosco, ah... por sinais... mas não consegue! E às vezes... às vezes... as consultas... eu tento entrar em contacto com ela, mas ela não consegue, não consegue mesmo.*

*P. Hum hum... e esta, a doutora acha também que tem alguma... alguma situação de agressão, ou alguma coisa...?*

*E: Não... não declaradamente, mas desconfio. Não de agressão física, mas de manipulação, de... ali uma atitude de dominar... gerir tudo... mesmo em relação... aos problemas de saúde, ah... constantemente a dizer “ela tem a mania, ela só sabe queixar, isto não é nada...”. Ela vem aqui à consulta para se queixar de alguma coisa, e... e não consegue estar à vontade na consulta, realmente.*  
**(ENTREVISTA 12 – FEMININO)**

*E ele sempre com uma atitude muito submissa, muito... mas é, tive esta situação [rindo]... muito complicada, porque eu tentei proteger o senhor, que eu... sabe o que é fazer isto [ergue a mão simulando uma bofetada] e ele alinhava-se todo e não respondia, nem sequer punha as mãos para se defender! Eu fiquei... mesmo sem saber o que fazer...! “Ora, a senhora vai... pelo menos respeito e vai parar já com isso!” E... “olha, apanha a doutora”. E eu fiquei... “eu não acredito...” [rindo]. Ele tem que se defender... não é? Eu acho que é o óbvio, qualquer pessoa... “então, pelo menos defenda-se!”... não, não, “a senhora não (entende) ela anda muito nervosa, anda muito nervosa”. Isso não é desculpa! Muito nervosa... é... é agressiva! E ele “ah, eu dou um desconto, ela está assim”... mas então já dizendo que era habitual! [riso] Confirmando... e depois, uma coisa: ele nunca vem sozinho à consulta, ela vem, ele nunca! **(ENTREVISTA 12 – FEMININO).***

Por outro lado, nos depoimentos abaixo, a submissão e o controle não estão presentes, caracterizando-se mais como uma forma de relacionamento agressivo em que frustração e raiva acumuladas ocasionalmente surgem na forma de agressão, muitas vezes é chamada por “violência comum entre casais”. Esta é bastante distinta de uma

forma severa e progressiva de violência psicológica, que se caracteriza por diversas formas de abuso, aterrorização, ameaças e um comportamento progressivamente controlador e possessivo do parceiro, com intimidação, depreciação constante e humilhação, isolamento da pessoa de sua família, monitoramento de seus movimentos e restrição de acesso a informações ou cuidados (Heise & Garcia-Moreno, 2002).

*Quando eu digo violência, é mais violência física. Mas violência verbal também é um, um tipo de violência! Não é? Pelo menos eu acho que sim. A mulher insulta o homem de tudo, pois... é muito frequente. (ENTREVISTA 3 – MASCULINO).*

*É engraçado, nas classes, nas classes mais favorecidas dá a ideia que é mais... ah... parece que ignoram um ao outro, não? Aquela violência... pronto, às vezes têm... relações extra-conjugais, já... fazem aquela distância da mulher, ela percebe e tal. [...] Mas, neste casal, nitidamente, há um... provavelmente... violência neste sentido, não é? Um afastamento realmente do casal. O que também é violento, não é? (ENTREVISTA 5 – FEMININO)*

*E: Agora, fa-... ah... pronto, o homem, provavelmente, faz agressões mais físicas, a mulher faz mais psíquicas. Psicológicas. As mulheres fazem muitas agressões psicológicas. Podem estar uma semana, ou duas, ou três sem ter relações com ele... como uma forma de castigo. Fazem muito! Não sei se está a ver...? É mais fácil [...] Mas... mas estou convencido... que se estivéssemos atentos... iríamos ver a quantidade de agressões psicológicas e de retaliação, e poderá estar atenta, agora que está a fazer este estudo, que as mulheres... (executam) também nos homens, sobre os homens. Portanto... há várias formas de retaliação, não é? Ou não respondendo... ou pelo silêncio... ou por menores contactos sexuais ou... ou... de companhia, ou assim. É uma forma de penalizá-los! (ENTREVISTA 9 – MASCULINO).*

*Tinha um caso que não sei! De que lado que está... [relata uma situação em que a mulher queixou-se de ter apanhado do marido, mostrando as lesões a todas as pessoas que estavam na sala de espera do Centro de Saúde] Passados mais uns dias... aparece a mãe dele [riso] na consulta. Eu não... não lhe perguntei nada... consulta, e tal e tal e ela, no fim, ela diz-me “ah, doutora, ando tão nervosa...”. “Então por quê?”. “Ah, mas então não sabe aquilo...?” “Ah, então, mas afinal, o que que aconteceu?”. “É ela... o meu filho fez, ele assume que fez aquilo... perdeu a cabeça! Porque... ela é que arranjou outro!”. O certo é que a rapariga desapareceu da cena uma série de- de meses [rindo]. Não é... desapareceu, ah... ele é que vem com os miúdos à consulta... entretanto, ela já voltou, ah, a sogra também voltou e disse “ela está a viver em tal sítio com... fulaninho. E tal... e leva os miúdos para... para fora e não sei o quê mais...”. Pronto. Pronto, ah... a tal situação de conflito, o tal despudor, o tal*

*mostrar tudo... e afinal parece que era o contrário, não é, ele é que era um bocado vítima da violência...*  
(ENTREVISTA 6 – FEMININO).

O reconhecimento da infidelidade feminina como algo que pode ser vivido pelos homens uma forma de violência psicológica foi também identificado por Elza Pais (1998) em um estudo sobre homicídio conjugal em Portugal, onde a autora afirma:

ao que parece, enquanto a violência sobre a mulher se inscreve no âmbito das tradições socialmente legitimadas, a violência sobre o homem contraria os códigos sociais de conduta da masculinidade [podendo] levar os homens [...] a reconhecerem de forma inibida a rejeição, impedindo-os de a perceberem como violência, [o que] levá-los-ia ao reconhecimento da fragilidade e eventuais situações de dependência e subalternidade afectiva, o que contraria as identidades de masculinidade instituídas (Pais, op cit, p. 167).

Deste modo, alguns homens, quando deixados pela companheira ou traídos, devido aos sentimentos de abandono ou de posse sobre a mulher, reagem de modo violento, como ocorreu neste último caso relatado. Em muitos casos, o homicídio da esposa surge como uma forma extrema de violência conjugal, o que Pais (op cit) identificou como “homicídio-paixão”, um crime tipicamente masculino, sendo a vítima a esposa que desinvestiu da relação e a quer abandonar ou já a abandonou efectivamente, constituindo os autores deste tipo de crime o “protótipo do homem abandonado”.

Investigando mais detalhadamente os casos relatados de violência praticados por mulheres, percebe-se que trata-se de situações reactivas, em que a mulher reage às agressões praticadas pelo marido também com agressão. Provavelmente, estamos perante um fenómeno já identificado no estudo realizado por Sousela (2006), onde a maioria da violência exercida pelas mulheres foi considerada leve (94%), expressando um tipo de violência mais expressiva, de natureza reactiva e que não controla a dinâmica da relação conjugal, o que é confirmado pelo facto de a maioria das mulheres ofensoras físicas (78,8%) relatarem ser também alvo de violência física. O número de “ofensoras puras”, isto é, mulheres que admitem praticar violência contra seu parceiro sem admitir sofrer também violência foi muito reduzido (0,92%), sendo ainda menor o número de ofensoras físicas severas (0,4%). Estes dados mostram que existem mulheres que agredem na ausência de agressão prévia e que tentam controlar o parceiro com

recurso à violência severa, embora este número seja muito inferior ao dos homens em igual situação.

Conforme Heise e Garcia-Moreno (2002), apesar de diversas pesquisas mostrarem que as mulheres estabelecem relacionamentos violentos com seus parceiros, há poucas indicações de mulheres que submetem os homens ao mesmo tipo de violência crescente e severa que se encontra nas amostras clínicas de mulheres agredidas. Pelo contrário, as pesquisas sugerem que as consequências da violência conjugal diferem para homens e mulheres, assim como as motivações para praticá-la. De modo geral, quando a violência é praticada por uma mulher, surge como uma tentativa de auto-defesa.

*Eu tenho mesmo um caso destes, de um senhor que de facto maltratava a mulher, ah... mas teve o azar de cair numa... uma árvore abaixo, teve um traumatismo de crânio, ficou... ah... muito incapacitado, e agora rasteja perante a mulher. Agora dá-me a impressão que é a mulher que... que lhe bate. [riso]. É, penso... penso que agora, penso que agora ela se aproveita e... e lhe bate. (ENTREVISTA 3 – MASCULINO)*

*Homens que se queixassem da mulher... quer dizer... ainda ontem, por exemplo, tive o telefone dum... que a mulher não... não... saiu de casa, fugiu, mas é porque ele era mal- ele era maltratante, mas nitidamente, não é? E ele acha que agora é... se calhar diz que ela é que é violenta porque o abandonou, não é?! Dalguma maneira... mas ele é que desencadeou. (ENTREVISTA 5 - FEMININO).*

*Aquilo foi uma situação muito engra- muito engraçada. Ele de vez em quando... pronto, (assim picava), mas foi uma situação que eu conheci que nem era minha doente, ah... achei piada... recordo-me porque achei piada. Ah... ah... portanto ele de vez em quando dava-lhe assim... pronto, uma chapada e tal, e até... e ela, e ela depois fazia... ela depois contava... às colegas, e as colegas “tu és maluca, porque quando ele lhe chega não lhe chegas também e não sei o que...” Pois desde o dia em que ela começou a fazer isso, ele nunca mais bateu [rindo]. Aquilo resolveu-se por ali, não é? [rindo] A partir do momento em que ela... em que ela... se mostrou mais forte, e agrediu mesmo! Nunca mais, foi remédio santo, que resolveu mesmo o problema [rindo]. (ENTREVISTA 8 – FEMININO).*

*Há casos, há casos em que a violência é mútua, não é? O homem para a mulher e a mulher para o homem. A mulher normalmente é que... sofre mais. O homem, quando sofre, normalmente morre, leva um tiro, ou leva uma facada, uma machadada, acontece... o normal é esse. [...] Mas... são vítimas, esses, alguns morrem muitas vezes. Quer dizer... isso é... é violência doméstica, não é? Um homem que*

*morre com um tiro de espingarda na cabeça à noite... mas é o que acontece normalmente. É lógico que se fartou de bater na mulher, essa é uma certeza, é quase sempre assim [rindo].* (ENTREVISTA 7 – MASCULINO)

Neste último relato, estamos diante de uma situação que também já foi identificada por Elza Pais (1998) em seu estudo sobre o homicídio conjugal em Portugal, onde o tipo “homicídio maus-tratos” foi praticado exclusivamente por mulheres sobre o marido/companheiro após terem sido vítimas prolongadas de maus-tratos por ele praticados, constituindo as autoras o “protótipo da mulher maltratada”. De modo geral, agiram em momentos de cólera, sem ajuda de ninguém, e com objectos contundentes que tinham à mão ou com armas de fogo do próprio marido/companheiro.

Consoante ao que vem sendo defendido em diversos estudos (Alvim, 2006, APAV, 2003, 2006, 2007, Heise & Garcia-Moreno, 2002, Schraiber, D’Oliveira & Couto, 2006, WHO 2006a,b), os relatos de maior gravidade apresentados pelos(as) entrevistados(as) foram todos praticados contra mulheres, tal como podemos visualizar nos diversos casos relatados.

*Ah tenho casos, um caso de uma mulher que... foi tão, tantas vezes agredida, que uma das vezes ah... ficou com... traumatismo, traumatismo no ouvido... se foi consequência ou não do traumatismo, a verdade é que depois fez um abscesso com meningite e tudo, esteve bastante mal [...] tenho out- um caso, de uma mulher muito batida, que uma vez nos apareceu aqui toda, toda, toda marcada, ah... em que, que nós mandamos fazer queixa ao hospital, porque estava realmente com sangue, desde os olhos, as coxas, toda [...] E outro caso... um dos dias ela descreveu-me que foi embrulhada num... edredon, visto que este senhor tinha uma posição elevada e portanto não queria deixar marcas na esposa. E que lhe bateu ah... muito, com um objecto pesado, e que a prendeu e que ela ficou... e que lhe pôs um balde para as necessidades, e que... não sei se lhe deixou água ou não, e ficou presa dentro do quarto [...]. Mas isto já é assim um exemplo já extremo, porque normalmente não me contam estes casos assim tão graves, não é, tão graves. Ou outra que eu vi toda... digamos, ensanguentada, ou então... ou então este caso em que foi enrolada, para não se notar, não tinha marcas nenhuma... [...] E este senhor violentava a esposa, partiu-lhe uma coluna e um braço [...] e ele vinha sempre com a mulher, portanto eu não sabia do que se passava, e uma altura... ela conseguiu fugir, mas ao fim de uns anos, ela conseguiu fugir e trouxe uma radiografia de quando foi ao hospital, com uma fractura.* (ENTREVISTA 1 – FEMININO).



*Mas... a nível conjugal sim, já tive alguns casos dramáticos. Teve uma mulher que... que até enlouqueceu. Porque o marido dormia com uma pistola em baixo da almofada. [...] Às vezes acontece, mas, sei lá, um ou dois casos. Eu lembro, estou a lembra de uma que... ela até nem é minha doente, o marido é que é, e que ela... [o marido] pegou fogo à casa, maltratou os filhos, e aí ela disse*  
**(ENTREVISTA 5 - FEMININO)**

*Eu lembro quando era estudante que tinha uma colega que... com o namorado, e ela tinha formação, e ele também... era uma coisa que nem pode imaginar! Namorados, nem sei se casaram ou se não casaram... que eram... violentos, violentos um com o outro, e depois acabavam os dois em (abraços) na Urgência. Era uma coisa horrível.* **(ENTREVISTA 8 – FEMININO)**

*Mas, depois, recordo-me de uma... de uma senhora que há... há cerca de... um ou dois anos, me apareceu ah... lá em [nome extensão saúde], ah... falando, ah, que tinha tido problemas com o marido... ela trabalhava para [nome da empresa], nas limpezas ou isso...e... mas só me contactou, para depois - depois disso até tive que dar uma informação ao tribunal [...] veio só dizer...porque ela veio no... ela... o interesse dela era só... ela encontrava-se, tinha vindo aqui ao serviço de urgência, tinha tido, creio, que baixa médica, portanto incapacidade temporária, e .... em função- creio que em função da agressão [em volume menor]. É, foi, em função da agressão. E ela... como queria continuar, depois contou-me que tinha vindo aqui.... foi, foi isso, exactamente. Ela, ela, ela... tinha sido dada uma, uma incapacidade temporária inicial aqui, e depois eu tive de continuar o caso* **(ENTREVISTA 11 – MASCULINO)**

*Só que... só para ter uma exemplo de que tipo de violência esta mulher está sujeita, ela... recebe subsídio de desemprego, ou rendimento mínimo, agora não sei se ela está na situação do desemprego ou rendimento mínimo, vai fazer as compras, ela... pronto, para a casa, comida. Ele... porque lhe apetece [2 s.] deita tudo fora! Para eles não terem o que comer. Ou então... para ela não poder conservar os alimentos, contou-nos aqui, cortou... o fio do frigorífico e ela ficou sem... sem frigorífico! E tem que andar a comprar os alimentos no dia-a-dia. São situações do género*  
**(ENTREVISTA 12 – FEMININO)**

Os estereótipos de género no discurso acerca da violência também se manifestam na forte associação entre violência e força física. Isso fez com que grande parte dos(as) entrevistados(as), ao serem inquiridos(as) sobre a existência de casos de violência entre suas utentes, referissem primeiramente este tipo de violência. Porém, como os(as) próprios(as) médicos(as) admitem, esta é mais fácil de ser escondida, seja porque as mulheres não comparecem às consultas quando estão com marcas evidentes

ou porque buscam atendimento nas urgências hospitalares, sobre as quais os(as) médicos(as) de família não têm qualquer informação. Conseqüentemente, há uma invisibilidade para as diferentes formas de violência psicológica que, embora não deixem marcas visíveis, de acordo com o resultado de investigações (Heise & Garcia-Moreno, 2002, Matos, 2000, Organização Mundial de Saúde, 1998), muitas vezes são consideradas pelas vítimas como as de mais difícil recuperação.

*Não há casos de violência doméstica. Declarada. E física. Só verbal. Declarada e física, neste momento não há, que eu tenha conhecimento, que... que as mulheres se venham queixar, não é?*  
**(ENTREVISTA 3 – MASCULINO)**

*Não tenho assim, agressão. Em termos disso, de... agressão, agressão física, não é? Outro problemas, evidentemente que os há! De disfuncionalidade do casal, e essas coisas, isso existe! Isso... isso é o pão-nosso de cada dia!* **(ENTREVISTA 4 – MASCULINO)**

*Aqui é mais complicado, porque nós... vemos as... as pessoas, esporadicamente, não é? Pode... às vezes, marcas, lesões... corporais... não são vistas! Só se for na altura, não é? Só se denunciarem na altura... é que são, é que são constatadas por nós. Se não passam despercebidas.*  
**(ENTREVISTA 6 – FEMININO)**

*P: ... que o doutor disse que conhece, de homens, no caso, que não são seus utentes, mas que conhece por alguma razão, ah... consegue... consegue estabelecer causas para isso também?*

*E: Não, as causas são as mesmas. Provavelmente a mulher é mais forte do que ele, são mulheres mais fortes fisicamente, provavelmente.*

*P: Tem a ver com a questão... da força física, então?*

*E: Sim, sim, sim, sim. Basicamente isso. Um bocado com o génio, mas também com a força. Normalmente a mulher sai mais magoada, não é [...] A mulher normalmente é que... sofre mais. O homem quando sofre normalmente morre, leva um tiro, ou leva uma facada, uma machadada, acontece...o normal é esse. A mulher não, a mulher leva uma... umas chapadas, uns murros, uns pontapés. Pronto. Quando conseguem, pegam alguma coisa... isso no fundo é um... uma demonstração que não têm força física, pega numa pistola, ou numa espingarda e... ou numa faca, e... acaba com o marido.* **(ENTREVISTA 7 – MASCULINO).**

*Assim, violência expressa, não tenho muita, Pronto, se calhar também há muita coisa escondida que nós não sabemos, não é? Assim, violência expressa, não... não tenho. [...] Pronto, psicológica, se calhar, sim, agora física... também as físicas são mais fáceis de esconder, não é? Uma queda... um edema aqui, uma dor no acolá, não é? É... é mais difícil (esconder) o diagnóstico, às vezes, não é? [...] Eu acredito que há muitas, mas... que eu tenha... acredito que há muitas [afirmativamente], mas não tenho... assim um conhecimento físico mesmo. (ENTREVISTA 8 – FEMININO)*

*Mas são situações... de doentes meus, não tenho ninguém que chegue cá marcado por agressão [enfaticamente]. [...] Que eu suspeite, pessoas com equimoses e etc., raramente... tenho, neste momento, que... pronto, estando atento, que tenha presente, não tenho, praticamente nada. [...] Não, eu... acho que se houver agora, os casos antigos já não se põem muito, pois olha, os homens com mais idade estão mais dependentes das mulheres do que elas deles. Então eu não acredito que alguns deles as tratem mal porque eles têm menos capacidade física. São mais dependentes. Se reparar bem, as mulheres estão muito melhor fisicamente. (ENTREVISTA 9 – MASCULINO)*

*Nunca apareceu-me situações em que alguém apareceu-me com hematomas, com o olho... os óculos a tapar... nunca não... gritantes [afirmativamente], situações gritantes, eu não vi. Agora, que elas possam ser mais comuns do que aquilo... realmente, do que aquelas que me apareceram, eu acredito que sim! Pelo que leio, pelo que vejo no... no... nos órgãos de comunicação social [em Espanha], se é daqui... não sei se em Portugal será diferente. [...] Quer dizer, falando... ah... é... ah... como estou mais a pensar na parte física, em termos de agressão física, já... pode haver agressões de outro tipo, pode haver uma violência psicológica, não é? (ENTREVISTA 11 – MASCULINO)*

*Eu penso que esses casos normalmente... os que aparecem, os poucos que aparecem, a fraca percentagem, é mais no... no Serviço de Urgência, Hospitalar, e eu já não faço Urgência Hospitalar há muito tempo. [...] Ah... a maior parte dos casos, quando são situações de carácter urgente, vão ao Serviço de Urgência, e a nós não nos aparecem, não é? A não ser que... eventualmente tenham incapacidade para o trabalho... e precisam de uma baixa... uma baixa médica... poderão aparecer aqui... mas normalmente nunca referem isso como... como... acidente. Nunca... (ENTREVISTA 7 – MASCULINO).*

A maior procura pelas urgências hospitalares para situações de violência física foi confirmada no estudo de Lisboa, Carmo, Vicente e Nóvoa (2003), onde 21% das mulheres vítimas afirmou ter buscado atendimento hospitalar devido a alguma violência sofrida, ao passo que apenas 16% procurou os centros de saúde para esta mesma situação. O tipo de feridas mais frequentemente provocado pelas agressões (equimoses,

hematomas, etc.) indica que poderiam ser tratadas e acolhidas nos centros de saúde de forma mais personalizada e menos traumatizante do que na urgência hospitalar, o que, de modo geral, não acontece, provavelmente devido à vergonha e ao medo da exposição que envolvem tais situações de violência, onde o conhecimento dos(as) profissionais de saúde e o facto de este(a) atender também o marido agressor, ao invés de ser um facilitador para a revelação do abuso, muitas vezes contribui para que não seja directamente manifestado nas consultas no centro de saúde (Fugate et al, 2005, Hathaway, Willis & Zimmer, 2002).

#### A (des)ocultação do problema

A forma como os(as) profissionais relataram entrar em contacto com situações de violência de género é bastante reveladora do carácter privado e oculto do problema, pois dificilmente as mulheres vitimadas procuram seus(uas) médicos(as) de família com este motivo de consulta. De acordo com os resultados do estudo de Lisboa, Carmo, Vivente e Nóvoa (2003). 30% das mulheres inquiridas que procurou atendimento médico devido a actos de violência de que tenha sido vítima não revelou ao médico a agressão. Neste contexto, as concepções tradicionais acerca da família e do amor são de fundamental importância para a compreensão da dificuldade em revelar ser alvo de violência conjugal, pois promovem a ocultação do problema.

Tradicionalmente, a família tem sido vista como um espaço de segurança, amor, afecto, apoio e cuidado, sendo os actos de violência tidos como improváveis de ocorrer entre pessoas com ligações íntimas ou praticados apenas por desconhecidos. Deste modo, as violências praticadas no contexto da intimidade familiar, porque inscritas no relacionamento normal entre os sexos, permanecem silenciadas e socialmente legitimadas pelos valores designados aos papéis de homem e de mulher e, mais especificamente, de esposa e marido. Embora este quadro esteja a mudar desde meados da década de 1960, ainda persistem valores sociais que ressaltam a importância da manutenção da integridade familiar. Deste modo, muitas situações de violência familiar não são reveladas, seja por vergonha, medo ou por referência a um conceito de família que implica na aceitação da violência através da sua desvalorização e/ou culpabilização devido à responsabilidade de manutenção e continuidade da família (Lourenço, 1997, Matos, 2006, Monteiro, 2005, Renzetti et al, 2001).

Adicionalmente, a grande força do mito do amor romântico (indissolúvel, que leva à felicidade, forma de realização pessoal plena) que ainda hoje persiste, tem sido denunciado pelas feministas como possuindo um carácter debilitante e opressor para as mulheres, na medida em que as tem enclausurado em um falso ideal de felicidade e realização social. Assim, o amor romântico fundamenta ainda hoje a reprodução de relações de poder desiguais entre homens e mulheres, cujas repercussões se fazem sentir na organização da vida social. O romantismo permanece propagando-se no pensamento colectivo, servindo para legitimar a sustentação da intimidade a qualquer custo (seja em contexto de guerra ou de paz). Os discursos genderizados sobre a intimidade e o amor romântico têm fortes implicações nas relações entre os sexos pois, ao estarem imbuídos de concepções desiguais de poder e legitimadores de acções que visam a garantia da continuidade do sistema patriarcal, tornam-se um discurso de risco para as mulheres (Neves, 2005). Consequentemente, expor suas vivências de violência no contexto familiar não é uma decisão fácil, pois envolve o reconhecimento de uma falha na obtenção da felicidade através do casamento.

*Ora bem, a violência... doméstica e familiar... eu, por acaso, dentro da... da Medicina Familiar, trabalhei... alguns 15 anos [enfaticamente] ligada à Saúde Escolar. E... na... pronto, nessa actividade, nós tínhamos muito mais contacto com... com situações de violência, até do que na consulta. Porque embora nós sejamos Médicos de Família, eu acho que as pessoas escondem muito a... a situação, ah... da violência muitas vezes em que vivem. (ENTREVISTA 6 – FEMININO)*

*P: E então, nestes... 24 anos, então, já actuando como Médico de Família, tem tido contacto com situações de violência?*

*E: São muito raras. Pelo menos, as pessoas raramente aparecem... e queixam-se, são situações muito raras aqui. Podem existir, mas nós oficialmente não tomamos conhecimento. Se existem, é dentro de casa [...]. Não vêm para cá e não... não... não chegam cá e dizem “olha, o meu marido bateu-me ou a minha mulher fez-me isso e assim...” não dizem. Pelo menos... ou não existem... mas eu... acho que há sempre aquelas... problemas familiares, não é? (ENTREVISTA 9 – MASCULINO)*

Deste modo, as mulheres vítimas de maus-tratos recorrem constantemente ao centro de saúde com queixas difusas e pouco claras, mais associadas a aspectos psicossomáticos do que a problemas físicos evidentes, o que, de certo modo, expressa também o impacto que tais situações causam na saúde física e psicológica das mulheres,

o que já vem sendo reconhecido por diversas investigações (Eberhard-Gran, Schei & Eskild, 2007, Heise & Garcia-Moreno, 2002, Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa, 2003, Lisboa, Vicente & Barroso, 2005, Schollenberger et al, 2003, *Sistema Nacional de Salud*, 2006, WHO, 2005a), tal como já referido em outros momentos deste trabalho<sup>103</sup>.

*Elas marcam consultas, trazem problemas doutro género, e durante a consulta, ah... é que depois... percebo, que há mais alguma coisa para falar [...] Primeiro, sei que quando uma pessoa vem muitas vezes à consulta, que é um grande consumidor de consultas, há problemas em casa, ah... tem muita necessidade de falar aqui [...] E, portanto, é neste contexto que às vezes surge... quando eu vejo que uma pessoa vem muitas vezes, e traz muitas doenças, físicas, “agora dói-me isto, depois dói-me aquilo, depois a coluna...” Depois, nada do que se faz, ah... melhora a pessoa, eu digo “alto, que aqui há problemas!” E é aí que eu começo a actuar. (ENTREVISTA 1 – FEMININO)*

*Aparecem, vão aparecendo, embora algumas delas não... faladas especificamente... por... ah... pronto, não faladas directamente... referidas directamente como um motivo de consulta. Ah... só que... por exemplo, que aparecem com alguma frequência... queixas... um bocado subjectivas, provavelmente mais do foro... ah... psicossomático, que posteriormente, após a realização de alguns exames, não se confirma haver nenhuma patologia orgânica que justifique, quando se analisa um pouco mais hã... ah... os motivos da consulta... chega-se à conclusão que existem conflitos... familiares, conflitos... conjugais, que podem motivar este tipo de apresentação, embora a pessoa apareça com... dor de cabeça, ou outra coisa, ou até mani- ou cansaço, ou outra manifestação qualquer que... envolvem já... ah... tensões a nível da relação quer do casal [...] não é referido como... um factor de... de consulta, que motiva a consulta, é muito mais... sintomas físicos que trazem a pessoa à consulta, que depois de se tentar entender o que é se passa e de se chegar à conclusão, muitas vezes, de que não existem factores... a nível... físico, que justifiquem as queixas que as pessoas apresentam, e após tentar explorar um bocadinho melhor a história se chega à conclusão que... que existem, também, este tipo de... de... factores que podem motivar estas queixas. [...] Nas pessoas mais... adultas, chamamos-lhe assim, ah... também aparecem as lesões, físicas, mas... muitas vezes as queixas são apresentadas da maneira que eu já falei inicialmente. São queixas mais insidiosas que... ah... representam muitas vezes não violência física, mas violência muitas vezes... psicológica, ah... ah... e que se manifesta, por este tipo de... queixas, de sintomas que são apresentados. (ENTREVISTA 2 - MASCULINO)*

*A mulher não tem muita facilidade em... “ai e tal e vai... o marido só me dá pancada...”. Acho que, sei lá, a persistência da procura de consulta. Não é? Consulta um dia sim e um dia sim. As queixas mais... as somatizações mais somatizadas que se podem somatizar! Sei lá. Basicamente por aí. Para isso,*

---

<sup>103</sup> Para uma compilação de alguns efeitos da violência sobre a saúde das mulheres, ver o “Estudo da Negatividade”, integrante do “Estudo II – A invisibilidade da violência de género nas publicações nacionais”, p. 369 e ss.

*tem que ter uma razão para essas coisas [...] ah... têm essa dificuldade, chegar lá e “ai... eu levei uma coça do... do Manel ou não sei que”. Não. E até os próprios homens [...] E depois começam a somatizar. Somatizam. Disfarçam mais. (ENTREVISTA 4 – MASCULINO)*

*Bem, geralmente é camuflada, não é? Portanto os casos explícitos que as pessoas se queixam, e... são poucos. Geralmente é preciso estar ali a, a perguntar muitas coisas para que eles digam alguma coisa. E... mas, na maioria das vezes, não dizem. Principalmente quando são mulheres não é? (ENTREVISTA 11 – MASCULINO)*

*É assim, não contou espontaneamente, eu... passado algum tempo dela estar aqui na lista, eu... achei que não era normal! Não é?! Consultar tantas vezes, e com queixas... um dia com cancro, um... e estamos a falar de uma rapariga de 27 anos! Com três filhos! Foi mãe muito jovem, já é o segundo casamento... ah... um dia... vem porque tem medo de ter cancro da mama, outro dia vem porque tem medo de ter cancro gástrico, assim, sem queixas mais nenhuma! Ah... um outro dia vem porque acha que está demasiado magra, outro dia vem porque... acha que tem uma gastrite! Quer dizer... está aqui... duas vezes por semana! E a gente começa a ver, não é normal, não é? Uma rapariga de 27 anos, em que não há nada de físico que justifique aquelas queixas... chama a atenção, ao fim de pouco tempo, três, quatro semanas, isso não é normal! Não é? (ENTREVISTA 12 – FEMININO)*

Diante de situações como estas, em que há procura frequente pelo centro de saúde e cujas causas não são relacionadas à algum problema orgânico, o procedimento adoptado pela maioria dos(as) médicos(as) de família é investigar outros aspectos que podem estar provocando a sintomatologia, entre eles a qualidade da relação conjugal e familiar, a satisfação com o trabalho e outros problemas que possam estar afectando a qualidade de vida destes(as) “doentes poliqueixosos” ou “doentes chatos(as)”, tal como referido por um dos entrevistados. De facto, em um estudo realizado em centros de saúde de Portugal com indivíduos identificados como grandes consumidores de consultas e um grupo controle (Pereira, Barbosa, Souza, Santiago & Lima, 2002) foram encontradas diferenças entre os dois grupos com relação ao nível de funcionamento e de coesão familiar, onde o grupo de grandes consumidores obteve um pior funcionamento familiar e uma menor coesão. Por outro lado, este pior funcionamento familiar estava associado a atitudes menos negativas face aos médicos, sugerindo que este tipo de doentes deposita um elevado grau de confiança nos médicos e na medicina para a resolução de seus problemas, sendo a procura recorrente por consulta um forma de “pedido de ajuda”, tal como identificado por uma das médicas entrevistadas.

*Ela tem muitos problemas psicossomáticos, muito ansiosa, é... somatiza imenso, pronto. É aquela doente... hiper-consumista, está aqui sempre na consulta, com queixas... no fundo são aqueles... pedidos de ajuda (ENTREVISTA 12 – FEMININO).*

O tema dos “grandes consumidores de consulta” também já foi abordado na Revista Portuguesa de Clínica Geral (Silva, 2007) em uma resenha de um estudo onde foi destacada a importância da relação médico-doente (empatia, trabalho em equipa médico-doente) para o adequado acompanhamento dos “doentes difíceis”. Os(as) médicos(as) de família inseridos nos cuidados de saúde primários são privilegiados neste aspecto, pois costumam acompanhar uma mesma família ao longo de muito tempo, estabelecendo uma relação de confiança com todos(as) integrantes do agregado familiar. De acordo com a maior parte dos(as) profissionais entrevistados, ainda que muitas vezes as mulheres tentem esconder as situações de violência a que são submetidas nos lares, a partir do momento em que confiam e vinculam-se ao(à) médico(a) de família, acabam por se sentirem mais à vontade para revelar - espontaneamente ou a partir da confrontação – suas vivências de vitimização.

*Mas é preciso ganhar muita confiança com o Médico de Família, e só ao fim de uns anos, do... de haver esta confiança, é que sabemos que existem estas coisas. (ENTREVISTA 1 – FEMININO)*

*Ah... se existe alguma... abertura ou algum conhecimento da pessoa e eu tenho a sensação de que... pode resultar, ah... eu vou... sugerindo e vou dizendo “mas olha, não... há algum outro factor que possa estar motivando isto aqui” e muitas vezes após alguma... eu não chamaria insistência, mas após alguma, alguma... apresentação de... de... sugestões daquilo que pode estar a motivar as queixas, a pessoa diz, que não anda tão bem, que anda... que a vida familiar que não corre bem, que... pronto. (ENTREVISTA 2 – MASCULINO)*

*Pois, elas... quando já têm confiança com o médico, ao fim de algumas consultas, falam... todos os seus casos particulares. As pessoas... falam com muita facilidade, não é. Como sabe, falam até nas salas de espera, dos consultórios, tanto mais com o médico, não é? (ENTREVISTA 3 – MASCULINO)*

*Ah... outras vezes por... pronto, por queixas directas... as pessoas ao fim de um, dois, três, quatro, cinco anos vão... adquirindo confiança, não é! Vão falando abertamente, não é? (ENTREVISTA 4 – MASCULINO)*



*E elas próprias às vezes verbalizam! Por exemplo, hoje esteve aqui uma que disse que o marido é... é alcoólico, e é violento em termos verbais, não é? Pronto. Às vezes, quando já tem alguma intimidade connosco, e há uma... uma... já conseguem ter uma comunicação mais... mais aberta, elas verbalizam. E comigo, comigo até verbalizam muitas vezes porque já me conhecem há muitos anos, não é?* **(ENTREVISTA 5 – FEMININO)**

Além deste contacto próximo com os(as) utentes, o facto de acompanhar outros(as) familiares e, muitas vezes, vizinhos e outras pessoas conhecidas das vítimas, facilita o conhecimento destas situações. Não é incomum que filhos(as), irmãos(ãs) e outros parentes relatem aos(às) médicos(as) de família tais factos, assim como as próprias vítimas por vezes lhes pedem para “conversar” com o marido/companheiro. Logo, confirmamos a suposição de que estes profissionais podem ser importantes actores para a sinalização, despiste e encaminhamento de situações de violência doméstica/familiar. A observação de Gonçalves (2006, p. 741), embora se refira ao abuso de idosos, serve também para a violência de género: “os médicos, nomeadamente em cuidados de saúde primários, encontram-se em posição favorável para a detecção e referenciação de vítimas de abuso e negligência, podendo ser o único indivíduo exterior à família/prestador de cuidados que, regularmente, observa o idoso”.

*E tenho muitos pedidos das mulheres que os maridos são alcoólicos, ou as tratam mal, ou... enfim, não... ah, dizem-me... de uma forma evasiva, ah... “o meu marido vem aqui tal dia, a Sr.ª Dr.ª diga alguma coisa porque eu já não posso aturar”.* **(ENTREVISTA 1 – FEMININO)**

*Acontece, que... acontece eu saber de algumas situações que não são referidas pela própria pessoa! Mas... mas de... pronto, como eu tenho... agrupamentos familiares, não é, eu posso saber, eventualmente através dum... dum filho, que... o pai ou que a mãe que... em casa, que existe alguma violência conjugal, ou através de... alguma... familiar, um irmão que diz que a irmã está casada com um... e que por acaso pertencem a minha lista também.* **(ENTREVISTA 2 – MASCULINO)**

*E depois, claro que a gente já conhece as famílias, eu, como já sou médica há muitos anos aqui, já conheço as famílias todas... chego lá, não é? Muitas vezes até... é indirectamente, é alguém da família, ou... ou algum vizinho, ou alguém que conhece que me diz.* **(ENTREVISTA 5 – FEMININO)**

*Porque as pessoas, aqui... é claro, isto é pequeno, acho que se houvesse assim casos de violência muito grande, embora o que se passa dentro casa nem sempre se saiba, mas as vizinhanças vão falando... não é?*

*P: Hum hum... chegaria... de alguma forma, chegaria aos seus ouvidos, não é?*

*E: Sim, sim, acho que sim. (ENTREVISTA 9 – FEMININO)*

Entretanto, alguns médicos(as) consideram que as mulheres vítimas recusam-se a admitir tais situações, seja por medo de represálias do agressor, vergonha de que outras pessoas (como vizinhos) possam vir a saber o que lhes acontece ou, mesmo, por não saber como lidar com o problema. Nestes casos, solicitam ao(a) médico(a) que não comente o facto com ninguém (propiciando a manutenção do carácter oculto do problema) ou negam o ocorrido. Esta realidade já foi identificada no estudo de Lisboa, Carmo, Vicente e Nóvoa (2003) sobre os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres, onde cerca de 30% das mulheres inquiridas que admitiu ter sido alvo de violência no último ano referiu não ter contado ao médico que estava procurando atendimento devido à violência.

*Ah... depende. Depende da pessoa e depende do conhecimento que eu tenho da pessoa, porque muitas vezes, ah... se eu referir... directamente situações deste género, há pessoas que não... falam, não falam, nem dizem, negam, embora eu possa saber, por conviventes, ou por outras pessoas, que as coisas não serão bem assim, não é... (ENTREVISTA 2 – FEMININO)*

*A principal dificuldade é que elas não di- Tentam omitir... o que se passa, não é? Tentam omitir, desculpando o marido, muitas vezes, não é. E... e por isso é que também... recorrem menos às autoridades, do que... porque tem... não querem, não querem fazer escândalo, nem que saibam, não? (ENTREVISTA 3 – MASCULINO).*

*É preciso ter... exactamente. Tem que se ter alguma cautela na maneira que com que se aborda estes temas, porque às vezes... mas as mulheres normalmente acabam por nos dizer... acabam... algumas com muitos brios, “não diga ao meu marido, não diga assim...”. Aquelas coisas, não é? (ENTREVISTA 5 – FEMININO)*

*E como... e... e há geralmente pressão (no grupo para que) não sejam denunciadas, porque isso são meios... pequenos. Nós conhecemos todos. Se eles contarem a alguém... né? Se for denunciado... ah... pronto, podemos tomar (?) o parceiro, pode vir cá o parceiro e eu falar com ele, ou denunciá-lo ou coisa assim... portanto, eu acho que nessas situações as pessoas só vão denunciar se se separarem, se não se separam, não denunciam. (ENTREVISTA 9 – MASCULINO)*

*Vou tentando rondar a questão... ver, se... às vezes suspeito, meter logo no primeiro... na primeira consulta, mas para o... mandar ela voltar, para ver o que é que... como é que as coisas vão rodando. Nunca é directo porque muitas vezes elas fogem, a não ser que elas queiram dizer, não é? [...]*  
*Outras vezes são conflitos que eles não queiram... que se saiba. (ENTREVISTA 6 – FEMININO)*

A respeito da recusa em admitir ser vítima de violência conjugal ou procurar auxílio para este problema, um estudo norte-americano (Fugati, Landis, Riordan, Naureckas & Engel, 2005) identificou que a procura por uma agência ou instituição de apoio foi o tipo de recurso menos utilizado pelas mulheres identificadas como vítimas (82% de recusa), seguido pelo atendimento médico (74% de recusa), polícia (62% de recusa) e falar com alguém (29% de recusa). As principais razões apontadas pelas mulheres para não procurar atendimento médico foram: não ser necessário ou não ter utilidade (74,3%), privacidade e confidencialidade (9,1%), barreiras (6%), protecção do parceiro ou do relacionamento (2,2%) e outras (8,4%). O facto de acreditarem não ser necessário ou não ter utilidade o atendimento médico sugere que o tipo de lesões causadas é de menor gravidade, tal como foi identificado em estudos realizados em Portugal (Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa, 2003), onde equimoses, hematomas e feridas foram os principais tipos de lesões causados (embora também não se possa esquecer a existência de situações mais graves, que chegam mesmo a levar à morte).

Por outro lado, as autoras (Fugati et al, 2005) afirmam existir outros motivos para que as mulheres considerem as agressões sofridas como de pouca gravidade, como o facto de não haver sequelas físicas visíveis. As mulheres parecem acreditar que suas queixas serão desvalorizadas caso não possam ser claramente visíveis, o que de certo modo se confirma em nosso estudo, onde os(as) médicos(as) entrevistados frequentemente se referiram à violência física, tal como já discutido.

Em nosso estudo, também há quem pense que deve-se respeitar a vontade da paciente, evitando confrontá-la directamente a respeito do assunto, pois temem que isso possa afectar o relacionamento médico-doente. Neste aspecto, há investigações que

identificam entre as barreiras para o rastreio de violência conjugal por médicos(as) justamente o facto de acreditarem que a mulher voluntariamente forneceria esta informação sem precisar ser questionada a este respeito ou considerarem que este tipo de questionamento pode ofender ou irritar as pacientes (Jaffee, Epling, Grant, Ghandour & Callendar, 2005).

*Agora, nós temos, às vezes sabemos situações de- que acontecem, mas nunca temos a informação da parte interessada, da... da... da queixosa entre aspas, quer dizer, a pessoa não se queixa. Nós sabemos que as coisas acontecem, mas... bateu com a cabeça no chão, bateu com a cabeça contra a cama... e elas que não... não... apesar de às vezes tentarmos saber o que é que se passa, a pessoa não quer dizer mais nada. E nós não... não... investigo mais nada, porque acho que isso iria criar uma má relação entre o médico e o doente! A pessoa queixa-se, assume, dá queixa se quiser, se não... não assume. (ENTREVISTA 7 – MASCULINO)*

Porém, estudos sugerem justamente o oposto. Friedman, Samet, Roberts, Hudlin e Hans (1992) realizaram um inquérito a 164 mulheres e 27 médicos(as) para saber o quanto estes questionam suas pacientes a respeito da violência física e sexual. Os resultados indicam que 78% das pacientes são favoráveis ao rastreio rotineiro para violência física e 68% para o rastreio rotineiro para violência sexual. Contudo, apenas 7% havia sido alguma vez inquirida sobre a possibilidade de ter sofrido violência física e 6% sobre violência sexual, sendo que um histórico de violência física foi referido por 16% das pacientes, ao passo que 17% revelou ter sofrido agressão sexual. Entretanto, 90% das mulheres acreditava que os médicos poderiam auxiliar em problemas relativos à violência física e 89% com problemas relativos à violência sexual. Entre os médicos, 1/3 acreditava que deveriam ser realizados rastreios rotineiros para violência física e sexual, embora 89% afirme que nunca indagou sobre violência sexual na primeira consulta, assim como 85% não o fez nas consultas anuais. Questionamentos acerca de abuso físico na primeira consulta nunca foram realizados por 67% dos médicos, assim 60% também não o fez nas consultas anuais, embora 81% acredite que possa auxiliar suas pacientes em situações associadas à violência física e 74% em violência sexual. De acordo com Eberhard-Gran, Schei e Eskild (2007), os resultados deste estudo sugerem que os temores dos médicos a respeito do questionamento sobre a vivência de situações de violência são infundados.

Outro estudo realizado com 49 mulheres atendidas em um programa para violência doméstica de um hospital norte-americano (Hathaway, Willis & Zimmer, 2002) indicou que a maneira como foram inquiridas sobre sua situação foi muito importante. Independentemente de perguntarem directa ou indirectamente sobre a possibilidade de serem vítimas de violência doméstica, foi considerado como mais importante fazê-lo de modo afectuoso e sem julgamentos. Cerca de 43% das mulheres sentiu-se confortável ou sugeriu que os médicos indagassem directamente sobre o problema. O mesmo número de mulheres (43%) afirmou ter revelado sua situação após ter sido indirectamente inquirida a este respeito (como “há alguma coisa errada acontecendo com você?”) ou sugeriu que o questionamento fosse realizado deste modo. As mulheres sugeriram que as perguntas indirectas eram especialmente apropriadas se os médicos já as conhecessem ou se elas estivessem com marcas visíveis de agressão. Por outro lado, as autoras ressaltam que o facto de poucas participantes terem revelado sua situação após uma pergunta directa pode reflectir, na verdade, a baixa taxa de rastreio rotineiro para estas questões.

Embora alguns pesquisadores apresentem dúvidas quanto à efectividade do rastreio rotineiro para a violência doméstica e/ou sexual devido a falta de evidências que suportem esta prática, Jaffee et al (2005) consideram que, diante da sua substancial prevalência, da importância desta informação para o cuidado adequado de mulheres submetidas à violência e da falta de potenciais riscos causados por este questionamento, há uma clara razão para incluir o rastreio rotineiro acerca da violência doméstica/conjugal como parte da colecta de informações sobre a história de vida das pacientes. Assim, o *Family Violence Prevention Fund* (FUND), uma entidade norte-americana, criou um documento com directrizes clínicas para o rastreio rotineiro da violência doméstica (*Family Violence Prevention Fund*, 1999). De acordo com este documento, o rastreio rotineiro de situações de violência doméstica possibilita uma oportunidade para a revelação do problema e permite à mulher e seu profissional de saúde o desenvolvimento de um plano para sua protecção e melhoria de saúde. Igualmente, a Organização Mundial de Saúde (1998, p. 33), em suas directrizes para os trabalhadores de saúde, conclama:

*No tenga miedo de preguntar. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en*

*forma directa y no valorativa. En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte.*

### Violência doméstica: um crime público

Ainda no que diz respeito ao processo de desocultação do problema, o registo de queixa às autoridades parece ser um ponto de muitas dúvidas quanto à melhor medida a adoptar. A maioria dos(as) entrevistados(as) tinha conhecimento de que a violência doméstica é um crime público e que, como tal, pode ser denunciado por qualquer pessoa, até mesmo de forma anónima.

*P: Mas assim, a violência doméstica é um crime público, não é? A doutora sabe então que... na verdade, qualquer pessoa poderia fazer a... a ocorrência...*

*E: Exacto.*

*P: ... ou a abertura do processo...*

*E: Eu sei, eu sei, mesmo sem... sem... sem se identificar. Se fosse necessário, fazia, não é? Mas pronto. Para já, não, não... não senti muito essa necessidade. (ENTREVISTA 5 – FEMININO)*

*P: Ah... e o doutor falou na questão da denúncia, a queixa policial, ou... ou... a própria utente fazer, não é. Alguma vez pensou ou... pensa que possa a vir ser necessário que o próprio doutor faça...?*

*E: Sim, sim, se visse uma situação grave, uma situação grave... mas isso é o que eu digo, aparece é nas Urgências, é nossa obrigação participar! (ENTREVISTA 7 – MASCULINO).*

*P: É... ah... sendo um crime público, então, na verdade, qualquer pessoa pode apresentar a queixa, para abrir um processo criminal...*

*E: Sim, até pode ser uma queixa anónima! [...] Sei, e pode ser uma queixa anónima, obviamente, não é, ah... engraçado, não... não, não, não tenho... não tenho precisado. (ENTREVISTA 8 – FEMININO)*

*P: O doutor falou alguma coisa também com relação à queixa, a denúncia... mais para as entidades policiais, digamos. Porque, não sei se o doutor sabe, que a violência doméstica é um crime público...?*

*E: Sim, é um crime público, isso a partir do momento em que é um crime público... ah, claro que também as entidades policiais... serão alertadas! Não é? [...] Porque se é um crime público, já deixa*

*de ser... só por... denúncia, não é? A partir do momento em que eu tomo conhecimento [...] É claro que possa estar uma senhora que... peça muito para que não se faça a denúncia, por exemplo. Eu aí teria que pensar, de acordo com a situação... entre o que devo fazer e o... entre o... o que me apetece fazer e o que devo fazer, às vezes há uma diferença, não é? E temos de ver... como proceder. Agora... de um modo geral, na situação actual, quase- penso que é quase obrigatório denunciar. (ENTREVISTA 9 – MASCULINO)*

*P. Ahã... e o doutor falou na... na questão do Tribunal, não é, não sei se o doutor sabe, mas a violência doméstica é um crime público...? Ou seja, qualquer pessoa pode registar a queixa, não necessariamente a vítima, não é? Qualquer pessoa que tenha...*

*E: Exacto, tenho essa noção... e o médico, se tiver... se tiver conhecimento disso, eu creio que é... ah... eticamente... deverá dar conhecimento da situação... não sei a quem! [rindo] Ao Tribunal, ao Ministério Público?! Ah, não sei, ao Ministério Público.*

*P: Sim, sim... e o doutor acha que se estivesse diante de um caso destes, não teria problemas em fazer esse... queixa pública, digamos...?*

*E: [suspiro] eu nunca fiz. Mas acho que... que... se fosse... que deveria de fazer, porque... porque... porque pelo que se vê depois, as coisas vão em escalada e... existem situações de... de... mesmo de... de agressões até a morte, não é? E... seria pactuar com... uma situação dessas, quer dizer... (ENTREVISTA 11 – MASCULINO)*

*No segundo ano ela voltou a marcar, no ano seguinte, voltou a marcar consulta, os mesmos motivos, agravados, e eu própria liguei ao Tribunal e aí a Juíza tinha me dito que “sim senhora, vamos actuar, mas é preciso que não desista” [...] Portanto, normalmente o que eu faço, já tive vários casos, é ligar directamente para a Polícia ou para o Ministério Público. Pronto. Há uns casos em que a vida está em risco, é um caso grave. (ENTREVISTA 1 – FEMININO)*

Embora este último depoimento demonstre a adopção de uma postura activa, com o contacto directo da médica com o Ministério Público, demonstrou ser uma excepção. De modo geral, os(as) profissionais referiam-se ao registo às autoridades em um plano hipotético, pois diziam não ter sido necessário, até o momento, tomar tal atitude, seja porque a própria vítima dizia que iria fazê-lo ou porque os casos com os quais se depararam não eram de tal gravidade que requisitassem este tipo de intervenção. Portanto, predomina a noção de que a própria vítima é que deve tomar esta atitude, como podemos visualizar nos seguintes fragmentos.

*Não, o meu aconselhamento directo, não... não... não sou eu que... que devo fazer a queixa. A queixa deve ser feita, na minha opinião, após aconselhamento, pela... pela pessoa que é, que é... ah... digamos... agredida, chamamos-lhe assim, não é. [...] Que eu tenha feito alguma... queixa especificamente, eu, não. Porque não fui eu o ofendido. [...] Por exemplo se não houver uma... uma denúncia, ou se não houver uma... dados inequívocos de que haja violência doméstica, quem... embora eu provável- possa... pressentir e saber, que isso pode acontecer, como é que eu realmente... se... intervêm neste tipo de situação. Não há maneiras! Que eu saiba, não é... mesmo em relação... ah... tipo de... de violência, se não houver uma... denúncia, formal, ou uma queixa formal...*

*P: Ahã... eu não sei se o senhor sabe, mas a violência doméstica é um crime público. Então, na verdade, não precisa ser a própria vítima, qualquer pessoa pode... não é... apresentar queixa...*

*E: Bom, mas eu tenho que ter a certeza absoluta! E eu não posso... não me posso basear só... em situações... xis... que sejam... referidas numa consulta, a não ser que a pessoa em causa quer realmente... eu hab-... eu nunca fiz nenhuma... nenhuma... queixa, eu próprio. (ENTREVISTA 2 – MASCULINO)*

*Assim, se for alguma situação desse tipo, eu incentivo a fazer uma queixa! Como é lógico. E foi o que aconteceu nessa situação, só que a pessoa disse que não fazia queixa! Não sei se fez ou não. Eu faço sempre o registo... aliás, que referiu, que foi agredida, em casa. Isso, faço sempre. Tá registado... tá registado na ficha, creio na ficha... formato papel. Mas a doente depois não quer queixar, não queixa, quer dizer... aí já não é comigo! (ENTREVISTA 7 – MASCULINO)*

*P: Sim. E a questão da queixa, como o doutor sabe actualmente é um crime público, não é... não precisa ser a própria vítima digamos a fazer a queixa. Alguma vez cogitou ou pensou que talvez o próprio doutor pudesse fazer a própria...*

*E: Mas é preciso que ela verbalize, não é? Eu também, por acaso há uma senhora velhota que já tem por aí 70 anos, que chega aqui chora e diz que o marido bate etc., diz que é violento com ela. E eu já disse várias vezes, “quer que eu apresente queixa?” E ela disse: Não seu doutor, pelo amor de Deus, não me faças isso. E eu não vou fazer né... Pede para não fazer... “Se fizer, vai ser pior para mim”. (ENTREVISTA 10 MASCULINO).*

De acordo com o que se depreende nestes trechos, a “necessidade urgente” é concebida como aquelas situações em que há risco de vida. Contudo, por ser uma situação menos comum nos cuidados de saúde primários, referem que tomariam tal atitude diante de situações extremas apenas no nível das hipóteses. Há também dúvidas quanto ao facto de se constituir ou não como uma quebra de sigilo profissional (o que poderia implicar sanções profissionais por parte da Ordem dos Médicos).



*P: O crime público significa então que não precisa ser a própria vítima que faça a queixa, não é? Para dar andamento a um processo...*

*E: Mas também temos que zelar... o sigilo... profissional! [...] Eu acho que sem a autorização do utente eu não posso... não posso tomar uma decisão... e assim, uma coisa é que seu constatasse... nas crianças. Violência... do ponto de vista físico, negligência. Agora... a violência emocional é muito mais difícil de provar! Nesta senhora, e ela já me disse cá, seu eu fizesse queixa, além de ser penalizada pela Ordem por quebra de sigilo profissional, ela ia negar tudo! [...] Claro que na altura teria que me informar, legalmente, se poderia ou não e como devia proceder. Agora, neste momento, eu acho que sem a autorização da parte da Ordem... claro, eu acho que não devia [enfaticamente]. Primeiro, sempre com a autorização da doente, a doente dá-me a autorização, muito bem, vamos a isso. A doente não dá a autorização, e diz que vai negar, eu tenho os meus registos clínicos, contacto o advogado da Ordem, a advogada da Ordem, e tento saber, não é? [...] Aliás, é assim. Ah... eu acho que... estava a falar... do ponto de vista emocional. Mas eu acho que se houver violência física, principalmente em relação a crianças, eu não preciso da autorização da... da autorização da Ordem para o fazer. (ENTREVISTA 12 – FEMININO).*

Potencialmente, as dúvidas quanto à responsabilização por quebra de sigilo profissional no caso de ser o(a) próprio(a) médico(a) a apresentar queixa às autoridades competentes podem conduzir a uma omissão ou desresponsabilização por parte dos(as) profissionais, que colocam toda a iniciativa nas mãos das vítimas. A este respeito, a APAV, no Relatório Penélope (2003, p.26), afirma:

a denúncia é obrigatória para as entidades policiais e para os funcionários públicos (na aceção do artigo 386º do Código Penal), estes últimos, quanto aos crimes de que tomarem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas.

Entretanto, consideramos que a denúncia às autoridades competentes é realmente uma decisão complexa, pois envolve muitos factores: o respeito à vontade da vítima em não penalizar o agressor, seja porque não quer/consegue dele se separar, seja porque é pai de seus filhos ou, mesmo, porque teme as represálias que pode sofrer, os recursos disponíveis para a vítima iniciar um novo projecto de vida, entre outros. Entre os(as) médicos(as) entrevistados(as), predomina a noção de que a própria mulher vítima é que deve assumir a iniciativa de fazer o registo às autoridades, com excepção de situações em que há risco de vida ou crianças envolvidas.

*Sim, achei que não havia assim... pronto, uma necessidade extrema, ah... claro, não... se fosse um... maus-tratos físicos... pronto. Verbais, acho que também as pessoas são adultas, também têm a obrigação de se defender, não é? Quer dizer, ninguém vai obrigar a viver com uma pessoa que me trata mal, se eu tenho a oportunidade de poder até modificar as coisas, não é? Eu também não vou impor... a liberdade de cada um! Quer dizer... e mesmo assim, se fosse uma pessoa inconsciente, claro que eu aconselho, tento ajudar, mas também não vou, eu assumir a- o papel, activo... perante uma situação, que é de outra pessoa, não é? (ENTREVISTA 5 – FEMININO)*

Subjacente ao discurso de que as próprias vítimas devem tomar a iniciativa pelo registo policial ou denúncia às autoridades competentes há uma concepção de pessoa como autónoma, auto-responsável e capaz de tomar suas decisões. Todavia, sabemos que devido à complexidade da situação em que estão envolvidas, bem como da fragilidade emocional em que muitas vezes se encontram, não é fácil para estas mulheres assumirem o comando de suas vidas e, particularmente, a iniciativa de procurar apoio.

Um estudo sobre os motivos que levam mulheres vítimas de violência doméstica a não procurarem ajuda (Fugate et al, 2005) identificou que 20% devem-se a barreiras externas (como falta de dinheiro, de tempo ou de seguro de saúde). Apesar dos esforços para aumentar a consciencialização da população sobre o problema, um grande número de mulheres não conhecia os recursos existentes e desconhecia como poderia contactá-los. Particularmente falando do atendimento de saúde, 25,6% citou a falta de transporte ou de alguém que fique com os filhos como factores que impedem o acesso aos cuidados de saúde. Não podemos deixar de assinalar também que um número considerável de mulheres não procurou auxílio por medo das ameaças de morte feitas pelo agressor. Entretanto, de acordo com as autoras, a razão mais comum para não pedir auxílio foi o isolamento social (48%). As mulheres do estudo relataram desejar falar com alguém sobre o que se passava, mas não tinham ninguém disponível para isso. Algumas invocaram a questão da privacidade, considerando que era algo muito íntimo e “não era problema de mais ninguém”. Outras expressaram timidez, vergonha ou medo de ser julgada ou criticada. De acordo com as autoras do estudo, estas justificativas podem reflectir tácticas de isolamento e culpabilização da vítima empregadas pelo agressor.

Diversos estudos realizados no contexto português confirmam esta tendência das mulheres vítimas de violência doméstica/conjugal em relutar denunciar sua situação junto às autoridades competentes, embora seja possível identificar também uma alteração ao longo do tempo no sentido de uma maior consciencialização a este respeito. Em 1993, um estudo sobre vitimação realizado pelo Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Justiça (citado por Monteiro F. J., 2005) revelou que os crimes de violência doméstica eram superiores às estatísticas criminais oficiais, pois a taxa das denúncias efectivas reduzia quando existia uma relação familiar com os autores da agressão. Dentre as causas apontadas pelos(as) respondentes para a não denúncia estava o facto de acreditarem que a polícia “não pode fazer muito” ou “não se interessa pelo assunto”.

Em 1995, no primeiro inquérito nacional sobre violência e mulheres (Lourenço, Lisboa & Pais, 1997), as reacções das mulheres vítimas, de modo geral, foram poucas (11,7%), com excepção para a violência física, onde se registaram um número significativo de reacções, algumas sendo também de violência. Na opinião dos realizadores do estudo, a passividade da grande maioria das mulheres traduzia o silenciamento a que o fenómeno era submetido devido à dificuldade de alterar atitudes e comportamentos enraizados.

Entretanto, o estudo de Fátima Monteiro (2005) com mulheres sobreviventes à violência doméstica pode auxiliar a compreender porque são poucas as que se dispõem a dar visibilidade ao seu problema. De acordo com as entrevistadas, embora tenham feito diversos contactos com a rede de suporte profissional, de modo geral, avaliavam-na negativamente, sendo sua ausência/pouca efectividade considerada como um dos factores que dificultaram a saída do ciclo de violência. Outro estudo realizado com mulheres sobreviventes à violação sexual (Maria, 2001) demonstrou que a interiorização de “mitos” sobre a violência sexual por outras pessoas com as quais as vítimas/sobreviventes contactam reforça os seus sentimentos de culpa e responsabilidade. Este facto também interfere na resposta adoptada pelas vítimas/sobreviventes quanto à denúncia do crime, tal como se pode ver pelas razões enumeradas para a não denúncia do agressor: 1) medo; 2) falta de confiança na justiça; 3) sentirem que ia sem culpabilizadas ou responsabilizadas; 4) vergonha e 5) quererem poupar mais sofrimentos aos outros e a elas próprias

Em uma caracterização da violência conjugal na Ilha da Madeira, 48% das vítimas afirmou ter contado para alguém as agressões que sofria (familiar, amiga, colega de trabalho, polícia, médico, assistente social, padre), enquanto 52% não falou para ninguém por “achar que não valia a pena”, por “ter perdoado o marido”, por “achar que ele tinha se arrependido”, “gostar dele” ou “ter vergonha” (citado por Costa, 2005). Já no estudo sobre os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres (Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa, 2003), a maioria das mulheres afirmou ter uma reacção do tipo “passivo” (57,5%). As demais procuraram evitar a situação (14,2%), recorreram a instituições como polícia, tribunais, CIDM e outras (14,6%); ou reagiram violentamente (13,8%). Dentre as instituições procuradas, a polícia foi a mais contactada (10,4%). Ou seja, comparando com o estudo de 2000 (Lisboa, Barroso & Marteleira, 2003), notou-se um aumento de mulheres que têm uma reacção do tipo “legal” (polícias, advogados e tribunais).

Do mesmo modo, no estudo sobre a associação entre alguns indicadores de saúde e actos de violência a que as mulheres tenham sido vítimas (Lisboa, Vicente & Barroso, 2005), as reacções geralmente foram do tipo “passivo” (30,2%), seguida por “desabafar com outra pessoa” (30,2%), “evitar a situação” (14,2%) ou uma reacção mais explícita, de tipo violento (11,2%). O conjunto de situações em que as mulheres buscaram auxílio na polícia, tribunal ou advogados e instituições como a APAV ou a CIDM foi de 11,1%. Estes dados, quando comparados aos estudos anteriores já citados, mostram que está havendo uma alteração na conduta das mulheres vítimas (em 1997 e em 2003, o número de mulheres que buscava a polícia ou o sistema judicial era muito reduzido).

Por fim, um estudo desenvolvido sobre os atendimentos prestados no Serviço de Informação às Vítimas de Violência Doméstica – Linha Telefónica de Apoio (CIDM, 2004) mostrou que, uma vez que estas mulheres frequentemente não se vêem como vítimas de crimes, desenvolvem um processo de culpabilização, humilhação e degradação, receando em denunciar o agressor por medo, falta de informação, escassez de recursos económicos, ausência de apoio familiar, desconfiança das instituições, esperança de que o companheiro venha a mudar, vergonha de confessar publicamente o comportamento do cônjuge e receio de perder a guarda dos filhos.

No contexto sociocultural, a investigação de Ana Rita Conde Dias (2006) sobre os discursos circulantes na imprensa feminina nos últimos 40 anos mostrou que existe

uma escassa representação e problematização por parte do discurso mediático sobre a violência doméstica, traduzindo o legado da privacidade do problema e de uma cultura tolerante face à violência contra a mulher. Nas revistas femininas analisadas, há, por um lado, uma representação patologizante e situacional da agressão masculina e a sua associação à dimensão passional, o que leva à sua legitimação ou desresponsabilização. Por outro, há uma exploração de novos ângulos para o problema (como a praticada por mulheres ou a vivida por idosos) que acaba por obscurecer a violência mais típica, isto é, a perpetrada pelo masculino e sofrida no feminino. Este efeito de obscurecimento da violência dominante no mundo social é reforçado pela forma mais negativa e "demonizada" com que é retrata a violência praticada por mulheres. Portanto, os discursos dos média também influenciam/constrangem a vivência de violência conjugal. Na actualidade, ainda existem crenças que contribuem para esse ocultamento, tal como a associação da violência à passividade/amor e o discurso "romantizado" sobre as relações de amor/conjugais (também identificados por Neves, 2005), os quais podem reforçar a tolerância por parte da vítima e legitimar seu uso pelo agressor.

A associação da felicidade/realização feminina ao contexto das relações pode influenciar a mulher a manter-se na relação abusiva, não só para sustentar a relação, mas também pela responsabilidade que recai sobre ela quando a relação fracassa. Do mesmo modo, a ênfase na maternidade pode levá-la a manter-se na relação em prol dos filhos, enquanto a associação do homem ao exercício de poder pode levá-lo, em situações que coloquem em causa esta imagem, a usar a violência como forma de restabelecer sua "masculinidade. Por fim, os média analisados não parecem contribuir para uma maior consciencialização social face ao problema da violência conjugal. Apesar de uma maior visibilidade, o discurso mediático não veicula uma noção do problema como uma questão pública e social. Na verdade, parte do discurso remete a responsabilidade de acabar com a violência para a mulher vítima (ajudar o marido/deixar a relação). Deste modo, as raízes sociais do problema permanecem obscurecidas, desresponsabilizando a sociedade da obrigação de agir em prol da mudança (Dias, 2006).

#### Causas sociais X foco individual

Consoante com as reflexões apresentadas acima, percebe-se que a violência conjugal é encarada socialmente como um problema privado e individual. Em nosso

estudo, os(as) médicos(as) citam o desemprego, as más condições de vida, o estresse da vida diária (e, em menor intensidade, às diferenças designadas aos papéis de homem e de mulher) como relacionados à violência conjugal, mas também referem causas individuais, como o alcoolismo ou características e/ou alterações de personalidade.

*Algumas causas [suspirando]. Olha, ah... eu acho que nesta altura... andam... muitos homens ah... homens e mulheres, desempregados. Ah... porque fecharam as fábricas, porque... ah... faliram as empresas, porque reduziram pessoal [...] E isto, não sei se tem ou não alguma influência, depois pelo facto de... as mulheres, por exemplo, estão a trabalhar, e eles estão desempregados, e depois as mulheres chegam à casa e também não ficam satisfeitas porque ele não fez nada, por exemplo! Porque não é cultural... não é cultura portuguesa os homens... ainda não, não é, vai sendo nos mais jovens, mas não é... eles fazem- eles fazerem alguma coisa em casa! E portanto isto... levará a discussões e... e por aí afora. Pode ser uma das causas. Ah, e depois há aquela parte do macho latino, não é? Ele é que manda e... pronto, ainda que ela ganhe também, e tudo... e há mulheres aqui que se desfazem, que, que trabalham imenso para homens que não gostam de trabalhar. Também tenho destes casos. O etilismo é uma outra causa que encontro muitas vezes. Muito [...] Mas... as casas, o... o endividamento também é outra das causas... e depois são aquelas pessoas que também são más, não é? [riso] Ah... porque foram mal amadas, com certeza, ou porque já nasceram assim, ou é genético, sei lá... eu hoje estou convencida de que também há mais pessoas. Isto é, no sentido de que também haverá um substrato, ah... fisiológico, eu dantes não pensava assim, mas acho que sim, que há algumas pessoas deve faltar ou sobrar qualquer químico no cérebro [riso] que as faz ser de determinada maneira. (ENTREVISTA 1 – FEMININO)*

*P: E como o senhor falou, assim, as possíveis causas, relatou alcoolismo, não é? Algumas vezes....*

*E: É, lembrei-me deste... foi o que me lembrei, que é provavelmente um... um dos mais frequentes aqui nesta...*

*P: Ahã, um dos mais frequentes é o alcoolismo?*

*E: Aqui. Sim [afirmativamente]. Uma das causas que motiva a violência doméstica muitas vezes é esta. Entre outras, não é, mas uma das que aqui acontece com alguma frequência é.*

*P: Ahã... e as outras, quais seriam?*

*E: Ah... muitas vezes são motivados por factores sociais, não é. Ou seja, uma pessoa que perde o emprego, que... toxicoddependência também é visto com alguma... Mas o alcoolismo é mais frequente. Ah... algumas doenças mentais mesmo, nalgumas pessoas... ah... e basicamente... mas o mais frequente é o alcoolismo. (ENTREVISTA 2 – MASCULINO)*

*Ah... eu penso que a principal causa aqui é o alcoolismo, não é? Ou penso... ou de um lado, e, ou do outro. Como esse caso que eu tinha, que era um caso muito, muito evidente, era o caso da senhora ser alcoólica, o marido chegava a casa ela estava bêbada, e ele... lhe batia. E... e esse é um caso. Mas o alcoolismo normalmente é... o principal factor, não é? O alcoolismo. O adultério também... também é, mas o alcoolismo para mim é o principal factor, de longe. E, e a falta de educação, é. Este é outro caso. Falta de educação, preparação... preparação... para o casamento, preparação para lidar com outras pessoas, não é? Um caso de educação. Social. Mas o alcoolismo é, de longe, a principal causa. (ENTREVISTA 3 – MASCULINO)*

*Principalmente, está relacionado com... com má condições de vida, com... com disfuncionalidades que vêm daí. Pá, não há dinheiro! Não há dinheiro... há o álcool... há agora as... as toxicodependências de outro tipo... sei lá... não há emprego [...]. Basicamente, é essencialmente, e tem basicamente a ver com isso, eu sobre isso não tenho dúvidas! É evidente que malucos, há sempre malucos, e que há uns... mas geralmente não são esses... não são os esquizóides, esses tipos que são os... os grandes causadores desses problemas, geralmente são casados, são assim tipos... estão institucionalizados, e tal. Não. [enfaticamente] [...] A violência... a sociedade é que é violenta, e violência gera violência, e trata a medicina... e estamos mais na filosofia, e a violência é o desemprego, e a violência são os salários baixos, a violência são... a falta de... apoio às criancinhas nas escolas... e por aí afora... é isso aí. (ENTREVISTA 4 – MASCULINO)*

*E: Por acaso ainda hoje teve uma que- pronto, é sobretudo o alcoolismo, alguns são alcoólicos, depois é realmente muita violência verbal. [...] Ah... pronto, às vezes são... indivíduos também toxicodependentes, famílias disfuncionais já, tanto por (mimificação) dos pais, não é? Pais... filhos de pais já... maltratantes... que também são maltratantes. Muito frequente também. Normalmente há assim uma história familiar de maus-tratos, ah... muito frequente. Ah... mais, ah! Pobreza, muita pobreza social, económica, ah... pouca educação, pouca instrução. São... normalmente são... é nichos de... pronto, de classe sociais baixas, com... com défices em todas... todas as áreas.*

*P. Sim. Sim. Seria esse conjunto, no caso?*

*E: Sim... sim, sim.*

*P. ... mas o alcoolismo se destaca?*

*E: Sim, sim. Aqui nessa zona, ainda é muito. Bastante mesmo [...] E às vezes os homens são violentos também porque as condições, de vida, das pessoas, também não são as melhores! E a própria sociedade também é mais permissiva com relação a uns que a outros, não é? É mais violência do homem para a mulher porque... também se aceita que a mulher é subjugada ao homem, não é? (ENTREVISTA 5 – FEMININO)*

*Às vezes quando se sabe que o... que o marido tem hábitos alcoólicos, não é? Ou que é... violento, ou que tem alguma patologia... psiquiátrica... Geralmente são esses... mas mais o alcoolismo. Que aqui há muito. (ENTREVISTA 6 – FEMININO)*

*E: Há muitas situações assim, há muitas mulheres (provocadoras) não é? E homens, também... que são provocadores e depois... mas de facto é... acho que toda a gente... ah... sabe que... ah... pronto, género feminino é diferente do género masculino, na nossa sociedade! E há sociedades mais (?) que a Ocidental, não é? Bem piores.*

*P: A doutora então, pelo que eu entendo, acha que tem a ver com essas diferenças... entre homens e mulheres?*

*E: Sim, é... a nossa sociedade é totalmente diferente com relação ao homem e com relação à mulher. Isso toda a gente... é do senso comum, não é? Toda a gente sabe, não é? Já foi pior! Desde que a mulher toma a pilula... ah... isso levou a uma independência muito grande, da mulher! (ENTREVISTA 8 – FEMININO)*

*Por que que ele agride? Pronto, eu penso que ele agride, acaba por ser como em quase todas as situações que uma pessoa agride outra. Em primeiro lugar, há um... há um acumular de... danos de uma relação, de um modo geral, em algumas situações, e há um acumular de coisas... que não estão bem esclarecidas no relacionamento [...] Se amanhã tornar a fazer, vai haver um acumular de... portanto, de coisas, não é, emocionalmente, irei alterar, e das duas uma: ou é aquele tipo de pessoa que de repente explode... guardou, guardou, guardou, não aguenta mais e explodiu e agrediu; ou então aquela pessoa que não está bem, e que está doente, e que o outro não faz nada, mas ele é que não está bem, e bebe até uns copos ou... ou tem perturbações e tem que... ah... descarregar as frustrações nos outros. Não é? Portanto... ou então, ainda há aqueles casos, muito antigos, das pessoas que tinham aqueles preconceitos, de que a mulher deveria obedecer, por exemplo... ou o homem, neste caso [rindo], também tenho que pôr, não é, embora seja mais raro... em que eles achavam normal até dar umas bolachazitas à mulher, porque fazia parte... (tanto) ela portou-se mal quanto ele! (ENTREVISTA 9 – MASCULINO)*

*Principalmente aqui no Norte em que o alcoolismo, não é, o machismo, isso tudo leva a violência familiar. Às vezes não só físicas, mas também verbal e psicológica [...] Alcoolismo principalmente, a cultura violenta não é, que as pessoas têm. As pessoas aqui no Norte são muito violentas. Explodem por tudo, por nada. Então, aquela violência à flor da pele e às vezes gratuita. Isso se transmite aos filhos, aos... e a convivência das pessoas umas com as outras não é. São mesmo muito violentos aqui no Norte. (ENTREVISTA 10 – MASCULINO)*



*E: Causas? [4 s.] Eu sei lá, o facto de viverem... o facto de viverem na cidade, o facto de trabalhar em uma indústria, o facto de ter que... ter que cumprir horários, ah...há mais, há mais estresse! Mas ah... notei que as pessoas, ah... nos últimos, 15 anos, o meio mudou, porque houve aquele começar a trabalhar nas fábricas... E... e... e... situações de depressões e o estresse diário, e isso levava, a mais a... às pessoas a terem mais... mais situações de... de... de quebra da estabilidade... psíquica, não é? Ah... lá também havia... ah... alguns casos de alcoolismo, mas... e isso é muito comum, quando há alcoolismo haver mais desavenças, não é? [...] E... e... e... dadas as dificuldades actuais, e dados os desempregos, e dadas ah... o desemprego dos jovens, o desemprego em que as pessoas... ah... neste momento, dado o fecho de fábricas e isso, portanto isso leva a situações... de desespero, em que os conflitos, em que as pessoas tornam-se mais agressivas e os conflitos podem surgir e a violência poderá aumentar! (ENTREVISTA 11 – MASCULINO)*

*Eu acho que tem muito a ver com a... com a... com a educação e com a própria vivência, principalmente na infância, talvez com... eu nunca pensei muito sobre isso, mas... do próprio agressor, a forma como veio a (?) se calhar os próprios determinantes, os comportamentos que aprendeu com os respectivos cuidadores, pais... experiência durante a adolescência, eu acho que pode ter... substâncias de abuso... eventualmente, não é? Podem às vezes ser importantes, mas... eu acho que... muita da violência... será aprendida, e será... acho que está na dependência da experiência. (ENTREVISTA 12 - FEMININO)*

Neste contexto, chama a atenção a grande ênfase dada ao alcoolismo como causa da violência. De acordo com diversos autores (Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002, Heise & Garcia-Moreno, 2002, Minayo & Deslandes, 1998, entre outros), o abuso de álcool é um factor de risco que aparece de modo consistente em diferentes contextos. Contudo, existe um considerável debate acerca da natureza desta associação. Muitos pesquisadores acreditam que o álcool actua como um factor situacional, aumentando a predisposição para a violência ao diminuir a inibição e a capacidade de julgamento e aumentar a probabilidade de discussões. Outros argumentam que a relação entre álcool e agressão é culturalmente dependente, existindo apenas nos contextos em que existe a expectativa colectiva de que a bebida causa ou justifica estes comportamentos. Apesar destas controvérsias, as evidências comprovam que mulheres que vivem com abusadores de consumo de álcool estão em maior risco de agressão física por seus

companheiros, sendo que os homens alcoolizados tendem a agredi-las mais severamente.

De facto, o álcool é a droga mais associada com o comportamento violento, sendo o seu uso consistentemente encontrado em muitos dos perfis de agressores, embora com números variáveis. As estimativas sugerem que entre 6% e 85% das agressões na intimidade envolvem o álcool. As explicações para a associação entre álcool e violência familiar apontam a importância de se considerar a relação entre contexto social e uso de álcool. Outras pesquisas indicam uma associação significativa entre história familiar de violência e consumo actual de álcool e incidência de agressões à esposa. O álcool também tem sido associado à violação sexual, através de uma série factores, entre os quais as expectativas sobre o efeito do álcool, impressões equivocadas sobre intenções sexuais, justificativas para comportamento inapropriado e estereótipos sobre mulheres que bebem. Contudo, o foco exclusivo no álcool como um factor causal para a violência tende a reduzir a responsabilidade do agressor ao colocar a culpa nos efeitos do seu consumo (Jasinski, 2001).

De acordo com Bachar e Koss (2001), estudos recentes mostram que não há ligação directa entre abuso sexual e características pessoais ou atitudes que tornem certas mulheres mais vulneráveis do que outras. Assim, o género permanece como o único predictor isolado para a violência sexual, pois a violação é um crime contra mulheres praticado por homens.

No contexto nacional, o inquérito de 1995 (Lourenço, Lisboa & Pais, 1997) procurou analisar a associação entre álcool e outras drogas e a vitimação, concluindo que não existe uma relação clara entre estes dois fenómenos. Apesar de haver referências a este tipo de consumo em apenas 16% dos casos relatados pelas mulheres inquiridas, não foi possível estabelecer uma relação causal quanto à violência. Chama ainda a atenção o facto de as causas apontadas pelas mulheres que sofrem violência não terem sido coincidentes com as situações relatadas, havendo referências à dominação masculina e machismo (29%) e, em segundo lugar, ao consumo de álcool e drogas (15,8%), seguido pela má formação moral (13,3%). Portanto, foi dada uma valoração ao alcoolismo como causa da violência que não correspondeu às práticas relatadas.

Na investigação de Fátima Monteiro (2005), as causas da violência apresentadas pelas mulheres do estudo afastam-se das questões individuais ou psicológicas. De modo

geral, referem-se à interiorização de valores e atitudes negativas sobre as mulheres por parte dos homens em geral. Destaca-se que, mesmo quando referiam que os maridos consumiam álcool com alguma frequência, nenhuma mulher atribuiu como causa directa da violência o consumo de bebidas alcoólicas ou drogas. Na sua avaliação, a violência existia independentemente deste comportamento. Assim, Matos (2000) questiona o mito de que a violência conjugal está invariavelmente relacionada com o problema do alcoolismo: tais condições, além de não se evidenciarem de modo homogéneo entre as suas entrevistadas, quando existentes, foram narradas no conjunto de outros determinantes do problema, eventualmente mais complexos. Apenas uma minoria das mulheres falou no álcool e da sua importância exclusiva no comportamento do maltratante.

No estudo realizado com mulheres atendidas em Gabinetes de Medicina Legal (Lisboa, Barros & Marteleira, 2003), considerados como espaços privilegiados para a observação de casos de violência extrema, constatou-se a maioria das situações ocorreu em contextos sem disfunções no agressor (81,4%). Quanto estas existem, são o alcoolismo, a toxicod dependência e as perturbações psicológicas. Tais dados levam os autores a afirmar que, mesmo nas situações mais graves de violência praticadas contra as mulheres (como as atendidas nos GMLs), não devem ser procuradas explicações em factores excepcionais, decorrentes de disfunções nos agressores, mas em contextos de normalidade (isto é, de construção da violência como algo “normal”, socialmente aceite e legitimado).

Por outro lado, na caracterização da violência conjugal na Ilha da Madeira (citada por Costa, 2005), 76% das vítimas considerou que seu agressor estava sob o efeito de álcool/drogas durante a agressão. Igualmente, Cidália Duarte (2005) constatou que as mulheres percebem seus companheiros como mais violentos em associação com o álcool, assim como no estudo sobre o atendimento no Serviço de Informação às Vítimas de Violência Doméstica (CIDM, 2004) os agressores frequentemente foram identificados como consumidores excessivos de álcool.

Não há, portanto, uma clareza acerca da associação entre álcool e violência conjugal. Embora esta esteja presente em muitos casos, há também muitas situações em que as agressões ocorrem mesmo quando o marido não está sob o efeito do álcool, como comprovam os dados da APAV. Em 2006, apesar de se ter verificado uma percentagem significativa de inexistência de dependências nos agressores (26,6%), em

um número bastante próximo de atendimentos (23,4%) foi referido que estes possuíam dependência de álcool. Assim, tal como referido por um dos entrevistados, não existem explicações causais lineares para o problema da violência conjugal

*Os motivos são vários, quer dizer, estão descritos [riso irónico]. Cada vez fala mais, na televisão, no jornal. Agora, há muita gente que tem... esses motivos que se fala, de facto existem e não acontecem as agressões, outras pessoas que não têm motivos nenhum destes e as... são violentas por vezes, não é?*

*P: Sim. É difícil estabelecer causas?*

*E: É, é. Basicamente é... há doenças, que podem... permitir isso, doenças de foro psiquiátrico, de alguns elementos, está provado. E depois há todo um conjunto de coisas... não sei, que não é... é como a droga, que dizer, é complicado. Cada vez isso... é possível apanhar muitas causas, mas... estabelecer uma causa-efeito, não é possível, não é? Há um conjunto de situações que pode levar a isso.*

**(ENTREVISTA 7 – MASCULINO)**

Embora os(as) entrevistados(as) destaquem as causas sociais, entendemos que, de modo subjacente, deslocam o foco para o individual. Os problemas sociais (desemprego, baixos rendimentos, tipo de trabalho) são vistos como causadores de perturbações que ocasionam a “perda da estabilidade psíquica”, tal como referido por um dos entrevistados (Entrevista 11). Logo, a “cultura violenta”, que rodeia a todos, deve ser mediada pelos indivíduos que, dependendo de suas capacidades individuais, podem reagir violentamente. Esta concepção acerca da violência-agressividade, de acordo Argemí e Rueda (2002), se insere nas perspectivas clássicas da psicologia, nomeadamente no modelo da frustração-agressão, que pretendia integrar questões ambientais e internas nas explicações sobre o comportamento agressivo. Resumidamente, este modelo prevê que a agressão é resultado de uma pulsão interna, mas está dependente de um elemento externo: a frustração. Deste modo, quando as pessoas não conseguem realizar suas acções devido a uma força externa, sentem-se frustradas, e o aumento da frustração gera a agressão, tendo esta o objectivo de eliminar a frustração (até o momento em que a frustração atinja novamente níveis intoleráveis, quando será novamente descarregada através da agressão). Este é o caso, por exemplo, do entrevistado que refere que a violência conjugal ocorre quando há um “acumular de danos na relação”, frente ao qual a pessoa reage com violência (Entrevista 9).

Seguindo este modelo, Leme (2004) considera a agressividade como uma tendência de resolução de conflitos pessoais cujo comportamento resultante é a agressão. Neste caso, existem variáveis que influenciam o seu surgimento e manutenção, sendo citadas pela autora um componente biológico, de função adaptativa, assim como outros factores: variáveis pessoais (personalidade), experiências anteriores e expectativas socioculturais. Por outro lado, conforme apontam Meneghel, Giugliani e Falceto (1998), os conceitos de agressão e agressividade, assim como o de violência, envolvem múltiplos enfoques e direcionamentos. Podem estar inseridos dentro de marcos referenciais biologicistas e comportamentalistas, dentro de modelos exclusivamente psiquiátricos ou de abordagens mais amplas, como a da violência estrutural, proporcionada pelo próprio sistema social com suas iniquidades. Nas teorias biologicistas e comportamentalistas, a agressão é vista como algo instintivo e natural, assim como a sede, a fome ou o desejo sexual. Deste modo, a agressividade é mediada geneticamente, constituindo-se como resultante da natureza instintiva do ser humano, que apresenta uma tendência irreprimível à violência, tal como referido pela Entrevistada 1, que acredita haver “algum substrato fisiológico” na violência.

Na tendência psicanalítica (ou psicologizante), a agressividade é vista como decorrente de uma carência emocional vivida na infância ou pela falta de fixação de limites nesta mesma etapa de vida. Quando a criança cresce em um ambiente marcado por conflitos e agressões, seja entre os pais ou contra si, desenvolve níveis elevados de ansiedade, a qual conduzirá à agressividade (Meneghel, Giugliani e Falceto, op cit). Este parece ser o caso dos(as) entrevistados que atribuem o comportamento agressivo às experiências traumáticas vividas na infância (como na Entrevista 12), as quais também podem ser relacionadas ao conceito de socialização. Segundo esta corrente, as crianças, desde o nascimento, aprendem a internalizar normas sociais. A partir de processos de modelagem e imitação, a personalidade é formada de modo definitivo, passando a constituir uma característica individual, estável e inerente aos indivíduos. Neste caso, a distinção entre inato e aprendido é meramente semântica, pois os padrões de socialização, depois de internalizados, tornam-se específicos e persistentes ao longo da vida, como uma “essência”. Ou seja, apesar de procurar acrescentar os factores socioculturais, funciona dentro de uma visão essencialista, em que um comportamento, após aprendido, se torna inalterável (Nogueira, 2001).

Assim, as abordagens tradicionais acerca da violência assumem como pressuposto o facto de que a agressão e a violência devem ser explicadas no nível individual ou, até mesmo, intra-individual. Por outro lado, nas explicações que focam o “contexto social”, este é visto apenas como algo que afecta o comportamento agressivo (como nas teorias da frustração-agressão, em que um elemento externo é responsável pelo aumento da frustração). Por outro lado, as explicações da psicologia social contemporânea introduzem a noção do conceito relacional, destacando a importância de se considerar as normas sociais (isto é, o que é visto como violento em um determinado contexto ou cultura pode não o ser em outro). Deste modo, a violência é tomada como um comportamento “anti-normativo”, algo que foge às normas (Argemí & Rueda, 2002).

Na realidade, todas estas perspectivas reforçam o *status quo* através de um discurso que “mostra duas caras” de acordo com o que lhe convém. Ao focar o indivíduo, são ignorados os aspectos relacionados à ordem social dominante (aspectos estruturais, conforme referido por Meneghel et al, 1998), evitando-se colocar a questão em termos políticos. De outro modo, ao considerar a agressão como uma conduta socialmente inadequada, evita-se examinar a violência institucional, uma vez que vincula a agressividade a grupos socialmente desviantes. Consequentemente, a solução para o problema passa pelo controle dos grupos ou indivíduos desviantes, exercida através de dispositivos ideológicos, tal como a psicoterapia (Argemí & Rueda, 2002).

### Intervenções individuais

Embora sejam referidas causas socioculturais para o problema, há, de modo subjacente, um foco no individual, tal como identificamos acima. Do mesmo modo, as intervenções propostas pelos(as) entrevistados(as) invariavelmente remetem para o domínio individual, especialmente a psicoterapia, com grande ênfase para que a própria vítima assuma a iniciativa de mudar a situação em que se encontra.

*Propus internamento compulsivo. Uns meus utentes, outros na urgência, ah... de que surtiram efeito. De facto, em que havia risco mesmo de morte. E... e portanto tive uns três ou quatro casos de... em que propus o internamento compulsivo. E eles foram, melhoraram e... pronto, também recidivou um dos casos [...] Portanto, normalmente o que eu faço, já tive vários casos, é ligar directamente para a Polícia ou para o Ministério Público. Pronto. Há uns casos em que a vida está em risco, é um caso*

grave. [...] Também alguns casos encaminho para Psiquiatria, porque quando é assim, normalmente estão muito, muito deprimidas, e há... também encaminho, explico que há problemas do casal, agressões, e, e depois... também ficam a ser tratados... pela psiquiatria **(ENTREVISTA 1 – FEMININO)**

Como é que eu costumo agir? Pronto, em primeiro lugar ah... tento... ver o qu- qual que é... a orientação... qual é que é a causa e se há alguma situação em que a gente possa eventualmente ajudar. Vamos supor... se a causa for... uma causa devido... alcoolismo da... do marido, ou... qualquer coisa deste género, desde que haja uma... verdadeira motivação, tento enca- fazer um encaminhamento dos casos em que é... em que é preciso. Posteriormente, ah... quando a pessoa em causa, indica que... pronto, que este tipo de situação existe, ah... o que eu lhe posso sugerir é que... se realmente não... consegue... lidar de outra maneira, que procure... ajuda, a ajuda possível nestes casos, como... as associações que existem de apoio, e eventualmente, em alguns casos, embora eu não possa fazer isso... embora não faça isso directamente, ah... a pessoa... sei que há pessoas que até... em alguns dos casos já... apresentaram... como é que hei dizer... uma queixa formal contra o convivente da altura para tentar resolver essa situação. Normalmente eu aconselho, se é alguma coisa que eu acho que é possível tratar, eu trato, se não, o aconselhamento que faço é para... uma tentativa de... orientação para... as associações que podem apoiar [...] É assim, é... eu faço algum encaminhamento, deste tipo de situações, ah, quando existe... afectação da parte psicológica para, eventualmente, a psiquiatria. [...] Portanto, que orientações que eu faço: se é uma situação, aguda, que eu acho que precisa de atendimento, oriento para uma urgência de psiquiatria e posteriormente eventualmente para uma consulta de psiquiatria. Para acompanhamento desta, desta situação. Ah... posso sugerir, eventualmente, uma terapia ao casal, se é possível. Mas muitas vezes as pessoas não... não são muito receptivas, principalmente da parte do agressor, como é evidente. Não são muito receptivas a este tipo de... de... de terapia, não é? **(ENTREVISTA 2 – MASCULINO)**

Outras vezes... tento que elas... tomem uma atitude, não é? Pronto, os... os cônjuges e os... maltratantes. Nem sempre consigo, não é? [rindo] Agora, há coisas que eu não posso intervir, as pessoas são livres, são... não é? Tento ajudar, dentro do possível, converso e... pronto [...]. Mas nós não temos muitas alternativas. Não há... não há uma resposta boa da psiquiatria, não temos psicólogos clínicos... neste momento, no serviço, não é? [...] Ah... às vezes oriento para a privada, não é? Ah... se vejo que é uma situação que já é patológica, para um psiquiatra. Se não, aconselho a pessoa a ir a um psicólogo, ah... às vezes até Terapias Familiares, mas as pessoas não aderem. Têm muita dificuldade. Até porque, a população que aqui vem, a maior parte tem dificuldades económicas... e depois as... as consultas de psicologia são muito caras, não é? **(ENTREVISTA 5 – FEMININO)**

*E: Eu, geralmente eu... pronto, constato... o que estou a ver, não é? E depois digo-lhes, é... do... informo do que elas podem fazer. Elas depois é que têm que tomar a iniciativa de o fazer.*

*P. Sim... e quais são as informações que a doutora dá, no caso?*

*E: Geralmente informo-as que... se quiserem... se têm filhos menores, têm que se dirigir ao Tribunal de Menores, se quiserem, que as orientará, se não, terão que ir ao Ministério Público, participar... [...] E depois elas... depende delas a... a decisão, não é? (ENTREVISTA 6 – FEMININO)*

*O encaminhamento que dei? Ah... a doente não se veio queixar de violência doméstica, a doente veio se queixar, e depois referiu. Mas não quis avançar com mais nada! Tratei a doente [riso irónico]. Das... das... das... das marcas que tinha, é... esse caso concreto [...] Esses casos, dois casos, pelo menos- um que me lembro perfeitamente, que a memo- que não vai a muito tempo, ah... a pessoa referiu-me que foi, mas não quis avançar com mais nada, eu fi- eu obviamente propus-lhe se queria fazer alguma queixa e a pessoa disse-me que não, que falava disso comigo mas que não dizia mais ninguém! [...] Assim, se for alguma situação desse tipo eu incentivo a fazer uma queixa! Como é lógico. E foi o que aconteceu nessa situação, só que a pessoa disse que não fazia queixa! Não sei se fez ou não. [...] Mas a doente depois não quer queixar, não queixa, quer dizer... Aí já não é comigo. (ENTREVISTA 7 – MASCULINO)*

*Quando vejo que começa a ter sintomas... sei lá, depressivos, insónia... a maior parte de Psiquiatria... pronto, começo a sentir que... que isso afecta muito a vida do doente, que tem dores de cabeça, ou que tem... ou que tem... emagrecimentos, ou que tem... pronto, até um ponto procuro conduzir com... quando vejo que as coisas me ultrapassam, cada macaco no seu galho, não é? Quando a depressão não avança, ou quando é realmente assim uma depressão mais... mais... mais importante, então nessa altura mando para a Psiquiatria. (ENTREVISTA 8 – FEMININO)*

*Eu procuro fazer com que a pessoa em causa admita, não é, com uma admissão, se ela não admitir, ela não pode pedir ajuda. Eu explico a situação, que agora, hoje em dia já há meio de ajuda, meios de encaminhamento, portanto se ela admitir pode-se accioná-lo com processo não é. Mas é... se quer que lhe diga, até agora ainda não tive ninguém que quisesse. [...] É difícil, a nossa intervenção é muito difícil, muito difícil por isso, acho que tem que ter um apelo do outro lado né...pronto não sou juiz, não devo julgar ninguém, nem tão pouco...como é que se chama aquele advogado de acusação, uh...promotor. Não sou da promotoria, acho que a nossa acção é junto do doente que nos procura. Esclarecimentos, ver o que que há o que não há, e o doente tem que fazer as coisas. [...] Pronto acho que psiquiatria, não conheço mais nenhum né...queixa policial acho que tem ser a própria pessoa né...Não sei se seria bem papel de um médico fazer queixa a polícia, podia pedir apoio a associação de apoio a vítima e da psiquiatria o resto acho que não é bem da nossa alçada. Não me sinto bem acusando assim*



*certo, acusar sem ter provas né? A pessoa pode dizer que foi o marido que fez como não foi... Também é preciso se ver. (ENTREVISTA 10 – MASCULINO)*

*Ah... eu acho que o ideal é que... as associações de apoio a vítimas... de violência de gênero, o ideal, antes de mais, é o assumir a situação... e... e tem de... decidir... quebrar, com... com a situação, não é? Pegar nos filhos e... quando depende, economicamente... é muito complicado! Porque... botam na balança, não é? (o que é melhor) para os meus filhos, mas eles também não podem passar fome! [...] neste caso em particular, que é o que eu tenho mais presente, a mãe é adulta. Sabe o que está a fazer. (ENTREVISTA 12 – FEMININO)*

Nas diversas passagens (e neste último trecho em particular), fica clara a responsabilidade depositada sobre a vítima, vista como uma pessoa adulta a quem são apresentadas diversas opções (registro na polícia, ministério público, acompanhamento psicoterápico, divórcio) e que deve decidir o que fazer. Estes dados são condizentes com os resultados de um estudo sobre a percepção social da mulher vítima de violência conjugal (Costa, 2005), onde a maioria da amostra (30%) referiu que esta deveria formalizar uma queixa policial. Em segundo lugar (23%), que deveria procurar ajuda numa organização de apoio social e, em terceiro lugar (21%), informar-se sobre seus direitos. Portanto, o tipo de intervenção sugerido indica que esta não se estende ao par envolvido na interação violenta e, tampouco, aos factores estruturais da sociedade (como as diferenças nas posições sociais de homens e mulheres), sendo privilegiada a intervenção do tipo institucional, com o recurso à polícia.

Deste modo, tanto as causas quanto as soluções apontadas pelos(as) médicos(as) entrevistados(as) para o problema da violência conjugal passam pela individualização. Consoante com a forma com que as mulheres vítimas se apresentam aos(as) médicos(as) (manifestações psicossomáticas, poliqueixosas, deprimidas), frequentemente são tratadas com psicofármacos (especialmente ansiolíticos e antidepressivos) ou encaminhadas para acompanhamento psiquiátrico/psicológico. Matos (2000), apoiada em relatos de mulheres submetidas à violência conjugal e acompanhadas em psicoterapia, afirma ser necessário desconstruir a noção de que estas mulheres são passivas e necessitam de “tratamento” devido a sua condição inerentemente patologizada. Tal como ocorre com o grupo de homens maltratantes, não existe um único perfil de mulher maltratada, sendo que as próprias resistem a auto-definirem-se de modo patologizado, considerando que a sua medicalização não constitui uma via

legítima para a resolução do problema. De facto, apesar da vivência de violência afectar profundamente a vida das mulheres, nem todas desenvolvem desordens psicológicas que atinjam o nível de um diagnóstico formal. Igualmente, o grande destaque à indicação de terapias de casal pode trazer subjacente a valorização do restabelecimento da coesão familiar, como se esta tivesse que ser mantida a qualquer custo (Costa, 2005).

O potencial prejuízo do discurso da vitimação está na reiteração de uma lógica centrada no problema, sustentando uma narrativa de justificação em torno dos maus-tratos e implicando na co-responsabilização da vítima devido a buscas para explicações para o abuso na sua personalidade, as quais são acompanhadas por crenças legitimadoras dos maus-tratos (“não fazem nada para mudar”, “merecem”, “coitadas”) e desresponsabilização do agressor. Tais elementos reforçam as posições de inanição e indecisão da mulher, viabilizando a continuidade da interacção violenta (Matos, 2000). Logo, o processo de medicalização de questões sociais é particularmente prejudicial às vítimas de violência conjugal, pois as posiciona como objectos de psicopatologização, sendo as condições sociais em que vivem e os processos psicológicos a que são submetidas designados como “qualidades intrínsecas às próprias” (Lavis, Horrocks, Kelly & Barker, 2005). Deste modo, ficam excluídas as questões socioculturais e políticas que efectivamente propiciam a violência conjugal, as quais poderiam ser abordadas pelo sector saúde a partir da perspectiva da promoção da saúde, tal como veremos adiante.

#### Divórcio: uma boa saída?

Outra medida frequentemente sugerida às mulheres vítimas de violência pelos(as) profissionais entrevistados(as) é de que deveriam romper com o relacionamento abusivo. Mesmo que o divórcio seja colocado de modo subtil, parece estar implicitamente significado como a única solução aceitável para o problema. Mais uma vez, percebemos que se trata de uma intervenção micro-focada, cujo alvo é sempre a mulher vítima, isto é, ela é quem deve tomar a iniciativa de romper com o relacionamento abusivo, sair de casa com os filhos e procurar alternativas. Seguindo a perspectiva oferecida pelo modelo biomédico, o objectivo das intervenções é a “cura”, isto é, extirpação do problema que causa efeitos na saúde. Neste caso, o equivalente

para a “cura” é o divórcio, entendido como uma forma de, definitivamente, cessar a violência.

*Porque também tenho tido casos em que há uma boa saída! Que é... não sem um custo psicológico, em que depois de anos e anos a viverem mal, ah, mas tendo elas... o seu dinheiro, conseguem sair, formar nova família, casando ou não casando... com companheiro* (ENTREVISTA 1 – FEMININO)

*Nos casos que eu tenho conhecimento, a única coisa que dizia é que eles têm que alertar as autoridades num próximo caso, e têm que pensar... no seu casamento! Não é? Aconselhando muitas vezes o divórcio, e... pelo menos pensar nisso, e amedrontando o marido do divórcio, porque muitas vezes quando se fala, eles depois... ficam com receio. Não é. Ah... habitualmente as mulheres são agredidas, nós falamos isso do divórcio, elas dizem: não, não, não, não, divorciar nem se fala! Porque antigamente o divórcio era um bicho-de-sete-cabeças, enquanto que agora não é assim, não é? A mulher quando... sente mal, ah... muitas vezes opta, exactamente, por deixar o marido, não é? Já com mais facilidade, que dantes não fazia. Antes não fazia. Até que... economicamente a mulher dependia 100% do marido. E agora, já não acontece isso, já tem o seu emprego, já tem o seu vencimento, já não depende tanto do marido, não é? Economicamente.* (ENTREVISTA 3 – MASCULINO)

*Eu acho que as pessoas se queixam mas... poucas vão... conseguem dar a volta... para sair daquela... daquele círculo, não é? Da violência [...] Só o apoio psicológico se calhar é que lhes ajudava a entender se... se devem ou não devem... avançar, se devem ou não chegar a uma situação de divórcio ou não [2 s. riso/suspiro].* (ENTREVISTA 6 – FEMININO)

*Ah, a malta mais nova, as mulheres é que estão a dominar a situação. Porque têm melhor estudo, têm mais estudo, ah... economicamente tão melhor, socialmente tão melhor, e... e... tão menos dependentes, ligam menos... ao factor, à pressão de estarem casadas ou separadas. E se eles começarem a incomodar muito, elas põe-los fora* (ENTREVISTA 9 – MASCULINO)

Entretanto, ao mesmo tempo, identificam que esta não é uma atitude fácil, pois implica que a mulher tenha seus próprios recursos económicos e capacidade psicológica para lidar com a situação o que, na maior parte das vezes, não possuem. Neste aspecto, as dificuldades para a concretização do divórcio se aproximam das que se colocam ao registo de queixa as autoridades competentes. E, assim como já discutido no tema

“processo de desocultação”, questões como a privacidade e a vergonha em denunciar tais vivências surgem com grande intensidade.

Outro aspecto a ser considerado é o desejo de proteger o parceiro e a relação conjugal, identificado por Fugate et al (2005) como uma das barreiras que impedem as mulheres que sofrem violência conjugal de procurar auxílio para lidar com o problema. As mulheres entrevistadas pelas autoras expressaram preocupações quanto ao facto de denunciar a situação às autoridades colocar o companheiro em problemas; outras ainda referiam que não desejavam romper o relacionamento e, portanto, não procuravam auxílio para sua condição por entenderem que seriam pressionadas ao divórcio. Deste modo, as mulheres vitimadas entendem que a busca por um auxílio necessariamente envolve o término do relacionamento.

Em nosso estudo, o divórcio realmente parece ser a “solução ideal” concebida pelos(as) médicas(as). Todavia, esta não é uma atitude fácil, tal como reconhecido pelos(as) próprio(as) entrevistados(as), que admitem a existência de barreiras económicas, sociais e psicológicas.

*Penso que por várias razões. Em primeiro lugar, por exemplo, são pessoas que estão dependentes da, da... do agressor, chamamos-lhe assim, e como tem que... ou não tem coragem de desfazer a... a relação, não é, ou porque... tão dependentes mesmo, a nível económico... não avançam... neste tipo de... de atitudes, muitas vezes [...] Porque, se calhar, uma pessoa quando é agredida pensa... “não quero mais isso, vou... vou apresentar queixa e tal. Mas por outro lado... afinal, não posso fazer porque... eu... não ganho o suficiente... não tenho... dinheiro para me manter sozinha... tenho os filhos que precisam de mim, ah...” estou falando agora, muitas vezes nas mulheres [...] Porque a pessoa diz “ai, não... não queria mais continuar, mas ao mesmo tempo... ah... tenho os meus filhos, tenho a...” pronto. Como que é que a gente vai fazer? Olha, o que eu posso dizer é, “olha, existem associações, existem pessoas que podem acompanhá-la e ajudá-la nesta altura, nesta.... “Ah, mas eu não queria expor a minha vida, não queria...” [...] Então... depois a gente pode perguntar “não fazem por quê?”. Muitas vezes, se calhar, porque não tem alternativas! Ou melhor, porque a alternativa que lhes é apresentada, para ela, naquele momento, não é melhor do que aquela em que vive. (ENTREVISTA 2 – MASCULINO)*

*A principal dificuldade é que elas não di- Tentam omitir... o que se passa, não é. Tentam omitir, desculpando o marido, muitas vezes, não é. E... e por isso é que também... recorrem menos às autoridades, do que... porque tem... não querem, não querem fazer escândalo, nem que saibam, não é? (ENTREVISTA 3 – MASCULINO)*

*E: E mesmo têm muita dificuldade, elas mesmo têm muita dificuldade em... pronto, em, em assumir e tomar uma atitude... sei lá, de fazer uma... um denúncia... à polícia, um... mesmo que a gente diga “olha, é importante fazer” [...] E mais, a sensação que eu tenho [rindo] é que isto é uma sociedade realmente... que as mulheres são muito complicadas, porque tenho dois, ou três, ou quatro casos aqui, que elas deveriam separar-se dos maridos, e tomar uma atitude... de afastamento, e não fazem. Ou... ou separam-se e depois voltam... eu tenho por acaso uma agora, que... que aconteceu isso. Uma ou duas.*

*P: E o quê que a doutora achar que leva essas mulheres a não levarem adiante uma separação, a não irem na polícia...*

*E: Às vezes têm filhos menores, não é? Outras vezes porque não têm condições económicas para sobreviver sozinhas. Não é? E... outras vezes, se calhar, há um certo masoquismo, não é? [rindo]. E talvez até... um problema social, a maneira como são vistas pelos outros, não... é tudo um pouco.*

#### **(ENTREVISTA 5 – FEMININO)**

*Apesar de toda a informação... que existe hoje em dia, eu acho que as pessoas ainda são um pouco... talvez também por... às vezes por dependência económica... não é? Tem muita dificuldade em... em sair da situação. [...] Maior parte das vezes. Porque têm medo deles, não é? Da agressividade deles, outras vezes porque os filhos não aceitam. [...] É... são situações complicadas que as pessoas ah... raramente levam até ao fim. [...] E. E... e... o que eu... da minha experiência, ah... acho que as pessoas acabam por se habituar a conviver com a... com a violência! [suspiro] É a experiência que eu tenho. [...] A questão financeira e se calhar a questão... cultural... que ainda está muito... enraizada, não é, em Portugal eu acho que está. As pessoas assumem muito que “pronto, é assim”. [...] Envolve muitos sentimentos, não é? E... se calhar são esses sentimentos também que impedem depois as pessoas de... de andarem prá frente, estão sempre a pensar que aquilo vai melhorar... haverá algum... alguma relação amor e ódio, não é? Que... que não conseguem... resolver. (ENTREVISTA 6 – FEMININO)*

Particularmente com relação ao modo como serão vistas pela sociedade devido à força dos valores tradicionais de família (que ainda estão bastante enraizados na sociedade portuguesa), parecem mesmo ser um grande obstáculo, além sensação de fracasso que se associa ao término de um relacionamento conjugal devido à valorização do amor romântico (Matos, 2000, Neves, 2005), tal como já discutido. O facto de ser a mulher a deixar a casa, o marido e os filhos ainda é visto como algo polémico. Neste contexto, a própria médica que referiu ter sofrido violência conjugal admite que assumir-se como divorciada perante seus familiares e colegas não é uma atitude fácil.

*Ter que deixar... a família, a casa, a família, tudo. Ainda por cima... não é socialmente bem aceito a mulher sair, não é? Pronto. Sofri muito, sofri isso, ah... a princípio também da família que... “como é que é possível”, da família também do... do lado contra- como é que é... da família do, pois, meu marido, não é? Ah... e portanto não é nada fácil, e eu percebo porque é que as mulheres e as pessoas que têm estes problemas têm dificuldades. Eu, durante um ano e tal, aqui neste Centro de Saúde, só sabia a chefe de secretaria [...] sabia esta senhora, e sabia, sabia uma outra... uma enfermeira, com que me dou muito bem, tenho uma boa ligação. De resto ninguém sabia, e penso que até hoje ninguém sabe que eu estou separada. Mas eu começo a divulgar, visto que, tenho outra identidade agora, não é? Mas... ainda não me é fácil. (ENTREVISTA 1 – FEMININO)*

Deste modo, há que considerar que mesmo as mulheres “independentes”, com seus próprios recursos financeiros, sentem-se pressionadas socialmente a manter o relacionamento conjugal. A saída de casa é vista como um “abandono do lar” e, subjacentemente, como uma falha no papel feminino de esposa e mãe, sendo que as representações tradicionais do casamento contribuem para que as mulheres que optam por deixar o companheiro sintam-se sozinhas e isoladas socialmente (Matos, 2000).

Chama ainda a atenção que a maior parte dos(as) entrevistados(as) refere as dificuldades económicas como um dos factores que prendem as mulheres aos relacionamentos abusivos quando, anteriormente, destacaram a emancipação da mulher e sua independência económica face aos homens. Mais do que uma contradição, entendemos que os(as) médicos(as) utilizam repertórios interpretativos distintos para falar das mulheres “em geral” (isto é, como grupo social) e das mulheres vítimas de violência conjugal. No primeiro caso, generalizam as conquistas obtidas como se pertencessem a todas as mulheres, posicionando-as como activas e independentes. Contudo, ao referirem-se ao grupo específico das mulheres vitimadas, accionam outros repertórios, nos quais a independência feminina não se enquadra, adequando-se mais à posição de vítimas, submissas ou “coitadas”.

*E: É preciso ter... exactamente. Tem que se ter alguma cautela na maneira que com que se aborda estes temas, porque às vezes... mas as mulheres normalmente acabam por nos dizer.*

*P: Hum hum. A partir do momento em que são confrontadas...*

*E: É. Algumas com muitos brios, “não diga ao meu marido, não diga assim...”. Aquelas coisas, não é? Coitadas, não é, a gente percebe. (ENTREVISTA 5 – FEMININO).*

Outro obstáculo identificado pelos(as) entrevistados(as) para uma “boa saída” (isto é, o divórcio) é o medo que as vítimas têm de seu agressor, tal como expressado no seguinte fragmento de entrevista.

*É principalmente o medo que a vítima tem. O medo, o medo. Quem é violentado em casa entre quatro paredes tem muito medo, mesmo muito medo, porque não tem saída. Se tivesse um filho que apoiasse a levasse para casa tudo bem... Mas geralmente os filhos não estão para isso. Aí é que está, o apoio que deveria vir da família também não vem, os filhos geralmente sabem e não apoiam. [...] Eles dizem “ah, que não, são meus pais e eu não quero interferir”. É difícil, isso. (ENTREVISTA 10 – MASCULINO)*

A este respeito, diversos estudos demonstram que, frequentemente, o momento em que as mulheres decidem romper com o relacionamento abusivo é justamente aquele em que correm maiores riscos. Embora em Portugal não existam números oficiais a este respeito, uma vez que as estatísticas de homicídio não discriminam aqueles que são praticados no contexto da conjugalidade (frequentemente designados como “crimes passionais”), uma iniciativa da UMAR permite ter uma noção do que se passar em Portugal.

No “observatório de mulheres assassinadas”<sup>104</sup> são compilados todos os casos de homicídios de mulheres praticados por marido/companheiros ou ex-maridos/companheiros noticiados na imprensa nacional. Ainda que não reflecta a realidade na sua totalidade, uma vez que utiliza como fonte apenas os dados noticiados na imprensa, este relatório revela uma realidade alarmante. A análise do período compreendido entre Novembro de 2004 e Novembro de 2005 identificou o assassinato de 39 mulheres e 46 tentativas de homicídio, perfazendo um total de 85 casos de agressões contra mulheres noticiadas na imprensa. Deste número, 28% das mulheres já havia saído de casa ou abandonado o parceiro. Algumas haviam tentado refazer a vida em outra cidade, tendo sido perseguidas e executadas, o que mostra que não basta querer ou sair do relacionamento para se livrar dos maus-tratos. Os actuais maridos, namorados ou companheiros das vítimas correspondem a 69% dos agressores. Este número, somado aos ex-companheiros, ex-namorados e ex-maridos (21%), perfaz um total de 90% de autores das agressões com história de conjugalidade com suas vítimas.

---

<sup>104</sup> Informações disponíveis em [www.umarfeminismos.org](http://www.umarfeminismos.org)

No período compreendido entre os anos 2005 e 2006, o Observatório identificou 39 casos de homicídios e 43 casos de tentativas de homicídio/agressão a mulheres noticiados na imprensa portuguesa. No que diz respeito à relação entre vítima e agressor, os homicídios foram cometidos principalmente no contexto de uma relação de conjugalidade (actual ou já rompida), correspondendo a um total de 78,2% dos casos. Destes, 56% são actuais companheiros, maridos ou namorados e 28,2% são ex-namorados, ex-maridos e ex-companheiros, situação semelhante a que se encontrou nos anos anteriores. No período compreendido entre 25 de Novembro de 2003 e 20 de Novembro de 2006, registaram-se 117 homicídios e 115 agressões com tipologia de tentativa de homicídio, sendo que, os agressores e homicidas continuam a ser, em maior número, os maridos, namorados ou companheiros das vítimas.

Elza Pais (1998) também tomou o homicídio conjugal como objecto de análise de sua investigação, considerando-o uma forma de violência física extrema que ocorre no contexto das rupturas violentas da conjugalidade e que apresenta o menor “número negro”, não se afastando dos valores da criminalidade real. A análise comparativa dos homicídios em geral com os homicídios conjugais mostrou que os últimos correspondem a 15% do total de homicídios, havendo uma clara diferenciação de género: os homens são os principais autores de crimes violentos, correspondendo os homicídios conjugais a 13% deste tipo de crime; no caso das mulheres, a maioria comete o homicídio no contexto familiar (em 1994, mais de 50% das reclusas por homicídio cometeram o crime no quadro da conjugalidade), sendo seu alvo principal o marido/companheiro, podendo também ser os ex-maridos/ex-companheiros e os amantes.

Os tipos de homicídios identificados pela autora (Pais, op cit) demonstram claras diferenças de género na prática do homicídio conjugal, onde o “homicídio maus-tratos” é cometido exclusivamente por mulheres sobre seu marido/companheiro após terem sido vítimas prolongadas de maus-tratos por ele praticados. O “homicídio violência-conflito” é cometido exclusivamente por homens sobre mulheres (esposas ou companheiras) que, assim como as anteriores, viveram um longo percurso de violência conjugal. Diferentemente da situação anterior, nunca chegou a ocorrer a “inversão vítima-autora”, sendo as mulheres as únicas vítimas. O “homicídio abandono-paixão” também é um crime tipicamente masculino, sendo a vítima geralmente a mulher (esposa, ex-esposa ou amante) que desinvestiu da relação e a quer abandonar ou já a



abandonou efectivamente. Os homens autores deste tipo de crime constituem o “protótipo do homem abandonado”, que fazem de tudo para preservar a relação, até mesmo aceitar o amante da companheira. Por fim, o “homicídio posse-paixão” pode ser cometido tanto por homens quanto por mulheres, sobretudo as mais jovens (menos de 39 anos), na figura não do objecto amado, mas daquele que perturba o (novo) relacionamento.

Portanto, de acordo com Matos (2000), a dicotomia “ficar-sair” da relação como resolução do problema é uma ilusão objectiva e linguística. Geralmente, “ficar” é representado como sinónimo social de aceitação da violência e da vitimação, ignorando-se que, algumas vezes, “sair” pode ser mais inseguro. Por outro lado, nem sempre “sair” é sinónimo de autonomia e liberdade absoluta, assim como ficar pode não significar incapacidade total ou opressão; pelo contrário, pode mesmo representar um processo activo de enfrentamento do problema e de busca de ajustamento do relacionamento conjugal. Os riscos destas equações simplistas são vários: a individualização do processo ficar-sair esquece sua complexidade, sustentando a pretensão de que, depois de sair, a mulher estaria liberta de qualquer pressão, quando sabe-se que muitas vezes este é o momento em que a mulher se encontra mais vulnerável. Muitas vezes, sair é a decisão mais arriscada de todas. O privilégio dado à saída como a melhor resposta esquece as diversidades de tentativas para lidar e resistir à violência, além de enfatizar a noção de fracasso ao responsabilizar unicamente a mulher pela resolução do problema. Deste modo, “sair” não parece ser a questão fundamental para a resolução do problema, mas, antes, dar ênfase à agência individual de cada uma destas mulheres.

De modo semelhante, Fátima Monteiro (2005), afirma que, apesar das muitas informações disponíveis sobre o fenómeno da violência conjugal (especialmente sobre as características da relação abusiva), é necessário aprofundar temas ainda pouco debatidos, como o perigo que existe no momento em que a mulher tenta “deixar” o parceiro abusivo e/ou a construção de alternativas à vitimação das mulheres. Portanto, deve-se ultrapassar a abordagem do que está errado *nas mulheres* alvos de violência para recolocar o problema nos autores da violência e no contexto sociocultural e político.

### Outros encaminhamentos

No discurso de nosso(as) entrevistados(as), as outras intervenções frequentemente citadas são o encaminhamento para a Assistente Social do Centro de Saúde e para instituições sociais de apoio, entre as quais a APAV é, de longe, a de maior visibilidade e reconhecimento.

*Nos casos em que são ah... batidas, ou, ou que... são agredidas, ou que são maltratadas hã digo-lhes que tem sempre a Associação de Apoio à Vítima que pode sempre... hã também tem esses recursos de que falei...hã se acham que o caso é assim muito grave hã... pergunto sempre quais as pessoas que podem estar em caso de necessidade (absoluta), com quem podem contar, e portanto tentamos ver dentro de suas relações como é... se há alguém que possa ajudar, se há alguém que possa lá... modificar um bocadinho, falar, se há alguém que se dê muito bem, por exemplo, com o marido, que possa tentar, ah, digamos, pôr um bocadinho de água na fervura, não é? (ENTREVISTA 1 – FEMININO)*

*Quando a pessoa em causa, indica que... pronto, que este tipo de situação existe, ah... o que eu lhe posso sugerir é que... se realmente não... consegue... lidar de outra maneira, que procure... ajuda, a ajuda possível nestes casos, como... as associações que existem de apoio [...]. Normalmente eu aconselho, se é alguma coisa que eu acho que é possível tratar, eu trato, se não, o aconselhamento que faço é para... uma tentativa de... orientação para... as associações que podem apoiar ah... a Associação de Apoio à Vítima, eventualmente... que possam apoiar a... a pessoa... neste tipo de... de... atitude. (ENTREVISTA 2 – MASCULINO)*

*E: Aliás, iria aconselhar, que há aí um número tal e já não era a primeira vez que o faria, não é? Dava-lhe os números de... de apoio à vítima, e de uma destas associações, e destas... e aí, tenho lá isso no consultório, lá um... esses números todos.*

*P: O senhor tem uma lista de contactos, ou de serviços e recursos?*

*E: Sim, sim. Para dar às pessoas. Claro. Há não sei quantos números, desde a APAV, a... a Segurança Social, a Assistência Social... essas coisas todas. (ENTREVISTA 4 – MASCULINO)*

*Ah... e às vezes falo com a assistente social, quando são casos assim que me preocupam muito... falo com assistente social, para ver se há... se é possível alguma intervenção social ou não. [...] Ah, o... APAV, tenho, tenho conhecimento. Mas nu- quer dizer, nunca teve assim uma situação que precisasse... de encaminhar assim... de urgência [...] Pronto, o recurso é a Assistente Social, que tenho uma boa relação com ela e às vezes troco impressões com ela, às vezes até com outros colegas, ah... (ENTREVISTA 5 – FEMININO)*

*Geralmente informo-as que... [...] se precisarem de alguma ajuda... em questão de alojamento, têm a Associação de Apoio à Vítima... que a nossa Assistente Social lhes pode dar... informações... (ENTREVISTA 6 – FEMININO)*

*Ah, uma situação semelhante aqui, só recorrendo... a nível de Centro de Saúde, só a Assistente Social e depois encaminhando... mas isso aí pelo... ah... e sei que há agora... uma entidade de apoio à vítima... [...] não estou a ver... mais nenhuma... [rindo ironicamente] portanto, é através da Assistente Social [...] e há aí é essa instituição de apoio à vítima, a APAV, não é...? [...] Pronto, a APAV eu sei que existe, mas não sei onde fica. (ENTREVISTA 11 – MASCULINO)*

Contudo, entendemos que subjacente ao encaminhamento para a assistente social ou outras instituições existe o risco de implicar uma simples transferência de responsabilidades pelo cuidado e uma descoordenação nas intervenções. Em nossa entrevista com uma assistente social de um dos centros de saúde de Braga,<sup>105</sup> esta referiu que situações de violência doméstica detectadas pelos(as) médicos(as) durante as consultas são directamente encaminhadas por estes profissionais para instituições sociais de apoio (tal como a APAV). Eventualmente, pedem-lhe informações sobre como proceder, ficando, no entanto, o encaminhamento das utentes sob a responsabilidade dos médicos. Todavia, não é isto que se depreende do discurso dos(as) médicos(as) entrevistados(as), uma vez que afirmaram referenciar a situação para a assistente social, que fica encarregada pelos encaminhamentos necessários. Há, portanto, um certo desencontro nas expectativas de ambos os profissionais.

Adicionalmente, de acordo com Barbara Starfield (2002), duas características importantes dos cuidados de saúde primários são a continuidade (atenção oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos) e a longitudinalidade (existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo). Assim, mesmo que o encaminhamento seja necessário, o(a) médico(a) de família deve ser capaz de continuar a acompanhar sua paciente, sendo informado dos procedimentos e intervenções adoptadas pelo(a) outro(a) profissional. Todavia, isto nem sempre isso é possível, como refere um dos entrevistados.

---

<sup>105</sup> Apresentada no Capítulo 6 (6.3. O contexto local: município de Braga).

*P: E o senhor costuma fazer um acompanhamento, digamos, ah... porque o senhor é médico de família, essa mulher... ah... vai encaminhada para a APAV, ou algumas situações fica em acompanhamento psicoterápico, ou... ou... psiquiátrico... é feito algum acompanhamento desta situação por si?*

*E: É evi- ah... portanto, a orientação posterior, as pessoas, quando vêm, relatam o que se passa. Se for uma situação de... da parte psiquiátrica... em princípio, quando a pessoa... te- termina o tratamento psiquiátrico, é remetido ao médico assistente e deve trazer uma informação clínica, o que acontece algumas vezes. Quando as pessoas são enviadas e são... e são apoiadas a nível da APAV ou assim, eu não tenho directamente nenhuma informação, tenho informação só através da pessoa, digamos assim, da própria pessoa. (ENTREVISTA 2 – MASCULINO).*

Outra dificuldade advém do facto de os(as) médicos(as) aguardarem que a paciente agende uma nova consulta, não realizando uma busca activa de pacientes faltosos(as) ou que não consultam há muito tempo. Deste modo, pode acontecer de nunca mais as verem, ficando sem saber o que lhes aconteceu desde que revelaram ser vítima de violência conjugal.

*P: E depois, quando ela volta, por exemplo, ah... para alguma outra consulta, chega a... a retomar esse assunto ou não?*

*E: Sim, sim, sim, posso falar novamente. Falo. Caso concreto, esse caso, que... que aconteceu, não voltei a ver. (ENTREVISTA 7 – MASCULINO).*

No enfrentamento de situações de violência conjugal, deve-se levar em consideração o esforço e a coragem manifestados pela vítima no momento em que se dispõe a revelar sua situação, condição que requer uma relação de vínculo e confiança. Muitas vezes, o encaminhamento para outros recursos pode significar em uma nova forma de agressão, a re-vitimização ou vitimação secundária. A necessidade de contar sua história repetidas vezes para diversas pessoas implica em um sofrimento adicional, visto que incita o reviver de emoções e momentos desagradáveis para a vítima (Lourenço, 2001). Tal facto tem sido bastante documentado em situações de violação sexual, mas também pode estar presente em outras formas de violência, como a conjugal, sendo considerada por Fátima Monteiro (2005) como tão ou mais complexa do que o ciclo primário da violência.

Todavia, como fica evidente nos fragmentos seguintes, o encaminhamento de casos de violência doméstica para outros(as) profissionais advém da hegemonia do modelo biomédico, a partir do qual os(as) médicos(as) de família não sentem-se capacitados(as) ou autorizados(as) a intervir em uma problemática que entendem ser social, restringindo-se a tratar os sintomas físicos (e, eventualmente, psíquicos) das pacientes.

*Quem tem de facto um papel importantíssimo nisso, que são os Assistentes Sociais... que estão muito mais dentro destas... destas... pronto, nós estamos dentro da dinâmica... clínica, os sintomas clínicos que a situação possa trazer...e... e o resto... de facto, é para a Assistente Social. Não me compete a mim como médica dar resolução ao problema social do doente! Compete-me tratar clinicamente se ela tem sintomas e... depois disso, encaminhá-la! (ENTREVISTA 8 – FEMININO)*

*E: Por acaso não acho que seja muito parte da nossa formação. Acho que isso é mais do foro psiquiátrico. Sabe que médico de família, acho que médico de família não deve fazer tudo, deve reconhecer. Reconhece e faz os diagnósticos, depois há muitas coisas que devem ser desviadas para essas pessoas. E esse é uma delas.*

*P: Então seria mais da psiquiatria?*

*E: Eu acho que sim. Já que tem informações para isso. E isso de quererem que os médicos de família façam tudo, eu sou contra. Não podemos, não somos tão polivalentes assim. (ENTREVISTA 10 – MASCULINO).*

Provavelmente, a necessidade de encaminhar tais casos decorre do facto de que foi apenas muito recentemente que os profissionais de saúde foram convocados a intervir em um problema que até então era tido como pertencente à esfera criminal ou social, conforme apontado pelos próprios entrevistados.

*Este é um assunto novo, em que... apesar de já haver há muitos anos, só agora é se que está... a falar nisso, não é. (ENTREVISTA 3 – MASCULINO)*

*Não, isso é um tema mais... mais recente, mais um tema que tem... quê? Bem dizer, anos, talvez. (ENTREVISTA 4 – MASCULINO)*

*No meu tempo, na licenciatura nem se falava nisso, isso era só um caso de polícia, mais nada.*

**(ENTREVISTA 10 – MASCULINO)**

De acordo com Lavis et al (2005), a integração da violência doméstica no campo da saúde significou uma redução de limites entre as disciplinas, com a integração de um complexo problema social e criminal nas obrigações e responsabilidades dos(as) profissionais de saúde, sem, contudo, ter ocorrido transformações no seu modo de actuar. Assim, a utilização do modelo médico, característica no campo da saúde, conduz à individualização dos problemas, os quais são reduzidos a categorias de diagnóstico (depressão, transtorno de estresse pós-traumático) e de tratamento (psicoterapia, farmacoterapia). Deste modo, frequentemente os(as) profissionais de saúde que atendem mulheres submetidas à violência adoptam um discurso semelhante ao utilizado para lidar com doenças crónicas, em que o papel do(a) profissional é “empoderar” o(a) paciente para introduzir mudanças em seu estilo de vida ou situação social a fim de alcançar melhorias na saúde<sup>106</sup>.

De acordo com Carvalho (2004), a adopção da noção de *empowerment* na saúde cristalizou-se no “*empowerment* psicológico”, o qual pode ser definido como um sentimento de maior controlo sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a diversos grupos, podendo ocorrer sem que haja participação em acções políticas colectivas. Esta formulação assenta-se numa filosofia individualista que tende a ignorar a influência dos factores sociais e estruturais, desconectando, de modo artificial, o comportamento das pessoas do seu contexto sociopolítico. O sujeito é formulado como comedido, independente, auto-confiante e capaz de comportar-se de uma maneira determinada e influenciar o seu meio. Consequentemente, as estratégias de promoção da saúde nesta perspectiva são destinadas ao fortalecimento da auto-estima e da capacidade de adaptação ao meio através de mecanismos de auto-ajuda e solidariedade. Porém, o problema está na desconsideração das raízes dos problemas e na falta de questionamento da ordem social estabelecida, sendo este discurso utilizado, por exemplo, para justificar a diminuição e o retrocesso na prestação de serviços sociais e de saúde em tempos de conservadorismo fiscal.

---

<sup>106</sup> Uma análise sobre a perspectiva de “empoderamento” nas doenças crónicas foi apresentada no estudo sobre a invisibilidade de género nas publicações nacionais (“estudo da negatividade”).

Neste caso, estamos perante uma concepção de empoderamento bastante distinta da proposta pelas epistemologias feministas, as quais têm como foco a transformação social através do fortalecimento das forças individuais e grupais. Através da análise crítica das relações de poder na sociedade e do activismo social, busca-se o enfraquecimento dos desequilíbrios de poder, a não utilização de uma noção estereotipada de doença física e mental, a despatologização da condição feminina, a desconstrução de modelos de avaliação e intervenção discriminatórios, a eliminação de discursos científicos restritivos e a construção de uma realidade terapêutica e social paritária (Neves & Nogueira, 2003, 2004, 2005). Nesta perspectiva, o poder é concebido como social e cooperativo, reconhecendo-se as interconexões entre indivíduos, grupos e factores sistémicos, do papel da análise, da comunicação e do aumento da consciência e a necessidade da acção individual e colectiva para facilitar para a transformação social (Lennie, Hatcher & Morgan, 2003).

### Obstáculos

Um dos principais obstáculos ou dificuldades que identificamos no discurso dos(as) profissionais entrevistados para o acompanhamento de situações de violência conjugal foi a falta de capacitação ou formação especializada. Quando questionados a este respeito, foram unânimes em responder que jamais receberam qualquer tipo de treinamento, cursos ou outras actualizações sobre como lidar com a violência doméstica.

*E: Ah, provavelmente, se houvesse alguma formação mais específica nesta... área, poderia ser... bem-vinda, como é evidente. Isso...*

*P: E não há?*

*E: Não costuma... não há. Eu, nunca... Não passei nenhuma formação específica por violência, de violência. Não. (ENTREVISTA 2 – MASCULINO)*

*P: Hum hum. Ah... e o senhor se sente preparado para lidar com estes casos?*

*E: [3 s.]. Não. Eu nunca tive preparação nenhuma para isso, não é? A preparação que nos vem... é da nossa prática, porque já ando nisso há muitos anos, não é? É da nossa prática, da prática diária, não é. De resto não há... nem nunca tive nenhum curso, nem nenhuma formação específica para lidar com estes casos. Nada, nada, nada. (ENTREVISTA 3 – MASCULINA)*

*E: Pronto. E... e mesmo nós... talvez também não estejamos muito preparados! Para tratar essas coisas, não é? Não temos muitos apoios, devíamos talvez ter aqui alguns técnicos... psicologia, que nos dessem apoio, não é? Mais... mais rápido. E até em nos ensinarmos a lidar com estas situações.*

*P: E em algum momento da sua formação isso apareceu, ou chegaste a fazer algum curso após...?*

*E: Sim... ah... sobre violência propriamente dita, nunca fiz, não é? Mas, que dizer, às vezes fazemos for- formações em que essa, esse tema é tocado. [...] Eu assisti, uma ou duas vezes, deixe-me ver, promovidos até... pela... Tribunal de Família... não. Quem foi? Mas tava ligado ao Tribunal de Família. Eu tenho ah... eu conheço... as Assistentes Sociais e a Psicóloga que está ligada ao Tribunal de Família, e já assisti, uma ou duas vezes, na Universidade do Minho, uma vez... que? Há um ano ou dois... já por duas vezes que fui a form- a formações, pronto, a colóquios ou congressos sobre...*

*P: Hum hum. Mas uma procura pessoal, digamos...*

*E: Sim, sim... não o Serviço (ENTREVISTA 5- FEMININO)*

*P: Hum hum. E em algum momento na sua formação profissional, ou em algum outro curso, qualificações, esse tema foi abordado?*

*E: Não. Não me lembro. Não, não me recordo, penso que não. Na formação académica, não! Eventualmente na Psiquiatria... tive eventualmente alguma discussão, um caso ou... mas não me lembro, sinceramente, não me lembro. Há congressos, tem havido encontros em que se fala disso... que eu estivesse presente em algum, também não me lembro, também não me recordo. Mas fala-se, é uma coisa que se fala, e cada vez mais, não é? (ENTREVISTA 7 – FEMININO)*

*No meu tempo não, na licenciatura, nem se falava nisso, isso era só um caso de polícia, mais nada (ENTREVISTA 10 – MASCULINO)*

*Eu não tive, em relação a isso, eu não tive... que me lembro, não tive, mesmo na formação de... medicina geral e familiar, na altura não havia nada de... é mais mesmo pelo que leio, pela informação da comunicação social, e...é mais por aí... (ENTREVISTA 11 – MASCULINO).*

Entretanto, poder-se-ia pensar que isto decorre da idade e do tempo em que os(as) entrevistados(as) estão licenciados (média de 23 anos), uma vez que este é um problema que apenas a partir de meados da década de 1990 começou a ser abordado sob uma perspectiva de saúde pública. Porém, mesmo a entrevistada cuja conclusão da licenciatura correu há apenas cinco anos refere que o assunto não foi abordado em nenhum momento de sua formação, seja na licenciatura ou nos anos do internato complementar da especialidade.



*Pontualmente, talvez, assim, uma aula ou outra... mas o tema, em si, não. Não. Durante o curso, não. Nem mesmo na psicologia básica, nem na psicologia médica, nem... na psiquiatria [...] Na formação pós-graduada? Também não. Este tema é um assunto, só... realmente, na televisão, nos telejornais (ENTREVISTA 12 – FEMININO).*

Diante desta falta de informações técnicas e especializadas sobre como lidar com o problema, recorrem aos conhecimentos oriundos do senso comum ou da comunicação social. Neste aspecto, as iniciativas adoptadas no país para a sensibilização da população (tais como os três Planos Nacionais de Combate à Violência Doméstica, 1999, 2003, 2007) ou as campanhas europeias de sensibilização (como a realizada em 1999) parecem ter algum efeito.

*Sim... eu... pronto, eu sou uma pessoa que... leio o jornais diariamente... Pronto, vou lendo... o que me chegam... (ENTREVISTA 8 – FEMININO)*

Uma vez que o único saber técnico que possuem é o médico e que entendem ser este um problema social ou psicológico, sentem-se incapazes de lidar adequadamente com o problema, restringindo-se a tratar as suas repercussões sobre a saúde física (e, eventualmente, psíquica, com recurso a psicotrópicos). Tudo aquilo que foge deste domínio é manejado a partir dos valores pessoais e experiências de vida, não se inserindo na lógica do cuidado “profissional”.

*As dificuldades é... [...] o aconselhamento, também. Que conselhos que poderia dar. Eu... eu aqui, tenho que me reger pelo senso comum, pelo que... aquilo que eu... não é? Aquilo que eu penso, que eu... que eu conheço pelas experiências destes anos, da vida... no ge- portanto, da minha experiência de vida. Fundamentalmente. Agora, em termos do... ou que tenha lido, alguma coisa... a nível de informação, não... ah... geral. Agora mais... portanto o... concretamente o que fazer, não é? Para resolver o problema às pessoas, ah...tentar, tentar resolvê-lo... eu tenho uma certa dificuldade, não é? Sei lá... [...] Tenho uma série de dificuldades! [...] Se fossem... resolvíveis, ou se eu conseguisse, se eu conseguisse... ah... encontrar alguma... resolução para os problemas, se fossem ligados à ordem... a factores de ordem médica. Se fossem... de outra, de outra ordem, não sei! Já seria mais difícil responder, não é? (ENTREVISTA 11 – MASCULINO)*

Assim, fica clara a necessidade de incorporar novos discursos e saberes na prática médica a fim de que possa dar conta dos dilemas e oportunidades colocados pela inclusão da violência doméstica no campo da saúde (Lavis et al, 2005). Mas, para isso, será necessário romper com outros obstáculos inerentes à forma como o trabalho se encontra organizado, nomeadamente a intensa carga de trabalho, o elevado número de pacientes inscritos na lista de utentes de cada médico(a) e a falta de articulação com profissionais de outras especialidades.

Ao longo desta investigação, a elevada carga de trabalho se atravessou de diversos momentos. Primeiramente, nas tentativas de contactar os(as) profissionais para o convite à participação no estudo. Conforme já referimos, foi bastante difícil encontrar disponibilidade de tempo para explicar os objectivos da investigação, aspecto que tornou impossível o contacto com sete potenciais entrevistados(as) e implicou na recusa de alguns(as). Entre os(as) que se dispuseram a conceder a entrevista, a primeira questão que geralmente colocavam dizia respeito ao tempo que necessitariam dispor. E, mesmo durante as entrevistas, frequentemente houve interrupções de outros(as) profissionais ou telefonemas de pacientes. Neste contexto, compreendemos que haja receios e dificuldades em abordar o assunto com as suas utentes. Conforme refere um dos entrevistados, este é um tema delicado, que requer confiança e, principalmente disponibilidade por parte do(a) médico(a).

*Então... e a nossa (função) é explorar... e muitas vezes não é preciso pedir análises, nem pedir exames complementares de diagnóstico. É uma questão de ter disponibilidade para... falar. O que nem sempre acontece. O que, o que cada vez é mais difícil de acontecer. Com a burocracia, com os papéis, com as coisas (?) informatizamos, mas a informatização também é uma treta de dois bicos porque acaba por sair papel por todos os lados. Estão sempre a inventar papéis. [suspiro] (ENTREVISTA 4 – MASCULINO)*

A informatização das consultas foi outro tema que apareceu diversas vezes como algo que veio prejudicar os atendimentos, ao invés de facilitar. Em primeiro lugar, porque o programa informático não é muito acessível. Em segundo, porque a informatização acaba por implicar mais trabalho, pois exige não só o domínio de conteúdos relacionados à profissão, mas também sobre como lidar com o computador, aspectos já assinalados por Fonseca e Santos (2007) em um estudo sobre a

informatização no sector de enfermagem de um hospital. As autoras concluíram que as enfermeiras, por priorizarem o cuidado directo dos pacientes, concebem a informatização como uma fonte de estresse e algo que se impõe entre elas e seus pacientes. Ao mesmo tempo, verificaram o aumento de erros em prescrições de medicamentos, seja causados por erros na digitação ou por falhas no sistema, assim como relataram uma menor liberdade do que o preenchimento dos processos no formato papel, algo que também identificamos entre nossos(as) entrevistados(as).

*P: E esse facto fica registado no prontuário, na histórica clínica?*

*E: [3 segundos, suspiro] É... isso agora... está em fase de mudança. Porque até aqui nós tínhamos um processo clínico onde escrevíamos tudo. E agora é por computador. E... por computador ainda não experimentei escrever nada, porque... porque ainda estou na fase de... adaptação ao programa, ao novo programa, que é altamente complicado, o novo programa para uso no computador é muito complicado, né. Eu já usava computador no consultório [privado], há muitos anos, e... mas é um programa muito mais simples, este é mais complicado. E no programa, neste programa chamado SAM, S-A-M, Sistema de Ajuda ao Médico, ah... não vejo lá nada com, em referência à violência doméstica. Mas eu isso até não... ainda não escrevi nenhum caso, primeiro até porque nos últimos tempos não tenho tido conhecimento... e segundo, também no programa do computador, dentro do SAM, há um programa que é o SOP, ainda não sei bem como é que é, onde é que hei-de assentar isso. (ENTREVISTA 3 – MASCULINO)*

A inclusão do computador é vivenciada como algo que cerceia a liberdade profissional, impondo até mesmo o ritmo de trabalho e dificultando o contacto mais próximo com os(as) utentes, algo tão característico dos cuidados de saúde primários. Deste modo, a informatização é vista como aumentando a carga de trabalho, mostrando que o modelo assistencial vigente está pautado na hegemonia neoliberal, com foco no aumento da produtividade, a qual nem sempre é acompanhada por melhorias na qualidade do serviço prestado (Fonseca & Santos, 2007).

*Agora, a informatização põe-nos 15 a 20 minutos, 16 minutinhos, e não dá para muito. E portanto não dá para estas conversas que eu tinha com as pessoas. (ENTREVISTA 1 – FEMININO)*

O elevado número de utentes sob sua responsabilidade também dificulta a participação em cursos, seminários, congressos e outras formas de actualização

profissional, pois os(as) médicos(as) sentem-se pressionados(as) pela necessidade de cumprir os horários de consulta, como se outras actividades (renovação de receitas para medicação crónica, análise de exames, registo de informações nos processos clínicos, actualização profissional e, mesmo, um tempo maior para conversar com os/as pacientes durante as consultas) fossem de menor importância. Assim, a falta de profissionais foi referida várias vezes como fonte de sobrecarga e estresse. De facto, conforme Ferrinho et al (2003), o número de médicos(as) de família por habitantes em Portugal encontra-se entre os mais baixos da Europa (0,6/1.000 hab.), variando entre 0,4/1.000 na Irlanda e 1,6/1.000 na Finlândia.

*É evidente que as nossas, ah... o problema em relação às... actualizações nas... nas várias... formações que nós podemos ter, é uma limitação de tempo, e é uma limitação de... de... de... disponibilidade. Porque... a vida de um médico de família não é propriamente fácil neste sentido. E... muitas das vezes as pessoas têm imensas solicitações que recorrem ao médico assistente. E eu, no meu... dia a dia, tenho que contar que tenho, algumas consultas marcadas, tenho algumas consultas que eu... tenho algumas consultas não programadas que eu teoricamente tenho que ver, tenho que ter tempo para... resolver os problemas que as pessoas me apresentam... problemas não, a medicação crónica que as pessoas me apresentam, os exames que as pessoas me deixam ficar para eu ver... e isso, no global, ocupa um bocado de tempo, e muitas vezes é tempo que não é visível de consulta... depois, ah... vamos supor que eu tenha uma formação... que me envolve cinco dias. Eu estar cinco dias fora daqui implica que quando eu vier, vou ter uma sobrecarga e... enormíssima de trabalho! Isto não quer dizer que eu não tivesse interesse em fazer uma... uma... formação nesse... nesse... especificamente nesta área, sem dúvida. (ENTREVISTA 2 – MASCULINO)*

*P: Ahã... e caso fosse oferecida alguma formação, não sei, o Centro... ou pela Direcção de Saúde, ou alguma coisa, não sei, teria interesse em participar... acha que seria importante...?*

*E: Acho que seria importante para todos os médicos [riso irónico], acho que sim, não é? Se tivesse tempo para isso! Muitas vezes também é o tempo! Eu às vezes tenho formações... [...] Agora, também tenho que ver meus doentes, não é? Quando eu for... há uma certa, uma certa... não é? Eu para ir a uma formação tenho que deixar de ver os doentes, e se não os ver hoje, vou ter que ver para a semana a dobrar! E eles depois estão-me a cobrar! A eles não interessa “ah, eu fui a uma formação e tal...” eu estar-lhes a explicar, o que eles querem é que eu resolva o problema deles, não é? Querem ser vistos. E se eu não lhes der resposta... é complicado, não é? (ENTREVISTA 11 – MASCULINO)*

Há também o reconhecimento de que a medicina actualmente se encontra em nível tão avançado de especializações e desenvolvimento de pesquisas e inovações tecnológicas que se torna impossível tomar conhecimento de tudo o que se passa. Jaime Souza (2007c), em um Editorial da Revista Portuguesa de Clínica Geral já abordou as dificuldades inerentes à actualização profissional na especialidade de clínica geral e familiar, visto que esta se caracteriza justamente por “não ser especializada”, isto é, por lidar com problemas diversos, em diferentes estágios de desenvolvimento, em públicos de todas as faixas etárias, levando a questionar se “o que se espera hoje dos médicos de família (MF) não será que saibam quase tudo sobre quase tudo” (Souza, 2007c, p. 252). Neste mesmo artigo, é feita uma estimativa da produção científica em medicina: tomando apenas a base Medline, calcula-se que contenha mais de 15 milhões de entradas, provenientes de cerca de 5.000 publicações, seleccionadas desde 1950 e actualizada 3 a 4 vezes por semana. Por ano, são acrescentados cerca de 500.000 novos artigos, o que representa cerca de 9.600 por semana e 1.400 por dia. Para além disso, sabemos que milhares de artigos que são publicados não chegam a ser listados na Medline. Por isso, para estarem actualizados, o autor calcula que seria necessário ler mais de 1.400 artigos por dia.

*Porque não podemos ter a ( vaidade) de Medicina que hoje, saem... 6 milhões ou 7 milhões de artigos anuais na Internet, ter... a pretensão [rindo] de... não, não é difícil, é impossível! A medicina... está a atingir um grau... de tal maneira... ah... pronto, tantos issos, tantos aquilos que não.. é impossível! E dentro das especialidades há sub-especialidades, e especialidades de sub-especialidades... Já é assim, não é?! (ENTREVISTA 8 - FEMININO)*

Diante de todos estes obstáculos (falta de preparo profissional, elevada carga de trabalho, falta de tempo para actualização profissional), os(as) médicos de família sentem-se impotentes para lidar com um problema tão complexo como a violência de género.

*P: Sim. Sim. Ah... e o doutor se sente preparado para lidar com essas situações?*

*E: Não.*

*P: Hum hum. E se fosse oferecido algum curso, alguma formação, gostaria de participar, acharia intere- importante?*

*E: Interessante participar, mas não para... para... quer dizer, tratar não, isso não tem tratamento, tem prevenção. É lógico que nós nessa consulta temos de... numa situação dessa temos que actuar, temos de... mas não gosto dessas situações.*

*P: Hum hum. Hum hum. É difícil lidar com esses temas, não é?*

*E: Ah... é, eu acho que é muito difícil e não temos solução para isso. A maior parte das vezes não há solução! (ENTREVISTA 7 – MASCULINO)*

Aspectos como a sobrecarga de trabalho, a sensação de falta de controlo sobre o ritmo de trabalho, o pouco contacto com os(as) utentes, o sentimento de despreparo e de pouca efectividade das acções, assim como a falta de motivação, quando analisados em conjunto, devem ser tomados com cuidado, pois são indicadores de que os(as) médicos(as) de família podem encontrar-se em situação de *burnout*, expressão que tem sido utilizada para designar “uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham com pessoas” (Lima et al, 2007, p. 138). De acordo com estes autores, o *burnout* é uma reacção cumulativa a estressores ocupacionais contínuos e se caracteriza por cronicidade, ruptura da adaptação, desenvolvimento de atitudes negativas e comportamentos de redução da realização pessoal no trabalho.

O ambiente de trabalho do médico tem sido analisado por diversos autores como particularmente vulnerável às manifestações de *burnout*, onde destacam-se agentes estressores como: demandas excessivas que diminuem a qualidade do atendimento, grandes jornadas de trabalho, numerosos plantões, baixa remuneração, necessidade de lidar com sofrimento e morte, e exposição constante ao risco, entre outros. Sabe-se ainda que os médicos englobam um grupo especial de profissionais da saúde que buscam o perfeccionismo, sendo, muitas vezes, irredutíveis em suas atitudes, compulsivos e cépticos. Além disso, deve-se considerar a grande cobrança da sociedade, que espera a infalibilidade do médico, gerando uma pressão por vezes insustentável no profissional (Borges, Argolo & Baker, 2006, Grau, Suñer & Garcia, 2005, Lima et al, 2007).

Outro obstáculo presente com alguma intensidade é a falta de uma equipe interdisciplinar que pudesse dar apoio ao(à) médico(a) de família. Consoante com o tipo de encaminhamento dado ao problema, a falta de psicólogos e assistentes sociais foi referida por quase todos(as) entrevistados(as) como um dos principais obstáculos para o

acompanhamento de situações de violência na família. O facto de o único psicólogo existente no Centro de Saúde dedicar-se principalmente às crianças e a saúde escolar foi criticado em diversos momentos, realidade que também constatamos na entrevista que realizamos a este profissional<sup>107</sup>. O recurso à Assistente Social, embora mais viável, uma vez que existe uma em cada Centro de Saúde, também é visto como reservas devido à grande demanda a que deve dar resposta.

*Do apoio de Psicologia, neste centro de saúde, não é muito... útil, no sentido... não temos resposta em tempo útil. Porque é só uma pessoa, ah... ah... existem solicitações de muitas outras causas... portanto pela... própria experiência não é... muito vantajoso orientar... unicamente por causa disso, porque, só existe um psicólogo (ENTREVISTA 2 – MASCULINO)*

*Não costumo encaminhar porque não tenho conhecimento de que haja nada. Nós nem psicólogo temos no Centro de Saúde! Não é? [riso irónico]. Que eu acho que isso é um caso, para o psicólogo. É importante. Nem psicólogos temos! Há um psicólogo, no Carandá... (ENTREVISTA 3 – MASCULINO)*

*Porque Psicologia não temos nos Centros de Saúde, como sabe, não é? Já deve ter... já deve se ter apercebido disso, não é? Não sei se... ah... mas não, não temos a Psicologia Clínica... Psicologia Social não exi- não existe, só pagando, não é? E as pessoas não têm dinheiro às vezes... para todas as coisas, quanto mais para a Psicologia, não é? [rindo] Não quer dizer que não fosse importante, acho que sim. (ENTREVISTA – 8 FEMININO)*

*Mas nós não temos muitas alternativas. Não há... não há uma resposta boa da psiquiatria, não temos psicólogos clínicos... neste momento, no serviço, não é? E olha, ainda agora a colega veio dizer que havia aí um miúdo com luto patológico, que deviam ser acompanhados, e realmente não temos respostas!*

*P: Dentro do centro de saúde, então, o que teria de resposta, talvez, seria da assistente social?*

*E: Sim. É a única que ainda vai nos dando alguma... há realmente um psicólogo no Carandá, uma equipa, mas ele dá sobretudo resposta... a nível de... saúde comunitária, saúde escolar... pronto. (ENTREVISTA 5 – FEMININO)*

*Ah, uma situação semelhante aqui, só recorrendo... a nível de Centro de Saúde, só a Assistente Social e depois encaminhando... mas isso aí pelo... ah... e sei que há agora... uma entidade de apoio à*

---

<sup>107</sup> Apresentada no Capítulo 6 (6.3 O Contexto local: o município de Braga).

vítima. Assim, que me recorde... não estou a ver... mais nenhuma... [rindo ironicamente] portanto, é através da Assistente Social, que nós temos muita dificuldade, porque é uma só para todo o Centro de Saúde... há uma para cada Centro de Saúde, portanto a população, ela tem uma população imensa, e tem outras situações... ah... de outro tipo, também muito prementes... e não sei se... iria dar resposta, não é? [...] Nós não temos psicólogos! [...] Só tem... só tem um ali no Carandá, e ele não dá resposta, a zona, a zona... sabe que isso é uma população... Braga cobre uma população de cento e tal mil utentes! Portanto, com um psicólogo só e mais outra a meio tempo [...] Mas agora, é fundamental, o Psicólogo é... seria para a orientação, o Psicólogo, não é? (ENTREVISTA 11 – MASCULINO)

### Violência de género: um problema de saúde (pública)

Conforme já referimos diversas vezes, desde meados da década de 1990 a violência tem sido considerada pela OMS como um grave problema de saúde pública. Na categoria “A (des)ocultação do problema”, referimos que a forma como as mulheres vítimas de violência se apresentam nas consultas (poliqueixosas, com queixas vagas, deprimidas) demonstra o impacto sobre sua saúde física e psicológica. Deste modo, os(as) profissionais entrevistados(as) concordam que este seja um problema de sobre o qual o sector saúde tem responsabilidades.

*Claro! Claro, que se, no caso de existir, é um problema de saúde porque dá cabo da saúde aos envolvidos e aos que os rodeiam! Não é? Vamos ver, a saúde como o mais completo bem-estar físico, mental, social e etcetera... se a pessoa tiver problemas... de... mal-estar, mal-estar psicológico, em casa. Claro que vai ficar doente. Não é? (ENTREVISTA 9 – MASCULINO)*

*E: [3 s.] se é um problema de saúde pública?*

*P. Ou de... saúde... não é...*

*E: Eu acho que isso vai esbarrar em um problema de saúde, eu acho que sim.*

*P. Ahã... e que a saúde então, teria que ter algumas... respostas, digamos...?*

*E: Tem que ter, não, isso... é um problema que a saúde devia ter respostas, está a lidar directamente com as situações, devia ter respostas, devia ter respostas. (ENTREVISTA 11 – MASCULINO)*



*Por tudo o que disse acho que sim, não é? Pelo impacto que tem, não só... na vida da mulher, como... e... e... e a própria consulta, não é? Pode... pode acontecer dois termos: ou aquela mulher que fica fechada em casa, e... e não sai, e não socializa, não se queixa de nada... ou aquela mulher que se queixa de tudo menos daquilo que deve! E depois, as crianças, não é? Que... ah... que estamos a formar crianças que depois podem vir a ser potenciais... agressores! (ENTREVISTA 12 – FEMININO)*

Entretanto, alguns(as) entrevistados(as) apresentam dúvidas quanto a este constituir-se um problema de saúde pública. Em primeiro lugar, porque há uma certa indefinição sobre o que seja “saúde pública” e sua inter-relação com os cuidados de saúde primários.

*P: Hum hum. E... acha que este é um problema de Saúde Pública?*

*E: A violência doméstica? Ah... [6 s.] Sinceramente, acho que não. É... é difícil responder, mas... problema de saúde pública... é... não, acho que não, é mais dos Cuidados Primários do que Saúde Pública! Estava a perguntar... como sabe, aqui em Portugal nós temos implementados... Saúde Pública, Cuidados Primários e Hospitalar, não é? Acho que isso é mais dos Cuidados Primários do que de Saúde Pública [afirmativamente]. Saúde Pública... são outros, são outros casos. Não... não me parece ser. Acho que os Cuidados Primários abrangem mais coisas. Mas, sinceramente, também nunca pensei nisso, não é? [riso] (ENTREVISTA 3 – MASCULINO)*

*E: [4 s.] um problema de saúde pública...? Gostaria de saber o que é saúde pública! Depende do que for a saúde pública. Saúde pública... é saúde. Não sei bem o que é saúde pública, não sei... nunca entendi bem o que se passa lá! Há uma especialidade médica de saúde pública, eu nunca entendi o que isso é! Eles não gostam que eu diga isso, mas é verdade. Tratam de papéis! Não tem nada a ver com saúde pública, aquilo, não tem nada a ver com saúde pública. Saúde pública é (virada) para qualquer cidadão... quer seja médico, enfermeira ou... olha o seu... do polícia que está ali ao lado e... por aí afora. (ENTREVISTA 4 – MASCULINA)*

Para compreender este estranhamento perante a especialidade de saúde pública, precisamos recordar que o grupo de profissionais entrevistados(as) integra a geração que “construiu” o Sistema Nacional de Saúde, onde as especialidades foram sendo estabelecidas ao longo do processo. Pedro Serrano (2007), em um relato autobiográfico, retrata o compartilhar de um “caldo primordial” que caracterizou a implementação de ambas as especialidades em Portugal nos primeiros anos. Quando a clínica geral e familiar foi criada, a saúde pública já era uma especialidade estabelecida, tendo, entre

outras atribuições, a responsabilidade pela coordenação dos centros de saúde. Como tal, ficava responsável por “valências” como o planeamento familiar, a saúde materna e infantil, vacinação, programas de saúde dirigidos a problemas de saúde como a tuberculose, a lepra ou a hipertensão arterial, responsabilidades compartilhadas com os médicos de família (que ainda não eram como tal designados).

Entre meados da década de 1970 e a primeira metade da década de 1980, o que diferenciava as duas especialidades era o facto de os profissionais da saúde pública terem passado por uma formação específica em saúde da população, além da responsabilidade pela administração de saúde e a prática de dirigir a saúde e os serviços locais. Em meados da década de 1980, quando começaram as formações em exercício para a especialidade de clínica geral e familiar (Biscaia et al, 2006, Sousa et al, 2001), houve uma sobreposição de competências e uma débil definição de fronteiras. Foi apenas na década de 1990, com a alteração da legislação das carreiras médicas que a saúde pública assumiu mais especificamente o seu carácter de especialidade não clínica, alicerçada na epidemiologia e vocacionada para a administração de saúde. Entretanto, de acordo Serrano (op cit), são muitos os constrangimentos que ainda se encontram no quotidiano de trabalho dos médicos de saúde pública ao exercício adequado de suas funções:

a) Os actuais serviços de saúde pública (um por centro de saúde) não têm dimensão suficiente para gerar conhecimento e evidência com significado epidemiológico, nem estão apetrechados com os recursos humanos e técnicos de que, minimamente, necessitam;

b) Os profissionais nem sempre têm funções claramente definidas (baseadas em objectivos ou numa evidência técnica básica), perdendo-se na execução de tarefas avulsas sem repercussão na saúde global da população: cartas de condução, juntas médicas, verificação burocrática de óbitos são exemplos deste tipo de tarefas.

c) A pressão assistencial ou organizativa dos próprios serviços de saúde desloca profissionais ou recursos para fora da área da SP (atendimento nos domicílios, cuidados curativos, atendimento burocrático) impossibilitando qualquer prioridade ou programação nesta área;

d) Tendo por cultura um exercício estanque, os profissionais de SP não apresentam mobilidade ou flexibilidade de acordo com as necessidades e o seu perfil de base.

Conforme depreende-se deste relato, a própria especialidade de saúde pública em Portugal ainda luta para estabelecer sua identidade profissional, o que torna compreensível a dificuldade em definir o que seja saúde pública manifestada por nosso entrevistado. Quanto à definição da violência de género como um problema de saúde pública, um segundo aspecto a ser levado em consideração (agora já mais apropriado à definição de saúde pública como especialidade alicerçada na epidemiologia) é o desconhecimento dos(as) médicos(as) de família sobre suas taxas de incidência e/ou prevalência.

*Olha, eu não tenho dados estatísticos para dizer isto, por isso é preciso ter documentação para dizer que seria um problema de saúde pública. O problema de saúde pública é quando se atinge um nível razoável para se considerar assim. Não tenho noção estatisticamente da quantidade disso.*  
**(ENTREVISTA 10 – MASCULINO)**

Conforme já discutimos no estudo anterior (Estudo II – Revistas médicas: a invisibilidade de género em publicações nacionais), não existem em Portugal formas de registo e acompanhamento de casos de violência doméstica atendidos nos serviços de saúde. Até o momento, os dados sobre o problema são provenientes do sistema de justiça e de (algumas) organizações sociais que prestam atendimento às mulheres. A utilização de informações epidemiológicas precisas permitiria encarar o problema a partir de uma “linguagem comum” ao sector saúde, tal como as doenças de notificação obrigatória (Marques & Freitas, 2007). Além disso, a vigilância epidemiológica é uma ferramenta fundamental para o planeamento das acções em saúde (Dias, Freitas & Briz, 2007), devendo ser utilizada também no combate à violência contra mulheres a partir da explicitação de suas taxas de incidência, prevalência e tipos de agravos causados.

*Assim, do género “isto está muito mal”... eu acho que anda muita gente deprimida. Aliás, não acho, só, porque... devem ser os medicamentos... noutra dia li que são os... os medicamentos mais receitados, eu própria receito muito tranquilizante e muito... antidepressivo [...] Portanto, nesta lógica, se é um problema de saúde pública...? Será [afirmativamente]. Claro que... eu penso mais em saúde púb-*

*pública, penso mais em doença mais para o físico, e portanto assim uma coisa assim que se veja... está é muito camuflado. Talvez com as vossas investigações isso venha mais (ao de cima). Pode vir a demonstrar que é um problema de saúde pública, que é preciso fazer alguma coisa para melhorar.*  
**(ENTREVISTA 1 – FEMININO)**

Identificamos também um reconhecimento de que este é um problema de saúde que deve, essencialmente, ser abordado no nível dos cuidados de saúde primários. Devido às suas características próprias, como o contacto continuado no tempo e com toda a família, alguns(as) entrevistados(as) consideram que os(as) médicos(as) de família têm condições de actuar junto às mulheres submetidas à violência conjugal, sendo capazes de articular uma rede social de apoio, como outros familiares ou vizinhos.

*P. E acha que o serviço de saúde tem algum papel diante da situação de violência contra as mulheres?*

*E: Claro! Isso é... [rindo] sobretudo os Cuidados Primários, têm... têm muita importância, não é? Nós somos obrigados a saber como é que são as nossas famílias, que tipo de... de... de... como é que... como é que são as famílias, e como é que estão estabelecidas, e como é que se relacionam as pessoas uma com as outras... e isso, dalguma maneira... muita da patologia que nos aparece tá relacionada com todos estes factores. Violência profissional, violência familiar, ah... negligência, abandono, ui! Tanta... tanta... muitas coisas! [...]*

*P: Mas acha que os cuidados primários teriam algum papel diante desta situação?*

*E: São os únicos, em termos de saúde, penso eu, que são... as únicas entidades que têm... intervindo... de forma eficaz, e... e com resultados, eficaz com resultados [rindo] ah... nesse campo. Porque do... de resto, não vejo nada! Quem for agredido vai ao hospital, vai tratar das agressões, é feito o registo, a polícia vai lá, toma conta, e depois vai... vai para o Tribunal. A questão... da inter-relação, fala esse com esse, aquele com aquele, manda a tia falar com o primo, o primo com... com o coisa, o marido... o pai com a mãe... não. Somos nós que fazemos. **(ENTREVISTA 4 – MASCULINO)***

Entretanto, em um contexto marcado pelo discurso médico tradicional - que individualiza os problemas de saúde que possuem raízes socioculturais através de intervenções destinadas à mulher alvo de violência conjugal – e marcado por obstáculos como a falta de apoio de uma equipe interdisciplinar, elevada carga de trabalho e empecilhos para a participação em formações e actualizações profissionais, alguns de

nossos(as) entrevistados(as) consideram o papel do(a) médico(a) de família como voltado exclusivamente para as patologias orgânicas, cabendo a outras especialidades o tratamento dos demais problemas por ele(a) identificados.

*E: Costumo dizer que na Medicina... pronto, é cada macaco no seu galho! Quando acho que é uma questão psiquiátrica ou psicológica, encaminho.*

*P: Hum hum... hum hum... não é o facto de ser Clínico Geral que tenha que fazer tudo, não é? [rindo]*

*E: Pelo contrário, eu acho que um Clínico Geral tem que fazer... a sùmula das coisas. Entrar nas especificidades é muito complexo. (ENTREVISTA 8 – FEMININO)*

*Não tenho a pretensão de saber tudo! É impossível, não é? Quer dizer, o médico de medicina geral no fundo é aquele gajo que tem que saber de tudo e não sabe nada, que... mas, não pode ser assim. Quer dizer... tem que gerir a ignorância com o saber [riso] (ENTREVISTA 4 – MASCULINO)*

*Sabe que médico de família, acho que médico de família não deve fazer tudo, deve reconhecer, reconhece e faz os diagnósticos, depois há muitas coisas que devem ser desviadas para essas pessoas. E esse é uma delas [...]. E isso de quererem que os médicos de família façam tudo, eu sou contra. Não podemos, não somos tão polivalentes assim. (ENTREVISTA 10 – MASCULINO)*

Porém, a definição das atribuições do(a) médico(a) de família da Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA, 2002, p. 7, destaques nossos) postula que estes são

responsáveis pela prestação de cuidados *abrangentes* e continuados a todos os indivíduos que os procurem, independentemente da idade, sexo ou afecção. Cuidam de indivíduos no contexto das suas famílias, comunidades e culturas, respeitando sempre a autonomia dos seus pacientes [...] *integram factores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais*, recorrendo ao conhecimento e à confiança gerados pelos contactos repetidos. Exercem o seu papel profissional *promovendo a saúde*, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos, de acompanhamento ou paliativos.

Esta concepção se integra ao que tem sido denominado por “modelo bio-psico-social”, originalmente proposto pelo psiquiatra Gerge Engel, em 1977, quando discutiu

alguns problemas do modelo biomédico, especialmente seus pressupostos reducionistas, dicotômicos e patogénicos, argumentando em favor de aspectos como o paciente, seu contexto social e o sistema criado pela sociedade para lidar com os efeitos da doença. Deste então, saúde e doença passaram a ser vistas como produtos da combinação de factores biológicos (como a pré-disposição genética), comportamentais (estilo de vida, estresse, crenças de saúde) e condições sociais (influências culturais, relações familiares, apoio social). Contudo, Engel deixou em aberto muitas questões, nunca definindo o modelo. Embora este seja amplamente aceito, há autores (como Marks, 2002), que o criticam, pois consideram que a simples interacção entre diversos factores não caracteriza um modelo, apenas um modo de pensar a saúde e a doença que tem a função heurística de justificar e legitimar pesquisas. Para o autor (p.11), “o modelo bio-psico-social é um jargão técnico para um conjunto de crenças sobre saúde e doença”. Seu valor é muito mais simbólico do que explicativo, o que de facto caracterizaria um modelo. Para que possa reformar a biomedicina, o modelo bio-psico-social precisa ser reconstruído de modo mais sólido, criando uma teoria que realmente explique como os processos psicológicos e sociais influenciam a saúde e a doença.

O modelo bio-psico-social, apesar de ter sido considerado como um avanço ao modelo biomédico, permaneceu funcionando com base na premissa positivista de busca por uma única realidade que possa ser desvelada pelos métodos da ciência natural, sendo as dimensões psicológica e social acrescentadas muito mais como retórica do que como prática real. Tanto o modelo biomédico quanto o bio-psico-social compartilham os pressupostos do paradigma moderno de cientificidade, numa concepção fragmentada de saúde, onde cada profissão fica responsável por um determinado aspecto, continuando-se a privilegiar a etiologia biologicista e as divisões mente-corpo (Traverso-Yépez, 2001).

Deste modo, os(as) médicos(as) entrevistados(as) frequentemente remetem a responsabilidade pela intervenção na violência doméstica a outros profissionais ou, no máximo, a uma equipe interdisciplinar com a qual o(a) médico(a) contribui através da identificação e encaminhamento dos casos. Novamente, fica patente a concepção da saúde a partir de um modelo bio-psico-social em que cada parte deve ser abordada a partir de sua própria disciplina, com uma clara definição de limites e responsabilidades.

*Eu penso que o principal factor do serviço de saúde é ter psicólogos. Nos Centros de Saúde. Bem, que nós pudéssemos ir orientando estes casos, quer do agredido, quer do agressor... para tentar, pelos menos, tentar-se alguma coisa, fazer algo, não é. Acho que é o único papel que o Centro de Saúde pode ter. De resto, mais nada, não é. (ENTREVISTA 3 – MASCULINO)*

*E: O papel? O papel seria termos a tal equipe multidisciplinar que... se calhar até poderia prevenir algumas situações, não é? [...]*

*P: ... a saúde, toda... ah... então seria a... a actuação do serviço de saúde seria através de uma equipe multidisciplinar, não é?*

*E: Eu acho que passa muito por aí, porque o médico de família sozinho não é nenhum Ás! Não... não... não é a medicina familiar que consegue resolver tudo! Não, é impossível! (ENTREVISTA 6 – FEMININO)*

Pelo que se percebe nestes fragmentos, trabalha-se com a perspectiva de uma equipe multi ou pluridisciplinar, onde cada profissional trabalha de modo isolado, com reduzida comunicação e articulação com outras disciplinas, isto é, com uma disciplinarização dos saberes. Este modo de actuar é reflexo da racionalidade moderna, fundamentada no paradigma cartesiano da divisão em partes para o melhor estudo do todo, onde os conhecimentos produzidos são simplesmente justapostos em torno de um mesmo problema. Por outro lado, as perspectivas interdisciplinares pressupõem uma maior comunicação entre as diferentes disciplinas, visando uma construção comum sobre o problema e/ou sua solução. Entretanto, esta integração ocorre sob a lógica da cooperação, não da coordenação comum. Em outro extremo, a transdisciplinaridade envolve o esgaçamento dos limites entre as disciplinas, com um compartilhar de objectivos e uma finalidade comum, mas num sistema inovado, onde “cada disciplina buscaria a compreensão do mundo além de si, numa unidade plural que se caracterizaria como uma estrutura descontínua, que se preocuparia com a dinâmica engendrada em vários e diferentes níveis da realidade” (Garcia et al, 2007, p. 149).

A realidade descrita pelos(as) entrevistados(as) demonstra que existe uma reduzida articulação com outras disciplinas, encontrando-se o (a) médico(a) de família isolado em um sistema médico-centrado, o que justifica a elevada carga de trabalho a que estão sujeitos. Estranhamente, a enfermagem, disciplina bastante presente nos centros de saúde (muito mais do que a psicologia ou o serviço social) foi citada por

apenas um entrevistado como recurso com o qual efectivamente conta no centro de saúde.

A actual reforma dos cuidados de saúde tem sido anunciada pelo governo como uma grande reestruturação do sector saúde. As Unidades de Saúde Familiar, carro-chefe deste novo modelo, prevêem o trabalho em equipas compostas por enfermeiros(as), médicos(as) de família e assistentes administrativos. Entretanto, conforme um dos entrevistados, na prática, pouco será alterado. Para outras especialidades (psicologia, serviço social), ainda será necessário recorrer aos recursos existentes nos centros de saúde, os quais, conforme já identificados, são muito limitados.

*Seria, portanto, trabalhar numa equipe, o médico... até nessas unidades de saúde, o médico e o... vai haver um trabalho mais de equipa médico e enfermeira, o que era preciso era de facto... para... era importante, ir... para... para... marcando as situações, e trabalhando em equipa médico e enfermeira, ter de facto um apoio... ter cada... ter o... da parte... destes, pelo menos, de... psicólogos e assistente social, ter alguém a recorrer, não ser aquele que vai ficar no centro de saúde e dar uma resposta!*

*P: Ter uma capacidade de resposta...?*

*E: Se não, não dá, não... não há capacidade de resposta. O... a ideia é boa, não é, das unidades de saúde, unidades de saúde familiar, mas... teria que ter essa equipa... com psicólogos (ENTREVISTA 11 – MASCULINO)*

*E mesmo com... a formação já avançando, das Unidades, isso vai complicar... nas Unidades de Saúde Familiar, que vão estar... que vão sair dos Centros de Saúde... mas... não vão ter... vão ser só médicos e enfermeiros, não vão ter... psicólogos... ainda vão ter que se socorrer daqueles que existem nos Centros de Saúde, e ainda vai ser mais difícil, não é? Eu não sei se é para ter, a unidade de saúde familiar eu acho que deveria ter! [...] Para já, a informação que temos, é que é para recorrer aos que existem nos Centros de Saúde! Pronto, a ideia que eu tenho é essa. Portanto... ainda será mais difícil! Só se terão médicos e enfermeiros! [...] Não vai mudar muita coisa, eu acho que vai piorar, neste, neste aspecto [suspiro] a relação médico-doente, poderá melhorar, mas... vamos ver. (ENTREVISTA 11 – MASCULINO)*

Outro ponto a salientar quanto à reforma dos cuidados de saúde primários é o facto de apenas dois entrevistados terem referido, de modo muito superficial, a existência deste processo. Fica a dúvida se deve-se ao facto de, na altura das entrevistas,



ainda estar muito no início ou se há um desinteresse ou descrédito pelas possíveis transformações. Conforme apontam Biscaia et al (2006), Portugal já assistiu a diversas tentativas de modificação no modelo assistencial em saúde, ficando a maior parte incompleta ou apenas no campo das intenções, o que talvez seja responsável pelo pouco interesse sobre o assunto demonstrado por nossos(as) entrevistados(as).

### Estratégias para prevenção da violência de género

Sendo uma das atribuições dos cuidados de saúde primários a prevenção das doenças e a promoção da saúde, indagamos a nosso(as) entrevistados(as) de que modo a violência doméstica poderia ser prevenida através de seu trabalho como médicos(as) de família. Seguindo um discurso que prioriza as causas e intervenções individualizantes e patologizantes, adoptam um conceito de prevenção voltado essencialmente para o diagnóstico e tratamento precoce de doenças ou outros problemas tidos como precipitadores da violência conjugal (como o alcoolismo ou outras dependências).

*Às vezes as pessoas por exemplo tornam-se depressivas, e a depressão traz a violência (ou até mesmo um cancro), não é? E... e tratam de uma forma agressiva todas as pessoas que lhes rodeiam. Por exemplo. Ah... quando têm Esclerose Múltipla, não aceita a doença... isso torna as pessoas agressivas! Não é? Tratar as doenças também é uma forma de prevenir... a agressividade. (ENTREVISTA 8 – FEMININO)*

*Ah... especificamente com a nossa... ah... a essa situação, qual é a prevenção primária que nós podemos fazer? Eventualmente é, se existe alguma... se... se... se se detecta alguma... alteração a nível da dinâmica do casal, é tentar ver se é possível intervir ali. Aí sim, ah... pode ser possível... numa fase... se se detectar precocemente, tentar... actuar, quer a nível... ah... de alguma... ah... terapia a nível... psicológico... no sentido de tentar... ah... ver se... se consegue alguma... melhora na... na... nas relações do casal, digamos assim, quer a nível, se é uma situação que possa envolver terapêutica a nível farmacológica, com ansiolíticos, ou com outro tipo... ou com antidepressivos, eventualmente, quer com, eventualmente, com uma orientação para a parte de psiquiatria (ENTREVISTA 2 – MASCULINO)*

*Ah... o trabalho preventivo, ah... é mais a nível, seria mais a nível das doenças [afirmativamente]. Embora isso possa levar a doenças de outro tipo, não é? De foro psíquico e isso, não é? Depois, fazer a prevenção... só cortando, é... logo que se... nos apercebemos delas, encaminhá-las e resolvê-las através de... do trabalho em equipa, com esses... com essas elementos. Se tivermos, se não tivermos vai ficar tudo igual! (ENTREVISTA 11 – MASCULINO)*

A proposta de tratamentos farmacológicos para transtornos depressivos, de ansiedade ou outras patologias orgânicas como uma forma de prevenção reforça a existência de um discurso de medicalização da violência doméstica. Todavia, a patologização e medicalização das manifestações causadas pelas vivências de violência conjugal têm como consequências a internalização do problema por parte da mulher e o reforço dos seus sentimentos de culpa. A assimilação por parte da mulher agredida de um discurso de vitimização conduz a significações opressivas para sua identidade (discurso de desqualificação), para a situação conjugal, sua visão dos outros e das alternativas face ao problema, impedindo que assuma um posicionamento activo (de autoria). A “normalização social” (internalização de estereótipos sobre o problema) sustenta uma narrativa de justificação dos maus-tratos e de desculpabilização do agressor, não recriminando seus actos e banalizando a condição da mulher maltratada. Igualmente, a individualização do problema desconsidera os aspectos socioculturais que permitem que situações como estas ocorram e reforça as noções de privacidade sobre o fenómeno (Matos, 2000).

Entretanto, os(as) próprios(as) médicos(as) percebem que estas soluções não são suficientes para eliminar a ocorrência de situações de violência conjugal. Assim como já identificamos no tema “causas sociais X intervenções sociais”, são utilizados discursos aparentemente contraditórios a respeito da prevenção da violência de género. Se, por um lado, há quem aborde a prevenção sob a perspectiva da doença (como demonstrado acima), há quem considere que este é um problema que apenas pode ser encarado a partir de uma perspectiva macro, com foco no social, na política, na educação e na transformação da cultura.

*Hum... acho uma coisa importante. Acho que a nossa cultura deveria aumentar no geral. Ah... porque... se a cultura no geral aumentasse, se calhar havia... penso que... não sei até que ponto, porque nas classes sociais altas também existe muita violência, mas... se aumentasse o nível de vida, e se aumentasse o nível cultural, o interesse pela arte... pela cultura em geral... até pela religião. Isso era*

capaz de... diminuir um pouco a violência, eu acho. Porque... o desemprego cria violência... e outras coisas relacionadas [...] Os cidadãos, principalmente, os cidadãos é muito alheio das políticas, tantas queixas dos políticos. Se calhar com razão, não é? Se calhar com razão [rindo]. É... têm muita queixa... (mas não podemos andar só a) dizer mal dos políticos, porque alguém tem que nos representar, não é? E também o cidadão também têm culpa, porque se alheia, às vezes, e muito, de suas funções! Dá trabalho, não é? Fazer parte de uma instituição... nós somos sempre preguiçosos, eu acho, somos... todos temos tendência para a preguiça e para não fazer nada, não é? É o que eu acho! Só trabalhamos quando somos estimulados, ou quando acreditamos muito...Não é...? **(ENTREVISTA 8 – FEMININO)**

São casos interessantes, mas de se trabalhar a nível das comunidades. Profílicamente a nível das comunidades, acho que nunca individualmente. Que as pessoas em conjunto parece que sentem mais o problema do que... talvez com palestras, sei lá... bairros, rádio, rádio é bastante ouvida nas aldeias, é bastante ouvida, as pessoas quando não tem tempo de olhar pela televisão ligam o rádio, não é...é um bom meio de difusão...acho que é por aí... acho que métodos preventivos é a publicitação das coisas né, bastante, para aumentar isso nos média. **(ENTREVISTA 10 – MASCULINO)**

Mas que deveria haver realmente, grupos de apoio, grupos de ajuda, ah... também poderiam não ser institucionalizados... para ajudar, para esclarecer, para esclarecer os direitos, que as pessoas têm, e... das, das vias, das... e até dos... os tais grupos de partilha, não é? [...] Mas anda tudo um bocado alheado, não há grupos de intervenção, quer dizer, as pessoas ao invés de vir para o centro de saúde podiam muitas vezes pertencer a grupos de discussão, grupos que se organizassem para fazer qualquer coisa de jeito, haver organização, agora por parte do poder central, ah, como fazem por exemplo no Japão, que noutra dia eu vi, aos idosos, pô-los a fazer trabalhos ah... adequados ao que eles são capazes de fazer. Eu vi uma senhora, com muita idade, porque eles vivem muito, ah... um senhor cortava árvores, cortava ramos de árvores, ah, ou umas folhas que são muito apreciadas... nas comidas... no ocidente, e o trabalho dessa senhora, velhinha, hã... era contar as folhas, eram “x” folhas, colocar dentro de uma embalagem, embalar e pronto. Mas teve que utilizar o computador. Então aos oitenta e muitos ou noventa anos foi a primeira vez que ela utilizou um computador e eu disse: olha aqui está uma coisa... há, e o trabalho era pago pela- pelo Estado. São pequenos trabalhos necessários, porque são grandes exportadores daquelas folhas, agora não sei quais são, mas hã... falta isso... essa espensar também nas pessoas como pessoas e portanto, ah... mesmo não trabalhando, haver coisas onde as pessoas possam estar... uns com os outros, dedicar uma parte do dia. **(ENTREVISTA 1 – FEMININO)**

Deste modo, utilizam-se de recursos discursivos provenientes do discurso que concebe a saúde como um processo determinado por aspectos sociais, económicos e políticos, modelo que surgiu em finais da década de 1970 e tendo como marcos célebres

a “Declaração de Alma-Ata” (1978)<sup>108</sup> e a “Carta de Ottawa” (1986)<sup>109</sup>”. Nesta perspectiva, vai-se além da prevenção das doenças (primária, secundária ou terciária<sup>110</sup>), focando-se a promoção da saúde e a qualidade de vida, actuando sobre os seus determinantes sociais (o contexto sociocultural, económico e político das sociedades). Assim, a promoção da saúde vem sendo interpretada, de um lado, como reacção à acentuada medicalização da vida social e, de outro, como uma resposta sectorial articuladora de diversos recursos técnicos e posições ideológicas, representando um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado. Esta corrente considera que a justiça social, a equidade, a educação, o saneamento, a paz, a habitação, o salário digno, a estabilidade do ecossistema e a sustentabilidade dos recursos naturais são pré-requisitos essenciais à saúde da população. Trabalha, portanto, com uma concepção ampliada de saúde, onde esta deixa ser uma questão de ausência de doenças, relacionando-se com uma perspectiva que tem como foco a qualidade de vida. Como tal, está inerentemente imbricada a amplos processos sociais, políticos, económicos e culturais que determinam os modos de adoecer e de viver saudavelmente (Buss, 2000, Carvalho, 2004).

Por outro lado, conforme fica explícito nos fragmentos seguintes, ao invocar as causas sociais e as intervenções preventivas macro-focadas, corre-se o risco de significar uma desresponsabilização dos(as) médicos(as) de família. Devido ao predomínio do discurso biomédico tradicional, sua insuficiência de saberes diante de um complexo problema de origens socioculturais e dificuldades inerentes à organização do trabalho (como a falta de tempo), consideram que pouco têm a contribuir para a redução da violência conjugal entre seus(as) utentes.

---

<sup>108</sup> Disponível a partir de: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>, acesso em 29 de Maio de 2008.

<sup>109</sup> Disponível a partir de [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf), acesso em 29 de Maio de 2008.

<sup>110</sup> Prevenção primária: visa actuar sobre aspectos que propiciam o surgimento de doenças, impedindo-as (exemplo, vacinação); Prevenção secundária: tratamento da doença já instalada, impedindo o desenvolvimento de agravos (exemplo, controlo da hipertensão arterial através de medicamentos ou outras medidas); Prevenção terciária: visa a reabilitação do sujeito afectado pela doença (exemplo, intervenções de terapia ocupacional que auxiliem uma pessoa comedida por uma paralisia motora devido a um acidente vascular cerebral a realizar suas tarefas quotidianas).

*P: Hum hum. E no que... que diz respeito à prevenção, porque os cuidados primários também devem trabalhar com prevenção...*

*E: Deve essencialmente trabalhar com prevenção, chegaste bem.*

*P: Achas possível trabalhar, de alguma, de alguma forma, a prevenção da violência?*

*E: [puf] em prevenção, é muito difícil, porque isso tá dependente também da educação das pessoas, não é? E... e nós, no Serviço de Saúde, ah... não podemos bem educar, não é? Ah... não sei como é que se pode prevenir, não sei. Só educando melhor as pessoas. Não é? (ENTREVISTA 3 – MASCULINO)*

*P: E de que forma poderia ser feita essa prevenção?*

*E: Conhecer bem os agrupamentos familiares, haver mais tempo para estudar os... os núcleos familiares, saber dos problemas que existem, normalmente isso é que tá na origem das... da violência, não é? (ENTREVISTA 4 – MASCULINO)*

*E: Isso é uma intervenção política basicamente, enquanto não melhorar o nível de vida, isso não vai acontecer. Enquanto houver selecção pessoal, bairros pobres, vai sempre haver. Mais médicos que haja... a intervir, não têm hipóteses nenhuma. Podem melhorar o problema, mas anulá-lo, não conseguem. [...]*

*P: Hum hum. Seria um problema que... vai muito além...*

*E: É um problema global...*

*P: ... da saúde, não é?*

*E: Sim, sim, sim, sim. Não tem nada- tem a ver com o Centro de Saúde, como têm algumas coisas, ligeiramente, o resto não. (ENTREVISTA 7 – MASCULINO)*

*É que a prevenção [riso], a prevenção é difícil fazer a prevenção de violência, prevenção de violência acho que deveria ser feito a nível, a nível da comunicação né, dos média, porque é isso que atinge mais pessoas não é...nós não temos tanto tempo como se julga pra ter esses tipos todos de acção, é quase impossível não é...a pessoa tem que fazer uma consulta de 20 em 20 minutos é quase impossível arranjar tempo pra se fazer tudo, fazer a medicina como deve ser feita e depois fazer actos preventivos dessa natureza. Assim como da droga etc...alcoolismo. Essas coisas todas que estão quase interligadas né...é difícil não há tempo pra tudo (ENTREVISTA 10 – MASCULINO)*

Há, portanto, uma coexistência de diferentes perspectivas sobre a prevenção da violência doméstica e a promoção de uma vida sem violência, cada qual com

consequências determinadas. Por um lado, o foco na prevenção das doenças conduz à medicalização do problema, sua individualização e responsabilização da vítima por sua resolução. Por outro, o foco nos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado conduz a uma desresponsabilização dos(as) médicos(as) de família, uma vez que, devido ao predomínio do discurso biomédico tradicional, não se consideram capazes de actuar sobre aspectos que vão além da enfermidade orgânica. Urge, portanto, incorporar novos discursos e saberes às práticas da medicina geral e familiar a fim que de esta possa concretizar suas pretensões de oferecer um cuidado integral, continuado, envolvendo o tratamento das doenças e a promoção da saúde.

#### d) Conclusões

O objectivo deste estudo era mapear os discursos de médicos(as) de família actuantes nos cuidados de saúde primários sobre a violência doméstica contra mulheres e identificar os seus efeitos nas práticas de cuidado a elas oferecidas. Partimos do pressuposto de que, devido às características próprias da especialidade, estes(as) profissionais estariam em condições privilegiadas para a sinalização, acompanhamento e despiste de tais situações, o que foi confirmado pelos depoimentos aqui reproduzidos. Embora alguns(as) médicos(as) entrevistados(as) inicialmente mostrassem um certo distanciamento perante este tipo de problema, referindo ter pouco contacto com estes casos, aos poucos foram introduzindo elementos que permitem constatar que esta é uma realidade que se apresenta nos cuidados de saúde primários. Além disso, apesar de referirem que as situações mais graves aparecem apenas nas urgências hospitalares, não foram poucos os casos de violência severa relatados (praticados essencialmente contra mulheres).

A desocultação da violência doméstica é um processo que requer tempo e, principalmente, disponibilidade por parte do(a) médico para a investigação de sinais como procuras recorrentes por consultas, queixas difusas e sem causas definidas, depressões e ansiedades. Neste aspecto, o contacto prolongado e a relação de confiança estabelecida com as utentes são importantes aliados para que sintam-se seguras para revelar os abusos e agressões a que são submetidas, em silêncio, em seus lares. Todavia, a actual organização do trabalho nos centros de saúde tem, cada vez mais, dificultado o desenvolvimento de uma relação de cumplicidade e confiança entre médicos(as) e

seus(as) utentes. A elevada carga de trabalho, o modelo médico-centrado do cuidado, o grande número de utentes em sua lista e a informatização das consultas (que impõem o ritmo de trabalho), entre outros aspectos, representam obstáculos ao desenvolvimento das potencialidades da especialidade de clínica geral e familiar frente a este problema. Trata-se de um “jogo de forças” (Foucault, 1992, 2000), onde os(as) médicos(as) sentem-se subjugados pela necessidade de dar conta da demanda por atendimento, impedindo-os(as) até mesmo de participarem em iniciativas de formação e/ou actualização profissional.

Aos factores organizacionais, aliam-se aspectos oriundos da estrutura social e dos valores culturais vigentes em Portugal. Neste particular, a valorização da integridade familiar e, conseqüentemente, da indissolubilidade da relação conjugal, permeada pelo mito do amor romântico (Matos, 2005, Neves, 2005), tornam a violência doméstica um problema “secreto”, escondido pela vergonha (decorrente da sensação de “falha” na realização pessoal) e dizendo respeito unicamente à “mulher vítima”, ao que acrescenta-se também o medo do agressor e suas ameaças. Mesmo quando adquirem coragem e verbalizam ao(à) médico(a) as situações a que estão sujeitas, muitas mulheres solicitam a manutenção do sigilo. Conforme refere uma das entrevistadas, “muitas vezes elas só querem desabafar”. A compreensão desta postura (aparentemente) submissa e de resignação requer a introdução de novos saberes ao discurso dos(as) médicos(as) de família, actualmente marcado pelo modelo biomédico tradicional.

A medicina, como ciência moderna, rege-se pelos pressupostos positivistas, como a divisão das partes para o melhor conhecimento do todo e a busca pela eliminação dos problemas (“cura”). Este foi o discurso hegemónico nas entrevistas realizadas, manifestando-se, principalmente, na individualização das causas e das intervenções propostas. No conjunto das entrevistas, podemos identificar uma construção polarizada da violência: por um lado, são apresentadas como causas características intrínsecas à vítima ou ao agressor; por outro, factores sociais, como o desemprego, o modo de vida contemporâneo, os valores culturais, a falta de educação e as diferenças entre homens e mulheres na sociedade. Ambos os discursos são igualmente utilizados pelos(as) entrevistados em diferentes momentos sem, contudo, significarem uma contradição. A partir das intervenções propostas, isto é, das práticas de cuidado oferecidas às mulheres alvo de violência conjugal, identificamos um discurso individualizante que se atravessa e se impõe a ambas as atribuições causais para a violência.

As mulheres vítimas de violência conjugal são apresentadas como polissintomáticas, doentes, deprimidas, angustiadas e com poucos recursos (psicológicos, sociais e econômicos) para lidar com a situação, que procuram negar ou esconder o problema, dificilmente referindo ser este o motivo da consulta. Logo, são posicionadas como passivas e pouco fazendo para mudar sua condição. Deste modo, as práticas de cuidado oferecidas passam principalmente pela medicalização dos sintomas (como a depressão e a ansiedade), pelo recurso à psicoterapia e pelo encaminhamento para a assistente social e instituições sociais de apoio. Porém, o risco inerente a este tipo de prática está na individualização do problema e na subjacente responsabilização da vítima pela transformação de sua condição, acompanhada pela consequente desresponsabilização do agressor.

Aliás, percebemos que pouco se falou sobre os agressores, sendo vistos sobretudo como homens, machistas, dependentes do álcool, portadores de perturbações fisiológicas ou psicológicas (as últimas provavelmente causadas por vivências traumáticas na infância, onde “aprenderam” a mediar os problemas pelo recurso à agressividade). As intervenções propostas também passam pelo nível individual, como o tratamento para o alcoolismo e outras perturbações psiquiátricas que possam apresentar e, eventualmente, a terapia de casal, embora isto seja admitido como muito difícil de se concretizar. Entendemos que este “silenciamento” ou “pouco falar” sobre o agressor reforça a existência de um discurso que responsabiliza a mulher vítima pelo enfrentamento do problema, principal alvo das intervenções desencadeadas.

O papel do(a) médico(a), neste contexto, é a identificação precoce da situação para o seu tratamento e encaminhamento, passando também pelo aconselhamento, isto é, apresentação de opções para que a própria mulher decida o que fazer. Há, portanto, um duplo padrão: ao mesmo tempo em que as vítimas são tomadas como passivas e submissas à condição em que se encontram, exige-lhes que assumam uma postura activa, de busca por entidades de apoio, registo de queixa policial e, principalmente, término do relacionamento através do divórcio. De modo subjacente, ambos os discursos se unem em um discurso prescritivo, que impõe modos de ser e de agir às mulheres submetidas à violência conjugal, desconsiderando suas necessidades e suprimindo relatos alternativos de resistência, ao mesmo tempo em que ignora o amplo contexto sociocultural e político que produz, sustenta e perpetua a violência conjugal.



Por exemplo, a recusa em admitir ser vítima de violência, ao invés de um empecilho, também pode ser vista como uma tentativa de construir-se subjectivamente de modo positivo, onde o acto de não denunciar o agressor pode representar uma escolha estratégica de defesa face às suas ameaças. Do mesmo modo, a recusa em trazer seu problema íntimo e familiar para a consulta médica pode significar uma não-aceitação da patologização, não compreendendo sua situação como uma doença que necessita de intervenção médica. Igualmente, não considerar o divórcio como única solução pode representar uma tentativa de reconstrução da relação conjugal, seja porque manifestam amor pelo agressor, porque não querem se julgadas pela sociedade a partir dos estereótipos de “mulher separada” ou qualquer outro motivo. Independentemente das razões, a mulher que vivencia agressões conjugais tem o direito de determinar os rumos que pretende para sua vida.

Assim, percebe-se a existência de uma relação hierárquica desigual, em que os(as) profissionais de saúde são posicionados como especialistas e, conseqüentemente, como detentores de poder sobre suas pacientes. A relação assimétrica de estabelecida serve para protegê-los(as) do envolvimento emocional que tais situações podem acarretar, o que é condizente com o modelo positivista de ciência, pautado pela neutralidade. A violência de gênero, ao ser reduzida a uma categoria diagnóstica, torna-se um problema controlável e manipulável pelos recursos oferecidos pelo discurso médico. Adota-se um discurso semelhante ao utilizado para lidar com doenças crônicas, em que o papel do(a) profissional é “empoderar” o(a) paciente para introduzir mudanças em seu “estilo de vida” ou situação social a fim de alcançar melhorias na saúde (Lavis et al, 2005). Neste caso, trata-se de uma noção de empoderamento bastante distinta da que vem sendo utilizada nas epistemologias feministas (Neves & Nogueira, 2003, 2004, 2005), uma vez que a ação política sobre factores socioculturais não é considerada.

Todavia, não podemos deixar de reconhecer que este tema apenas muito recentemente foi introduzido no campo da saúde, sem ter sido acompanhado por uma transformação nas práticas e saberes já instituídos. Este processo, apesar de dar maior visibilidade para o problema, também apresenta alguns desafios (Lavis et al, 2005). De acordo com o que se percebe no relato dos(as) entrevistados(as), apesar das diversas medidas adoptadas para a desocultação do problema e de sensibilização da população

em geral para estas questões, pouco se avançou na construção de iniciativas próprias ao campo da saúde.

De acordo com o que foi identificado no estudo anterior (Estudo II: Revistas Médicas - A invisibilidade de género em publicações nacionais), este é um tema que não tem sido pensado, discutido e pesquisado no contexto da produção científica nacional, o que se reflecte no pouco conhecimento (ou desconhecimento) manifestado pelos(as) entrevistados(as) sobre a magnitude do problema e estratégias de enfrentamento. Até o momento, as estatísticas nacionais se restringem aos números oferecidos pelas forças policiais e dados das instituições de apoio às vítimas. Ainda não existe, em Portugal, uma fonte oficial de informações sobre os atendimentos realizados em instituições de saúde relacionados à violência, relegando o problema a uma “invisibilidade epidemiológica”. Uma vez que a linguagem da medicina se pauta por expressões como incidência, prevalência, morbidade e etc., é fundamental que a realidade da violência doméstica seja apresentada também por estes termos a fim de que possa ser “manejada” pelos profissionais da saúde. Igualmente, é importante capacitar os(as) profissionais para o enfrentamento de um problema que, assumidamente, não sabem como lidar e perante ao qual sentem-se desconfortáveis e impotentes.

Deste modo, para que a violência de género possa ser efectivamente “cuidada” pelos(as) médicos(as) de família, é necessário desenvolver uma ampla reforma no modo como os serviços estão organizados. Em primeiro lugar, a articulação com a especialidade de saúde pública deve ser colocada em novos termos - o que requer também uma reforma em sua própria estrutura – pois apenas a partir de dados epidemiológicos precisos as estratégias de prevenção e de tratamento poderão ser planeadas.

Em segundo lugar, deve-se romper com o modelo centrado no médico, introduzindo novos actores nas equipas de saúde. Conforme ficou ressaltado em diversos momentos, o aumento de psicólogos(as) é fundamental, não só para situações de violência, mas para diversas outras situações. Todavia, é preciso estimular uma nova forma de interacção, com um novo modelo de equipa, mais voltado para a transdisciplinaridade, com efectiva troca de saberes entre os(as) profissionais e não apenas o “encaminhamento”. Muitas vezes, encaminhar uma(a) paciente para outro(a) profissional simplesmente significa “livrar-se de um problema”, remetendo para este outro(a) profissional a solução para algo que o(a) médico não consegue lidar.

Entretanto, esta reforma também deve ocorrer ao nível dos saberes, com a incorporação de discursos que considerem os determinantes socioculturais e políticos do processo de saúde-doença-cuidado. Entre estes, o género mostrou-se como uma importante categoria de análise (Scott, 1986) que se atravessou de diversas formas ao discurso dos(as) médicos(as) entrevistados(as). Tal como defendem Laranjeira, Marques, Soares e Prazeres (2007, p. 35) “o sector saúde é uma estrutura organizacional genderizada”.

A análise das trajectórias profissionais dos(as) entrevistados(as) mostrou o quanto o factor género determina escolhas e oportunidades distintas para mulheres e homens. No discurso das médicas, identificamos que a opção pela medicina e pela própria especialidade de medicina geral e familiar foi determinada por factores como o gosto pessoal, mas, também, pela possibilidade de conciliar a vida familiar com a profissional. Por outro lado, nenhum homem referiu este tipo de constrangimento, referindo mais o gosto pessoal ou as oportunidades de mercado (vagas abertas nos concursos públicos).

No que diz respeito à violência, chama a atenção o facto de as únicas recusas veementes quanto ao contacto com casos deste tipo entre suas utentes terem sido expressas por homens, assim como as únicas respostas enfaticamente positivas foram de mulheres. Estes dados nos levam a concluir que as mulheres parecem estar mais atentas para estas situações, estando também mais disponíveis para abordá-las. Talvez isso ocorra porque as mulheres, como grupo normalmente oprimido na sociedade, identificam-se entre si, sendo capazes de compreender melhor as situações vivenciadas por suas pacientes, tal como reconhecido pela médica que declarou também já ter sido vítima de violência conjugal, realidade que a faz ser mais compreensiva com as dificuldades e necessidades de suas utentes em igual condição. Assim, o reconhecimento de que a compreensão sobre a violência praticada contra as mulheres na intimidade necessariamente envolve uma reflexão sobre as relações de poder estabelecidas entre o masculino e o feminino foi apontado apenas por entrevistadas do sexo feminino.

Um segundo ponto que demonstra a importância da análise de género para a compreensão da violência conjugal foi a forte associação entre violência e força física. Isso fez com que grande parte dos(as) entrevistados(as), ao serem inquiridos(as) sobre a existência de casos de violência contra as mulheres entre suas utentes, referissem primeiramente este tipo de violência. Porém, como os(as) próprios(as) médicos(as)

admitem, esta é mais fácil de ser escondida, seja porque as mulheres não comparecem às consultas quando estão com marcas evidentes ou porque buscam atendimento nas urgências hospitalares, sobre as quais os(as) médicos(as) de família não têm qualquer informação. Consequentemente, há uma invisibilidade para as diferentes formas de violência psicológica que, embora não deixem marcas visíveis, de acordo com o resultado de investigações (Heise & Garcia-Moreno, 2002, Matos, 2000, Organização Mundial de Saúde, 1998), são consideradas pelas vítimas como as de mais difícil recuperação.

A influência dos estereótipos de gênero na classificação entre os tipos de agressões praticadas e sofridas por mulheres e homens também fez emergir um discurso que culpabilizou as mulheres por praticarem (supostas) violências psicológicas sobre seus maridos. Uma vez que o sexo feminino é estereotipadamente visto como frágil, submisso, dissimulado, vingativo e “tagarela”, adota atitudes como xingar o marido, desvalorizar seu comportamento ou recusar-se a manter relações sexuais, actos estes compreendidos como formas de violência psicológica. Além disso, as normas sociais quanto ao maior controlo da sexualidade feminina implica uma conotação mais negativa da infidelidade da esposa, sendo também esta encarada como uma forma de violência psicológica sobre o marido e, até mesmo, como uma justificativa (ou desculpa) para que reaja agressivamente.

Nestes casos, porém, a submissão e o controle do marido não estão presentes, caracterizando-se mais como maneiras de retaliação do companheiro que caracterizam o que muitas vezes é chamado por “violência comum entre casais”. Esta é bastante distinta de uma forma severa e progressiva de violência psicológica, que se caracteriza por diversas formas de abuso, aterrorização, ameaças e um comportamento progressivamente controlador e possessivo do parceiro, com intimidação, depreciação constante e humilhação, isolamento da pessoa de sua família, monitoramento de seus movimentos e restrição de acesso a informações ou cuidados (Heise & Garcia-Moreno, 2002).

A partir das diversas situações de violência relatadas pelos(as) médicos(as), pudemos constatar, assim como outros estudos já demonstram (Alvim, 2006, APAV, 2003, 2006, 2007, Heise & Garcia-Moreno, 2002, WHO, 2005a,b), que as formas mais graves de violência foram praticadas por homens sobre suas esposas. Estas, quando agrirem, geralmente fazem-no como uma forma de reacção aos maus-tratos de que são

alvo e com consequências muito menores (Pais, 1998, Sousela, 2006). Porém, este facto não impediu que surgisse um discurso onde a mulher foi identificada como praticando mais agressões conjugais do que o marido. Contribuiu para isto a ideia de que as mulheres, por estarem no mercado de trabalho, com sua própria remuneração e autonomia, provocaram uma inversão social: de vítimas tornaram-se autoras das agressões. Este nada mais é do que o argumento frequentemente empregado pelo movimento do *backlash*, que, além de procurar desvalorizar as conquistas femininas, tende a avaliá-las de modo negativo, dando a entender que o feminismo é o negativo do machismo (isto é, defende a submissão dos homens face as mulheres). Todavia, este foi o discurso utilizado para falar, de modo abstracto, das mulheres “em geral”, pois, ao referirem-se às “mulheres vítimas”, foram utilizados os repertórios já especificados: fracas, submissas, dependentes economicamente do marido, com pouca autonomia, indecisas e etc.

Entendemos que a coexistência destes discursos, mais do que uma contradição, demonstra o momento de transição em que nos encontramos. Ao mesmo tempo em que diversas alterações sociais foram obtidas para melhorar a situação das mulheres, persistem condições desiguais (como a menor remuneração, a desigual distribuição das tarefas domésticas, a necessidade de conciliar a vida familiar com a profissional, as restrições advindas da maternidade, etc.) e, principalmente, valores sociais que ainda não foram alterados. Como afirma Pais (1998), as mudanças legais demoram a se concretizar no senso comum, fazendo com que as dificuldades das mulheres estejam muito mais no plano da legitimidade do que da legalidade. Os(as) médicos(as) de família, integrantes da sociedade, não estão isentos destes valores.

Por outro lado, também existem “linhas de fuga” para este discurso hegemónico. O sentimento de despreparo e o reconhecimento da necessidade de mais conhecimentos sobre a temática demonstram uma postura de abertura e de reconhecimento das fragilidades de seus saberes. Embora com menor intensidade, foram também identificados modos mais positivos de lidar com o problema, como as propostas para a prevenção e promoção da saúde que enfocaram a necessidade de dar visibilidade ao problema, de um actuação política a intersectorial e o estímulo à acção política dos(as) cidadãos(ãs). A necessidade de partilhar sua actuação com uma equipe interdisciplinar demonstra a compreensão de que este é um fenómeno complexo, que requer uma acção integrada e multifacetada. Como tal, ainda não existem respostas

certas ou fórmulas prontas, representando um grande desafio para a saúde pública e para os cuidados de saúde primários.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos discursos circulantes nos cuidados de saúde primários sobre a violência de género praticada contra mulheres no contexto da conjugalidade aqui apresentada partiu de uma breve introdução da importância dos movimentos feministas e de mulheres das décadas de 1960 e seguintes para a desocultação de uma realidade vivida em silêncio em diversas partes do mundo. Neste processo, primeiramente, conseguiu-se que o problema fosse encarado como uma grave violação dos direitos humanos; e, em seguida, como uma questão de saúde pública. Apesar de, em alguns momentos, termos adoptado uma narrativa histórica, reconhecemos que esta é apenas uma versão de acontecimentos que não pode ser vistos como sucedendo-se uns aos outros numa lógica de progressão linear. Se algumas conquistas foram obtidas, muitos desafios permanecem por resolver. Entre estes, a organização de práticas de cuidado e de prevenção internas ao campo da saúde. Como apontam Skinner, Hester e Malos (2005), a “agenda da punição”, com foco na criminalização da violência, fez crer que o problema estaria resolvido com a prisão do agressor, sendo descuradas medidas de apoio às vítimas e de prevenção de sua ocorrência.

O mapeamento dos estudos de mestrado e doutoramento realizados em Portugal nos mostrou que este é um tema recente de investigação, provavelmente acompanhando a maior visibilidade conferida ao problema a partir de diversas iniciativas promovidas pela CIDM (actual CIG) e outras instituições, assim como as alterações legais e os Planos Nacionais de Combate à Violência Doméstica, para a Igualdade e Contra o Tráfico de Seres Humanos. Cabe assinalar, mais uma vez, o importante papel desenvolvido por esta instância governamental para o estímulo das discussões relativas à igualdade de género na sociedade portuguesa, papel este existente mesmo nos tempos do regime fascista, como comprova a criação do “Grupo de Trabalho para a Participação da Mulher na Vida Económica e Social”.

Embora a produção científica nacional ainda esteja “despertando” para temas como mulheres, feminismo, género e violência, já é possível identificar um conjunto considerável e coeso de estudos. Deste modo, optamos por nos basear fundamentalmente nestes dados para nossas discussões e análises, tanto com o objectivo de dar visibilidade ao que tem sido produzido no país, mas também para utilizar



discursos apropriados à realidade nacional. São diversos os estudos documentam as repercussões da violência conjugal na saúde física e mental das mulheres agredidas e de seus(as) filhos, também estes(as) vítimas de violência, seja directa ou indirectamente. Igualmente, as características psicológicas, sociais e culturais das vítimas estão relativamente bem documentadas, assim como aspectos mais gerais ou contextuais (representações sociais, representações dos *media*). Falta, no entanto, o desenvolvimento de iniciativas de avaliação dos recursos existentes na sociedade para o apoio de mulheres vítimas de violência doméstica, bem como um maior conhecimento sobre os agressores. Procurando romper com a lógica centrada na vítima (embora não a considerando desnecessária ou menos importante), optamos por focar a análise nos cuidados oferecidos pelos serviços de saúde às mulheres submetidas à violência conjugal e, mais especificamente, nos cuidados de saúde primários.

Estudos realizados no contexto nacional comprovaram que a maioria das vítimas não procura atendimento médico para situações de violência de que tenham sido vítimas e, quando o fazem, não revelam ser este o motivo da consulta, preferindo utilizar as urgências hospitalares (Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa, 2003). Ainda assim, acreditamos que os cuidados de saúde primários podem representar uma importante “porta de entrada” para situações frequentemente escondidas sob o manto da privacidade familiar, a vergonha e o medo. Os(as) médicos(as) de família, devido ao contacto directo e continuado no tempo com todos os(as) integrantes da família, frequentemente são o único elemento externo capaz de os observar.

Partindo dos pressupostos oferecidos pelo construcionismo social, a análise centrou-se nos discursos sobre a violência conjugal, entendendo-os como construções sociais que têm efeitos nas práticas dos profissionais. No estudo sobre as revistas médicas nacionais, contrariando o que vem sendo defendido pela OMS (Heise & Garcia-Moreno, 2002, Minayo, 2006, WHO 2005a,b) constatamos que existe uma enorme invisibilidade para o problema, muito provavelmente devido a hegemonia de um discurso médico que individualiza, patologiza e medica todos os problemas, sejam eles de origem orgânica ou sociocultural. Uma vez que estas publicações são importantes meios de divulgação de saberes e de actualização profissional, a invisibilidade conferida à violência doméstica tem efeitos nas práticas dos(as) profissionais.

De modo semelhante ao que foi encontrado no estudo das revistas, a análise dos discursos dos(as) médicos(as) de família entrevistados(as) actuates nos cuidados de saúde primários identificou que, embora apontem causas individuais e socioculturais para a violência doméstica, as intervenções propostas são essencialmente dirigidas ao nível individual: é a mulher vítima que deve ser diagnosticada, tratada, sinalizada, orientada e/ou encaminhada. Trata-se, portanto, dos efeitos de um discurso biomédico dominante, que foca-se na doença em detrimento da saúde e no tratamento ao invés da promoção da saúde. Todavia, esta crítica apenas poderá ser completa se destacarmos a existência de um contexto organizacional que não propicia aos(as) médicos(as) de família espaços para a reflexão de suas práticas ou a participação em actividades de actualização profissional. Igualmente, o modelo médico-centrado conduz à sobrecarga destes(as) profissionais e o sentimento de isolamento. De facto, a pouca disponibilidade de outros profissionais das “equipes” de saúde (especialmente psicólogos) faz com que não possam partilhar estas responsabilidades, restringindo-se a tratá-las com os saberes de que dispõem (provenientes do discurso médico). Por outro lado, o encaminhamento para outros serviços ou profissionais representa sua incapacidade para lidar com um complexo problema de origens socioculturais que apenas recentemente entrou no campo da saúde e, como tal, está sujeito a algumas vantagens, mas também muitos desafios (Lavis et al, 2005).

Concluimos, portanto, ser necessária uma ampla reforma dos saberes e das práticas de saúde para que a violência de género possa ser adequadamente abordada. A reforma dos cuidados de saúde primários actualmente em curso pode ser uma importante oportunidade de transformação das práticas instituídas. Contudo, somente poderá ser concretizada em pleno se for acompanhada pela construção de novos saberes, a partir da inclusão de análises e a intervenções sobre os determinantes sociais de saúde, entre estes, o género. Conforme constatamos nos dois últimos estudos, “o sector saúde é uma estrutura genderizada” (Laranjeira, Marques, Soares & Prazeres, 2007) e, como tal, atravessado por jogos de forças e relações de saber-poder (Foucault, 1992, 2000). Deste modo, é importante destacar também a existência de “linhas de fuga”, isto é práticas que nos levam a pensar que a transição para um novo modelo já iniciou, como comprova a existência do “Projecto Saúde, Sexo e Género”, desenvolvido pela Direcção-Geral de Saúde desde Maio de 2006 (Laranjeira et al, op cit), assim como a inclusão da violência doméstica no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Portugal, 2004) e a prioridade dada

à orientação e qualificação de profissionais de saúde no III Plano Nacional de Combate à Violência Doméstica (2007).

A análise de discurso e o construcionismo social mostraram-se como ferramentas úteis para a desconstrução dos saberes dominantes e indicação de pistas por onde seguir para sua reconstrução em uma abordagem mais inclusiva e sensível às especificidades das mulheres frente a uma sociedade hierarquicamente organizada. Em todo o processo de pesquisa, procuramos pautar nossa prática pelo respeito aos preceitos éticos, respeitando as individualidades envolvidas na pesquisa, preservando seu anonimato e mantendo o compromisso com os(as) entrevistados, facultando-lhes todas as informações sobre a pesquisa e disponibilizando o texto do material transcrito para que aprovassem seu conteúdo e/ou fizessem as alterações consideradas necessárias.

Entretanto, não podemos deixar de assinalar algumas limitações e sugestões para investigações futuras. Em primeiro lugar, devido ao pouco tempo disponível para a realização da investigação, a centralização das análises nos(as) médicos(as) de família pode ter conduzido a uma visão parcial e limitada das práticas exercidas nos cuidados de saúde primários e reproduzido o modelo médico-centrado vigente na saúde. Em outros estudos, consideramos importante incluir também a perspectiva de outros profissionais, como enfermeiros(as), assistentes sociais e psicólogos(as). Do mesmo modo, é importante estudar o discurso dos(as) profissionais actantes nas urgências hospitalares, visto ser neste espaço que a maioria das vítimas busca atendimento para as lesões decorrentes da violência. Outra iniciativa interessante seria examinar o percurso percorrido pelas mulheres vítimas de violência conjugal antes de chegarem às instituições sociais de apoio e forças policiais, procurando identificar se os encaminhamentos referidos pelos(as) médicos(as) de família em nosso estudo se concretizam. Por fim, reafirmamos a necessidade de construir formas de registo de situações de violência doméstica atendidas nos serviços de saúde a fim que possam ser obtidos dados epidemiológicos que permitam um maior conhecimento da real dimensão do fenómeno e a forma como se manifesta nestas instituições.

## REFERÊNCIAS

- Agostinho, M. (2007). Ecomapa. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 327-330.
- Allen, J., Gay, Crebolder, H., Heyrman, J., Svab, I., Ram, P. & Evans, P. (2005). A definição europeia de medicina geral e familiar [documento]. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 21, 511-516.
- Almeida, M.T.F (2007). Documento enviado ao Procurador-Geral da República. Retirado em 07/02/08, a partir de: <http://www.apmj.pt/arquivo.htm>
- Alvim, F. (2006). Mulheres (In)Visíveis. Relatório da Campanha “Acabar com a violência contra as mulheres”. Lisboa: Amnistia Internacional Portugal.
- Amâncio, L (2002a). O Género na psicologia: uma história de desencontros e rupturas. Psicologia, XV(1), 9-25.
- Amâncio, Lígia (2002b). O Género na psicologia Social em Portugal: perspectivas actuais e desenvolvimentos futuros. Exaequo, 6, 55-75.
- Amâncio, L. (2004). A(s) masculinidade(s) em que-estão. In L. Amâncio (org). Aprender a Ser Homem: construindo masculinidades (pp. 13-27). Lisboa: Livros Horizonte.
- Ambuel, B., Butler, D., Hamberger, L. K., Lawrence, S. & Guse, C. E. (2003). Female and male medical students' exposure to violence: impact on well being and perceived capacity to help battered women. Journal of Comparative Family Studies, 34(1), 113-135. Retirado em 06/05/08, a partir de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=9062423&site=e=ehost-live&scope=site>
- Angelo, M. (2008). Rigor and ethics: challenges in qualitative research. Ciência & Saúde Coletiva, 13(2), 318-318.
- Antaki, C; Billig, M; Edwards, D. & Potter, J. (2003). El análisis del discurso implica analizar: crítica de seis atajos analíticos. Athenea Digital, 3, p. 14-35. Disponível em <http://antalya.uab.es/athenea/num3/antaki.pdf>, acesso em 05 Mar. 2008.
- Antunes, M.I. & Moeda, A. (2005). Ao encontro da morte. O impacto das emoções do médico no cuidado ao doente. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 21, 353-357.

- Araújo, H.C. (2002) Há já lugar para algum mapeamento nos estudos sobre Género e Educação em Portugal? Uma tentativa exploratória. Revista da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação, 1, 101-145.
- Araújo, J. (2005). A Reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública. Universidade do Minho: Núcleo de Estudos em Administração e Políticas Públicas. NEAPP (Documento de Trabalho. Série I). Acesso em 05 de Janeiro de 2008, a partir de: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3225/1/NEAPPSerieI%289%29.pdf>
- Argemí, M. D.& Rueda, L. I. (2002). La construcción social de la violencia. Athenea Digital, 2, Outono, [periódico na internet]. Disponível em: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/54/54>, acesso em 22 de Maio de 2007.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2003). Relatório Penélope sobre a Violência Doméstica no Sul da Europa. Lisboa: APAV. [on line]. Acesso em 12 de Junho de 2007, a partir de: [http://www.apav.pt/pdf/relatorio\\_penelope.pdf](http://www.apav.pt/pdf/relatorio_penelope.pdf)
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2006). Estatísticas. Totais Nacionais 2006. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Disponível em: [http://www.apav.pt/pdf/totais\\_nacionais\\_2006.pdf](http://www.apav.pt/pdf/totais_nacionais_2006.pdf). Acesso em 21 jul. 2007.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2007). UAVIDRE 2006/2007. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Disponível em: <http://www.apav.pt/estatisticas.html>, Acesso em 21 jul. 2007.
- Associação Portuguesa de Mulheres Juristas (2005). Ousar Vencer a violência sobre as Mulheres na Família. Guia de Boas Práticas Judiciais. Lisboa: APMJ.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 8(14), 73-92.
- Azambuja, M.P.R. (2004). Violência doméstica contra crianças: uma questão de género? In M.N. Strey, M.P.R. Azambuja & F.P. Jaeger (orgs.). Violência,

gênero e políticas públicas (pp. 259-290). Porto Alegre: EDIPUCRS. (Coleção Gênero e Contemporaneidade, v. 2).

Azambuja, M.P.R (2005). Violência doméstica: reflexões sobre o agir profissional. Psicologia. Ciência e Profissão, 25(1), 4-13. Acesso em 11 de Nov. 2007, a partir de [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932005000100002&lng=en&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000100002&lng=en&nrm=iso)

Azambuja, M P. R; Nogueira, C & Saavedra, L. (2007). Feminismo(s) e Psicologia em Portugal. Psico PUCRS, 38(3), 207-215.

Azambuja, M.P.R. & Nogueira, C. (2008). Análise de Discurso: potencialidades investigativas para a violência de gênero. Ciência & Saúde Coletiva. [periódico na internet]. Acesso em 31 de Janeiro de 2008, a partir de [http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=998](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=998)

Bachar, K. & Koss, M. P. (2001). From prevalence to prevention: closing the gap between what we know about rape and what we do. Em C. M. Renzetti, J. L. Edleson, & R. K. Bergen. Sourcebook on violence against women. (pp. 117-142). Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications.

Banks, O. (1986). Becoming a feminist: the social origins of first wave's feminism. Brighton, Sussex: Wheatsheaf Books.

Barreiro, S. (2005). Referenciação e comunicação entre cuidados primários e secundários. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 21, 545-553.

Barreto, A. (1996). Tempo de mudança. Lisboa: Relógio D'Água.

Barreto, I. C. (2005). A mulher à luz da Convenção Europeia dos Direitos do Homem. In A.M. Rodrigues, C.B. Lopes, I.C. Barreto, M.B. Roseira, P. Escarameia, V.L. Raposo, V. Ferreira & V. Moreira. Direitos humanos das mulheres (Corpus Iuris Gentium Conimbrigae, 4. Faculdade de Direito de Coimbra, pp. 127-155). Coimbra: Coimbra Editora

Beleza, T. P. (2007). Violência Doméstica. In Jornadas sobre a revisão do Código Penal. Fórum Lisboa. Retirado em 07/02/08, a partir de [http://www.cej.mj.pt/cej/ficheirospdf/formapermanente200708/violencia\\_domestica\\_lisboa2007tpb.pdf](http://www.cej.mj.pt/cej/ficheirospdf/formapermanente200708/violencia_domestica_lisboa2007tpb.pdf)

- Belo, M., Alão, A. P. & Cabral, I. O. (1987). O estado novo e as mulheres. In A. C. Pinto, A. Moreira, F. M. Costa, F. Rosas, J. Serra, J. M. B. Brito & N. S. Teixeira. O estado novo: das origens ao fim da autarcia, 1926-1959, v. II. Lisboa: Fragmentos.
- Bernardes, J. S. (1998). História. In M.G. Jacques, M.N. Strey, M.G. Bernardes, P. A. Guareschi, S.A. Carlos & T.M.G. Fonseca. Psicologia social contemporânea. Livro-texto (pp. 19-35). Petrópolis: Vozes.
- Biscaia, A. R. (2006a). A reforma do pensamento em saúde [Editorial]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 63-64.
- Biscaia, A. R. (2006b). A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 67-79.
- Biscaia, A. R., Martins, J. N., Carreira, M. F. L., Gonçalves, I.F., Antunes, A. R. & Ferrinho, P. (2006). Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Reformar para Novos Sucessos. Lisboa: Padrões Culturais.
- Blay, E. A. (2001). 8 de Março: Conquistas e Controvérsias. Estudos Feministas, 9(2), 601-607.
- Bolam, B. & Chamberlain, K. (2003). Professionalization and reflexivity in critical health psychology practice. Journal of Health Psychology, 8 (2), 215-218.
- Borges, L.O., Argolo, J.C.T., & Baker, M.C.S. (2006). Os valores organizacionais e a síndrome de burnout: dois momentos em uma maternidade pública. Psicologia: Reflexão & Crítica, 19(1), 34-43.
- Braga, R. (2005). Primavera [Editorial]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21, 471-472.
- Branco, A. G. & Ramos, V. (2001), Cuidados de saúde primários em Portugal [Volume Temático]. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2, 5-12.
- Brasil (2003). Lei no 10.778, de 24 de Novembro de 2003. Acesso em 30/01/08, a partir de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm)
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology, 3, 77-101.

- Brissos, M. A. (2004). O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 22(1), 43-55.
- Broeiro, P., Vítor, R. & Ricardina, B. (2007a). O mapa de problemas. Um instrumento para lidar com a morbilidade múltipla. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 209-215.
- Broeiro, P., Vítor, R. & Ricardina, B. (2007b). O equilíbrio de um sistema dinâmico complexo. Aplicação do mapa de problemas num caso de morbilidade múltipla. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 217-222.
- Bueno, B. O., Chamlian, H. C., Sousa, C. P. & Catani, D. B. (2007). Histórias de vida e autobiografias na formação de professores e profissão docente (Brasil, 1985-2003). Educação e pesquisa, 32(2), 385-410.
- Burman, E. (1997). Differentiating and de-veloping critical social psychology. In T. Ibáñez & L. Íñiguez. Critical social psychology (Ch. 14, pp. 229 - 240). London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- Burr, V. (1995). An Introduction to Social Constructionism. Routledge: London and New York.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1), 163-177.
- Cabral, C. G. (2006). Pelas telas, pela janela: o conhecimento dialogicamente situado. Cadernos Pagu, 27, 63-97.
- Calheiros, J.M (2006). Fumo ambiental e saúde. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 245-253.
- Câmara Municipal de Braga (2003). Rede social de Braga: diagnóstico social do concelho de Braga. Braga: Câmara Municipal.
- Campos, A. C. (2003). Hospital-empresa: crónica de um nascimento retardado [Em Foco]. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 21(1), 23-33
- Campos, A. P. & Faria, P. L. (2003). O Decreto-lei nº 60/2003, de 01 de Abril – nova tentativa de reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal [Secção Direito da Saúde]. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 21, (2), 73-76.



- Campos, C. H. (2004). Justiça consensual, violência doméstica e direitos humanos. In M. Strey, M. Azambuja & F. Jaeger (orgs.). Violência, gênero e políticas públicas (Coleção Gênero e Contemporaneidade, v. 2, pp. 63-84). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Campos, H. C. (2006). O impacto da filosofia de Kant sobre a doutrina da revelação em Karl Barth. Fides Reformata XI, 1, 25-50.
- Caparrós, A. (1999). História da Psicologia. Lisboa: Plátano Edições Técnicas.
- Capra, F. (2002). O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix (23ª ed.; 1ª ed. 1982).
- Caridade, S., Machado, C. & Abrunhosa, R. (2005). Unidade de Consulta em Psicologia da Justiça da Universidade do Minho (UCPJUM). Avaliação e intervenção em contextos de justiça: o exemplo da Unidade de Consulta em Psicologia da Justiça da Universidade do Minho. In C. Manita. A intervenção em agressores no contexto da violência doméstica em Portugal: estudo preliminar de caracterização (pp. 72-80). Lisboa: CIDM (Coleção Estudos de Gênero, 2).
- Carlos, J.S.A & López, M. S. (2006). Movimento Vasco da Gama. A nova geração europeia de médicos de família [Editorial]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 281-283.
- Carneiro, V. C. (2000). Pesquisa foucaultiana: uma alternativa entre caminhos educativos. Educação, 23(41), 181-202.
- Carvalho, S. R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. Cadernos de Saúde Pública, 20(4), 1088-1095.
- Castaño-Lopez, E.; Plazaola-Castaño, J.; Bolívar-Muñoz, J. & Ruíz-Perez, I. (2006). Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005). Revista Española de Salud Pública, 80, 705-716.
- Cerejo, A. C. (2006). Disfunção sexual feminina: prevalência e factores associados. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 701-720.
- Cevasco, M. E. (2003). Dez lições sobre estudos culturais. Perdizes: Boitempo.
- Clemente, V. (2006). Como tratar os doentes com insónia crónica? O contributo da Psicologia Clínica. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 635-644.

- Coelho, P. (2005). Violência conjugal. Violência física conjugal nas mulheres que recorrem aos cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21, 343-351.
- Coelho, R., Braga-Oliveira, L; Martins, A.; Prata, J. & Barros, H. (1999). Factores psico-sociais e asma brônquica na adolescência. Revista Portuguesa de Psicossomática, 1(1), 131-143.
- Coimbra, C. M. & Nascimento, M.L. (2001). O efeito Foucault: desnaturalizando verdades, superando dicotomias. Psicologia, teoria e pesquisa, 17 (3), 245-248.
- Comissão para a Igualdade e Para os Direitos das Mulheres (1997). Plano global para a igualdade de oportunidades. Lisboa: CIDM; Presidência do Conselho de Ministros.
- Comissão para a Igualdade e Para os Direitos das Mulheres (2003a). II Plano Nacional contra a Violência Doméstica. Lisboa: CIDM; Presidência do Conselho de Ministros.
- Comissão para a Igualdade e Para os Direitos das Mulheres (2003b). II Plano Nacional para a Igualdade (2003-2006). Lisboa: CIDM; Presidência do Conselho de Ministros.
- Comissão para a Igualdade e Para os Direitos das Mulheres (2004). A igualdade de género em Portugal (2003). Lisboa: CIDM; Presidência do Conselho de Ministros.
- Costa, C. C. (1998). Representações sociais da violência conjugal. Dissertação de Mestrado não publicada. Mestrado em Ciências Sociais, Famílias: olhares interdisciplinares. Faculdade de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Costa, D. (2005). Percepção social da mulher vítima de violência conjugal. Estudo exploratório realizado no Concelho de Lisboa. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa. Instituto de Ciências Sociais e Políticas.
- Costa, L. & Príncipe, P. (2005). Infecção do tracto urinário. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21, 219-225.
- Costa, R. C. (2006). A propósito de uma situação de crise familiar. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 57-61.

- Costa, S. G. (2004). Movimentos feministas, feminismos. Estudos Feministas, 12 (N.E), 23-26.
- Covita, H. (2006). O papel das comunidades de práticas na prestação de cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22,81-89.
- Cunha, V. J. A. L. C. (2007). Violência conjugal- Face oculta da família: uma história de vida. Relatório de estágio do curso não publicado. Licenciatura em Sociologia, Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, Braga.
- Dahlberg, L. & Krugg, E. (2002). Violence. A global public health problem. In E. Krug, L. Dahlberg; J. Mercy, A. Zwi & R. Lozano. World report on violence and health (pp. 1-22). Geneva: World Health Organization.
- Dahlberg, L. & Krugg, E. (2006). Violence: a global public health problem. Ciência & Saúde Coletiva, 11 (2), 277-292.
- Dantas-Torres, F. (2006). Situação atual da epidemiologia da leishmaniose visceral em Pernambuco. Revista de Saúde Pública, 40(3), 537-541.
- Declaração de Alma-Ata (1978). Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de Setembro de 1978. Acesso em 26 de Maio de 2008, a partir de: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
- Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher – Pequim 1995 (2006). In Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres (pp. 147-256). Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (Série Documentos).
- DeKseredy, W. S. & Schwartz, M. D. (2001). Definitional issues. Em: C. Renzetti J. Edleson & R. Bergen. Sourcebook on violence against women (pp. 23-34). Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (2000). Introduction: the discipline and practice of qualitative research. In N. Denzin & Y. Lincoln (eds.). The handbook of qualitative research (pp. 1-29). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.

- Desai, S. & Saltzman, L. E. (2001). Measurement issues for violence against women. In C. Renzetti, J. Edleson & R. Bergen. Sourcebook on violence against women (pp. 35-52). Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications.
- Dias, C. M., Freitas, M. & Briz, T. (2007). Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública com interesse em Medicina Geral e Familiar. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 439-450.
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência à saúde. Estudos de Psicologia, 5(1), 95-121.
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. Psicologia em Estudo, 6 (2), 57-63.
- Direcção Nacional da PSP (2006). Violência Doméstica: prevenção e actuação policial. Direcção Nacional da PSP. Departamento de Operações. Programa Especial Violência Doméstica. Acesso em 21 de Agosto de 2007, a partir de [www.psp.pt](http://www.psp.pt).
- Disaró, B. (2007). Uso de cannabis e o risco de consequências psicóticas e distúrbios afectivos [Clube de Leitura]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 485-486.
- Domingues, E (2007). Vinte anos do MST: a psicologia nesta historia. Psicologia em estudo, 12(3), 573-582.
- Doyle, J.P., Frank, E., Saltzman, L., McMahon, P. & Fielding, B. (1999). Domestic violence and sexual abuse in women physician's: associated medical, psychiatric and professional difficulties. Journal of women's health & gender-based medicine, 8(7), 955-965.
- Duarte, A. R. F. (2006). Betty Friedan: morre a feminista que estremeceu a América. Estudos Feministas, 14(1), 287-293.
- Duarte, C. (1998). Violência conjugal. Dissertação de mestrado não publicada. Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto.
- Duarte, C. (2005). Percepções de conflito e violência conjugal. Tese de Doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Doutoramento em Psicologia, Universidade do Porto, Porto.

- Duarte, C. C., Azambuja, M. P. R., Minozzo, F., Debastiani, C. & Souza, A. C. (2006). Acolhimento em grupo: um dispositivo de participação a caminho da integralidade. In R. Pinheiro & R.A. Mattos (orgs.). Resumos Ampliados do VI Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, ABRASCO. Acesso em 20/01/08, a partir de [http://www.lappis.org.br/livros\\_resumosvisem.htm](http://www.lappis.org.br/livros_resumosvisem.htm)
- Eberhardt-Gran, M.; Schei, B. & Eskild, A. (2007). Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence. Journal of General Internal Medicine, 22(12), 1668-1673.
- Eidelwein, K. (2007). Psicologia social e serviço social: uma relação interdisciplinar na direção da produção de conhecimento. Textos & Contextos, 8, p. 1-16.
- Ellsberg, M. C. & Heise, L. (2005). Researching violence against women: a practical guide for researchers and activists. Washington, DC; United States: World Health Organization, PATH.
- Ertürk, Y. (2005). Preface. In WHO. Multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. (pp. vii-vii). Geneva: World Health Organization.
- Escarameia, P. (2005). Integração da perspectiva de género no Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional. In AM Rodrigues, CB Lopes, IC Barreto, MB Roseira, P Escarameia, VL Raposo, V Ferreira & V Moreira. Direitos humanos das mulheres (Corpus Iuris Gentium Conimbrigae, 4. Faculdade de Direito de Coimbra, pp. 47 -59). Coimbra: Coimbra Editora.
- Escola de Ciências da Saúde (2007). Dossier de Imprensa 2007. Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho, Braga, Portugal (não publicado).
- Espíndola, C. R. & Blay, S. L. (2007). Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. Revista de Saúde Pública, 41(2), 301-306.
- Estácio, E. V. (2006). Going beyond the rethoric: the movement of critical health psychology towards social action. Journal of Health Psychology, 11(3), 347-350.
- European Commission (2007). Report on the equality between women and men 2007. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

- Falcão, I. M.; Monsanto, A.; Nunes, B.; Marau, J. & Falcão, J. M. (2007). ). Prescrição de Psicofármacos em Medicina Geral e Familiar. Um estudo na Rede Médicos-Sentinela. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 17-30.
- Family Violence Prevention Fund (1999). Preventing Domestic Violence: Clinical Guidelines on Routine Screening. San Francisco, CA: Family Violence Prevention Fund. Retirado em 17 de Maio de 2008, a partir de [endabuse.org/programs/healthcare/files/screpol.pdf](http://endabuse.org/programs/healthcare/files/screpol.pdf)
- Farr, R. (1998). As raízes da psicologia social moderna. Petrópolis: Vozes (1º ed. Inglesa em 1996).
- Femenías, M. L. (2007). Esbozo de un feminismo latinoamericano. Estudios Feministas, 15(1), 11-25.
- Féria, T. (2005). Sobre o crime de maus-tratos conjugais. In Associação Portuguesa de Mulheres Juristas. Ousar Vencer. A violência sobre as Mulheres na Família. Guia de Boas Práticas Judiciais (pp. 13-46). Lisboa: Associação Portuguesa de Mulheres Juristas.
- Fernández Christlieb, P. (2005). Los dos lenguajes de las dos psicologías de lo social. Athenea Digital, 8. Acesso em 27 de Março de 2008. Disponível em: <http://antalya.uab.es/athenea/num8/sfernandez.pdf>
- Ferrão, A. & Biscaia, A. (2006). Centro de Saúde. Organização de aprendizagem. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 91-95.
- Ferreira, C. (2003). O discurso dos juizes sobre a violação. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Ferreira, M. L. R. (coord.) (2001). Pensar no feminino. Lisboa: Colibri.
- Ferreira, N. S. A. (2002). As pesquisas denominadas ‘estado da arte’. Educação & Sociedade, XXI(79), 257-272.
- Ferreira, P. L. & Raposo, V. (2006). A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 285-296.
- Ferreira, P. L. (2006). Relatório de Primavera 2006 do Observatório Português de Sistemas de Saúde [Informação]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 331-332.

- Ferreira, R. (2007). Consumo crónico de medicamentos na população de um Centro de Saúde. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 125-132.
- Ferreira, V. (2005). Para uma redefinição da cidadania: a sexualização dos direitos humanos. In AM Rodrigues, CB Lopes, IC Barreto, MB Roseira, P Escarameia, VL Raposo, V Ferreira & V Moreira. Direitos humanos das mulheres (Corpus Iuris Gentium Conimbrigae, 4. Faculdade de Direito de Coimbra, pp. 11-25). Coimbra: Coimbra Editora.
- Ferrinho, P., Biscaia, A., Fronteira, I., Craveiro, I., Antunes, A. R., Conceição, C., Flores, I. & Santos, O. (2003). Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector. Human Resources for Health, 1, 1-11. Disponível em <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/11>, acesso em 13 de Maio de 2008.
- Fonseca, C. M. & Santos, M. L (2007). Tecnologias da informação e o cuidado hospitalar: reflexões sobre o sentido do trabalho. Ciência & Saúde Coletiva, 12(3), 699-708.
- Foucault, M. (1992). Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2000). A ordem do discurso. São Paulo: Edições Loyola.
- Fraser, N. (2007). Mapeando a imaginação feminista: da redistribuição ao reconhecimento e à representação. Estudos Feministas, 15(2), 291-308.
- Frasquilho, M. A. (2001). Dia Mundial da Saúde Mental [Editorial]. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 19(1), 3-4.
- Frasquilho, M. A. (2005). Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos. Prevenção e tratamento. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 23(2), 89-98.
- Friedman LS, Samet JH, Roberts MS, Hudlin M, Hans P. (1992). Inquiry about victimization experiences. A survey of patient preferences and physician practices. Archives of Internal Medicine, 152, 1186–1190.
- Fugate, M., Landis, L., Riordan, K., Naureckas, S. & Engel, B. Barriers to Domestic Violence Help Seeking: Implications for Intervention. Violence against women, 11(3), 290-310. Retirado em 02 de Fevereiro de 2007, a partir de: <http://vaw.sagepub.com/cgi/content/abstract/11/3/290>

- Gallego, M. R. (2005). Diabetes tipo 2: de orientações gerais para um tratamento individualizado. [Editorial]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21, 571-572.
- Gallo, S. (2006). Modernidade e pós-modernidade: tensões e repercussões na produção de conhecimento em educação. Educação e Pesquisa, 32(3), 551-565.
- Galvão, C. (2006a). O envelhecimento e cuidados geriátricos em Medicina Geral e Familiar. [Editorial]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 729-730.
- Galvão, C. (2006b). Actividades preventivas no idoso. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 731-737.
- Garay, A., Iñiguez, L. & Martínez, L. M. (2001). Perspectivas críticas en la psicología social: herramientas para la construcción de nuevas psicologías sociales. Boletín de Psicología, 72, 57-78.
- Garcia, M. A. M, Pinto, A. T., Odoni, A. P. C., Longui, B. S., Machado, L. I., Linek, M. S. & Costa, N. A. (2007). A interdisciplinaridade necessária à educação médica. Revista Brasileira de Educação Médica, 29(1), 147 – 155.
- Garimella, R., Plichta, S. P., Houseman, C. & Garzon, L. (2000). Physician beliefs about victims of spouse abuse and about the physician role. Journal of women's health & gender-based medicine, 9 (4), 405 - 411.
- Gaskell, G. (2002). Entrevistas individuais e grupais. In M. Bauer & G. Gaskell (ed.). Pesquisa qualitativa com texto imagem e som: um manual prático (pp.64-89). Petrópolis: Vozes.
- Gatti, B. (2005). Pesquisa, educação e pós-modernidade: confrontos e dilemas. Cadernos de Pesquisa, 35(126), 595-608.
- Gergen, K. & Gergen, Mary M. (1997). Toward a cultural constructionist psychology. Theory and Psychology, 7, 31-36.
- Gergen, K. (1973). Social psychology as history. Journal of personality and social psychology, 26(2), 309-320.
- Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. American Psychologist, 40(3), 266-275.



- Gergen, K. (1996). Social psychology as social construction: the emerging vision. In C. McGarty and A. Haslam (eds.). The Message of Social Psychology: Perspectives on Mind in Society. Oxford: Blackwell.
- Germano, M. I. S. & Temporini, E. R. (2001). Promoção de saúde em *AIDS*: percepção de equipe escolar. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 19(2), 49-54.
- Gérvas, J. (2006). Innovación tecnológica en medicina. Una visión crítica. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 723-727.
- Gil, R (2002). Análise de discurso In: M. Bauer & G. Gaskell. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático (p. 244-270). Petrópolis: Vozes.
- Gilles, V. (1999). An analysis of the discursive positions of women smokers: implications for practical interventions. In C. Willig (Ed.). Applied discourse analysis (pp. 66-86). Buckingham: Oxford University Press.
- Gioia-Martins, D.; Rocha Junior, A. (2001). Psicologia da Saúde e o novo paradigma: novo paradigma? Psicologia. Teoria e Prática, 3(1), 35-42.
- Gomes, M. I. S. R. (2001). Diversidade e comportamentos juvenis: um estudo dos estilos de vida de jovens de origens étnico-culturais diversificadas em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 19(1), 41-64.
- Gonçalves, C. A. (2006). Idosos: abuso e violência. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 739-745.
- Gonçalves, H. S.; Ferreira, A. L. A (2002). Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Cadernos de Saúde Pública, 18(1), 315-319.
- Gonçalves, R. A., Machado, C., Sani, A. I., Matos, M., Neves, A. S., Gonçalves, L. & Silva, M. M. I (2002). Unidade de Consulta em Psicologia da Justiça (I.E.P., U.M.). In R. A. Gonçalves & C. Machado (coords.). Violência e vítimas de crime (Cap. 8, pp. 268-277). Coimbra: Quarteto (vol. 1: Adultos).
- Granja, M. (2005a). O fim do princípio. A reestruturação que se impõe na medicina familiar [Clube de Leitura]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21, 417-419.
- Granja, M. (2005b). Receitar a Felicidade [Clube de Leitura]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21, 519-520.

- Granja, M. (2006). Impressos para motivo de consulta e ações de formação médica sobre identificação de motivos de consulta. Serão eficazes? [Clube de Leitura]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 653-654.
- Granja, M. (2007). Médicos Difíceis: características dos médicos que referem frustração com os seus pacientes [Clube de Leitura]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 85-89.
- Grau, A., Suñer, R. & García, M. M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. Gaceta Sanitaria, 19(6), 463-470.
- Grossi, P. & Aginsky, B (2001). Por uma nova ótica e uma nova ética na abordagem da violência contra mulheres nas relações conjugais. In P. Grossi & G. Werba. Violencias e género: coisas que a gente não gostaria de saber (pp. 19-45). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Guareschi, N. (2001). Pesquisa em Psicologia Social: de onde viemos e para onde vamos. In N. Rivero (org.) Psicologia Social: estratégias, políticas e implicações (p. 119-130). Santa Maria: Abrapsosul, 2001.
- Guerriero, I. C. Z. & Dallari, S. G. (2008). The need for adequate ethical guidelines for qualitative health research. Ciência & Saúde Coletiva, 13(2), 303-311.
- Guimarães, E. (1991). Sete décadas de feminismo. Ditos & Escritos, 2. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- Hahn, O. (2006). Prevenção do cancro do colo uterino: qual o impacto da vacina contra o HPV nas estratégias de rastreio? [Clube de Leitura]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 765-766.
- Hallal, P. C., Dumith, S. C., Bastos, J. P., Reichert, F. F., Siqueira, F. V. & Azevedo, M. R. (2007). Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. Revista de Saúde Pública, 41(3), 453-460.
- Haraway, D. (1995). Saberes localizados: a questão da ciência para o feminino e o privilégio da perspectiva parcial. Cadernos Pagu, 5, 7-41.
- Harding, S. (1992). After the neutrality ideal: science, politics and “strong objectivity”. Social Research, 59(3), 567 -587.

- Harding, S. (2007). Gênero, democracia e filosofia da ciência. RECIIS, 1(1), 163-168.
- Hathaway, J. E., Willis, G. & Zimmer, B. (2002). Listening to Survivors' Voices: Addressing Partner Abuse in the Health Care Setting. Violence against women, 8(6), 687-719.
- Hausmann, R., Tyson, L. & Zahidi, S. (2007). The Global Gender Gap Report 2007. Cologny/Geneva: World Economic Forum.
- Hawkesworth, M. (2006). A semiótica de um enterro prematuro: o feminismo em uma era pós-feminista. Estudos Feministas, 14(3), 737-763.
- Heise, L. & Garcia-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. In E. Krug, L. Dahlberg; J. Mercy, A. Zwi & R. Lozano. World report on violence and health (pp. 87-122). Geneva: World Health Organization.
- Hepburn, A (1999). Derrida and Psychology. Deconstruction and its ab/uses in critical and discursive psychologies. Theory and Psychology, 9(5), 639-665.
- Hepburn, A. (2003). An introduction to critical social psychology. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- Hespanhol, A. (2005). A imagem dos serviços de saúde e dos médicos de família em Portugal. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21, 185-191.
- Highlen, P. S. & Finley, H. C. Doing qualitative analysis. In F. Leong & J. Austin (1996). The psychology research handbook: a guide for practical students and research assistants (ch. 14, pp. 177-192). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.
- Horder, J. (2005). The Portuguese Association of General Practice. A Report for the Royal College of General Practitioners. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21, 325-327.
- Hugman, R. (2003). Professional values and ethics in social work: reconsidering postmodernism? British Journal of Social Work, 33, 1025-1041.
- I Plano Nacional Contra o Tráfico de Seres Humanos (2007). Resolução do Conselho de Ministros nº 81/2007. In Diário da República – I Série, 119, p. 3938- 3949. [online]. Acesso em 03 de Julho de 2007, a partir de

<http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/D306284D-D420-4070-A767-7C851354046E/0/trafichumanos.pdf>

Ibáñez, T (1997). Why a critical social psychology? In T. Ibáñez & L. Íñiguez. Critical social psychology (Chapter 2, pp 27- 41). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.

III Plano Nacional de Contra Violência Doméstica. (2007) Resolução do Conselho de Ministros nº 83/2007. In Diário da República – I Série, 119, p. 3987-4002. [on line]. Acesso em 03 de Julho de 2007, a partir de <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/95292B38-476A-4955-88B1-76BDA2AB849E/0/violenciadomestica.pdf>

III Plano Nacional para a Igualdade. Cidadania e Género (2007). Resolução do Conselho de Ministros nº 82/2007. In Diário da República – I Série, 119, p. 3949-3987. [on line]. Acesso em 03 de Julho de 2007, a partir de <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/7D920748-2A16-4C6A-A825-36BF4B1CA833/0/igualdade.pdf>

Íñiguez, L. & Antaki, Ch. (1994) El análisis del discurso en Psicología Social. Boletín de Psicología, 44, 57-75.

Íñiguez, L. (2002). A pós-modernidade: o novo *zeitgeist* de nosso tempo. In J. B. Martins (Org.) Temas em Análise Institucional e em Construcionismo Social (pp. 101-126). São Carlos: Rima.

Íñiguez, L. (2005). Nuevos debates, nuevas ideas y nuevas prácticas en la psicología social de la era ‘post-construccionista’. Athenea Digital, 8. Disponível em: <http://antalya.uab.es/athenea/num8/siniguez.pdf>, acesso em 27 de Março de 2008.

Íñiguez-Rueda, L. (2003). La psicología social como crítica: continuismo, estabilidad y efervescencias tres décadas después de la “crisis”. Revista Interamericana de Psicología, 37(2), 219-235.

Instituto Nacional de Estatística (2006). Anuário estatístico da região norte. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Jacques, M. G. C. (1993). Um método dialético de análise de conteúdo. Psico (PUCRS), 24(2), 117-127.

- Jaffee, K. D., Epling, J. W., Grant, W., Ghandour, R. M. & Callendar, E. (2005). Physician-identified barriers to intimate partner violence screening. Journal of women's health, 14(8), 713-720.
- Jasinski, J. (2001). Theoretical explanations for violence against women. In C. Renzetti, J. Edleson & R. Bergen. Sourcebook on violence against women (pp. 5-21). Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications.
- Jesuino, J. C. (2000). A psicologia social europeia. In J. Vala & B. Monteiro (coord.). Psicologia Social (pp. 49-60). Lisboa: Fundação Calouste Gulbekian.
- Jesus, I. (2007). Violência doméstica. Até onde podemos ir? [Resumos de Congressos]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 466-467.
- Jewkes, R., Sen, P. & Garcia-Moreno, C. (2002). Sexual violence. In E. Krug, L. Dahlberg, J. Mercy, A. Zwi, & R. Lozano. World report on violence and health (pp. 147-182). Geneva: World Health Organization.
- Joaquim, T. (2004). EX-AEQUO: Contributo decisivo para um campo de estudos em Portugal. Estudos Feministas, 12 (N.E), 88-93.
- Jorgensen, M. W. & Phillips, L. (2002). Discourse analysis as theory and method. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- Kastrup, V. (1999). A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição. Campinas: Papirus.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. (Eds.) (2002). World report on violence and health. Geneva: World health Organization.
- Laginha, T. (2007). Terapia Familiar em Medicina Geral e Familiar. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 331-336.
- Lamas, R.W.N. (1995). Mulheres para além do seu tempo. Lisboa: Bertrand.
- Laranjeira, A. R., Marques, A. M., Soares, C. & Prazeres, V. (coord.) (2007). Saúde, Sexo e Género: Factos, Representações e Desafios [Documento Provisório]. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Lavis, V., Horrocks, C., Kelly, N. & Barker, V. (2005). Domestic Violence and Health Care: Opening Pandora's Box. Challenges and Dilemmas. Feminism & Psychology, 15(4), 441-460.

- Leme, M. I. S. (2004). Resolução de conflitos interpessoais: interações entre cognição e afetividade na cultura. Psicologia Reflexão e Crítica, 17(3), 367-380.
- Lennie, J, Hatcher, C. & Morgan, W. (2003). Feminist discourses of (dis)empowerment in an action research project involving rural women and communication technologies. Action Research, 1(1), 57–80.
- Leta, J. (2003). As mulheres na ciência brasileira: crescimento, contrastes e um perfil de sucesso. Estudos Avançados, 17(49), 271-284.
- Lima, F.D., Buunk, A. P., Araújo, M. B. J., Chaves, J. G. M., Muniz, D. L. O. & Queiroz, L. B. (2007). Síndrome de Burnout em Residentes da Universidade Federal de Uberlândia – 2004. Revista Brasileira de Educação Médica, 31 (2), 137–146.
- Lisboa, M., Carmo, I., Vicente, L. B. & Nóvoa, A. (2003). Os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres. Síntese dos resultados do inquérito nacional de 2002. (Colecção Ditos e Escritos, n. 17). Lisboa: Comissão para a Igualdade e para o Direito das Mulheres.
- Lisboa, M.; Barroso, Z. & Marteleira, J. (2003). O contexto social da violência contra as mulheres detectada nos Institutos de Medicina Legal. (Colecção Ditos e Escritos, n. 16) Lisboa: Comissão para a Igualdade e para o Direito das Mulheres.
- Lisboa, M.; Vicente, L. B. & Barroso, Z. (2005). Saúde e violência contra as mulheres. Estudo sobre as relações existentes entre a saúde das mulheres e as várias dimensões de violência a que tenham sido vítimas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Lisboa, N. (2003). Vitimação. In N. Lisboa, I. Carmo, L.B Vicente & A. Nóvoa, (orgs.) (2003). Os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres: síntese dos resultados do inquérito nacional de 2002. (p. 22-46). Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (Colecção Ditos & Escritos, 17).
- Lobo, F. A. (2006). Qualidade de vida dos doentes com asma. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 671-687.
- Lopes, C. B. (2005). Direitos humanos das mulheres: dois passos à frente, um passo atrás. In AM Rodrigues, CB Lopes, IC Barreto, MB Roseira, P Escarameia, VL Raposo, V Ferreira & V Moreira. Direitos humanos das mulheres (Corpus Iuris

- Gentium Conimbrigae, 4. Faculdade de Direito de Coimbra, pp. 157-170).  
Coimbra: Coimbra Editora.
- Lopes, M. M. (2006). Sobre convenções em torno de argumentos de autoridade. Cadernos Pagu, 27, 35-61.
- Loureiro, I. (2004). A importância da educação alimentar: o papel das escolas promotoras de saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 22(2), 43-55.
- Lourenço, M. B. R. (2001). Corpo, sexualidade e violência sexual na modernidade: contributos para uma análise contextualizada da violência sexual na sociedade portuguesa. Tese de Doutoramento não publicada. Doutoramento em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Lourenço, N; Lisboa, M. & Pais, E. (1997). Violência contra as mulheres. Cadernos Condição Feminina, 48. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para o Direito das Mulheres.
- Macedo, A.G. (2006). Pós-feminismo. Estudos Feministas, 14(3), 813-817.
- Magalhães, M. J. (1998). Movimento feminista e educação: Portugal, décadas de 1970 e 1980. Oeiras: Celta.
- Manita, C. (2002). GEAV – Gabinete de Estudo e Atendimento a Vítimas. In R. A. Gonçalves & C. Machado (coord.). Violência e vítimas de crime (Cap. 9, pp. 278-290). Coimbra: Quarteto (v. 1: Adultos).
- Manita, C. (2005). A intervenção em agressores no contexto da violência doméstica em Portugal. (Coleção Estudos de Género, 2). Lisboa: Comissão para a Igualdade e para o Direito das Mulheres.
- Marau, J. (2007). O Desenho Infantil e o Círculo Familiar de Thrower em Medicina Geral e Familiar. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 319-325.
- Maria, S. G. (2001). Mulheres sobreviventes de violação. Dissertação de Mestrado não publicada. Mestrado em Estudos sobre as Mulheres, Universidade Aberta, Lisboa.
- Marin, A. J., Bueno, J. G .S. & Sampaio, M. M. F. (2005). Escola como objeto de estudo nos trabalhos académicos brasileiros: 1981/1998. Cadernos de pesquisa, 35(124), 171-199.

- Marks, D. (2002). Editorial essay. Freedom, responsibility and power: contrasting approaches to health psychology. Journal of Health Psychology, 7(2), 5-19.
- Marques, A. M. (*in press*). Gênero e saúde: uma relação ainda oculta. In M. N. Strey, C. Nogueira & M.P. R. Azambuja. Gênero e Saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS (Coleção Gênero e Contemporaneidade, v. 6).
- Marques, A. M. (2007). Profissões masculinas. Discursos e resistências. Tese de doutoramento não publicada, Departamento de Psicologia Social e das Organizações, ISCTE, Lisboa.
- Marques, A. M. (2004). Os trabalhos da masculinidade. Culturas ocupacionais sob hegemonia masculina. In L. Amâncio (org). Aprender a Ser Homem: construindo masculinidades (pp. 29-50). Lisboa: Livros Horizonte.
- Marques, J. & Freitas, M. (2007). Emergências e urgências de saúde pública: falando de DDO e outras, em jeito de *vademecum*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 431-438.
- Marques, J. M. A. (1998). Traumatismos dentários com interesse médico legal. Tese de Doutorado não publicada. Doutorado em Medicina Dentária, Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Martinelli, M. L. (1999). O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social. IN M. L. Martinelli (org.). Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio. São Paulo: Veras Editora, 1999.
- Mateus, A. (2007). Desenhar genogramas [Web Saúde]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 91.
- Matos, M. A. V. de (2000). Violência conjugal: o processo de construção de identidade da mulher. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Matos, M. A. V. de (2006). Violência nas relações na intimidade. Estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher. Tese de Doutoramento não publicada. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.



- Matos, M., Machado, C., Caridade, S. & Silva, M. J. (2006). Prevenção da violência nas relações de namoro: intervenção com jovens em contexto escolar. Psicologia, Teoria e Prática, 8(1), 55-75.
- Meara, N. M. & Schmidt, L. D. (1996). Applying for approval to conduct research with human participants. In F. Leong & J. Austin (ed.). The psychological research handbook: a guide for graduate students and research assistants (Ch. 9, pp. 113-126).
- Mello, M. L. M., Barrias, J. C. & Breda, J. J. (2001). Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Melo, M. (2007). A prevenção quaternária contra os excessos da medicina. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 289-293.
- Meneghel, S., Barbiani, R., Brener, C., Teixeira, G., Steffen, H., Silva, L. et al (2005). Cotidiano ritualizado: grupos de mulheres no enfrentamento à violência. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 10(1), 111-118.
- Meneghel, S., Giugliani, E., Falceto, O. (1998). Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. Cadernos de Saúde Pública, 14(2), 327-335.
- Minayo, M. C. S. (1998). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco.
- Minayo, M. C. S. (2006). The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. Ciência & Saúde Coletiva, 11(2), 375-383.
- Minayo, M. C. & Deslandes, S. F. (1998). A complexidade das relações entre álcool, drogas e violência. Cadernos de saúde pública, 14(1), 35-42.
- Ministério da Saúde. Missão para os Cuidados Primários de Saúde (2007). Linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Monteiro, A. A. (2005). Novos métodos contraceptivos. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21, 475-483.
- Monteiro, F. J. (2005). Mulheres agredidas pelos maridos: de vítimas a sobreviventes. Lisboa: Organizações Não Governamentais do Conselho Consultivo da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.

- Montenegro, M. (2006). Acessibilidade das publicações periódicas com maior interesse para a Medicina Geral e Familiar. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 423-430.
- Mouton, C. P. (2003). Intimate partner violence and health status among older women. Violence against women, 9(12), 1465-1477.
- Murray, M. & Campbell, C. (2003). Living in a material world: reflecting on some assumptions of health psychology. Journal of Health Psychology, 8(2), 231-236.
- Murray, M. (2000). Reconstructing Health Psychology: an introduction. Journal of Health Psychology, 5 (3), 267-271.
- Narvaz, M. & Koller, S. (2006). Metodologias feministas e estudos de género. Articulando pesquisa, clínica e política. Psicologia em Estudo, 11(3), 647-654.
- Negrão, T. (2004). Nós e rupturas da rede de apoio às mulheres. In M.N. Strey, M.P.R Azambuja & F. Jaeger (orgs.) Violência, género e políticas públicas. (Coleção Género e Contemporaneidade, v. 2, pp. 215.258). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Nelson, G., Pancer, S. M., Hayward, K., Kelly, R. (2004). Partnerships and participation of community residents in health promotion: experiences of the Highfield Community Enrichment Project (Better Beginnings, Better Futures). Journal of Health Psychology, 9(2), 213-227.
- Neves, A. S. A. (2005). A (des)construção dos discursos genderizados sobre o amor, o poder e a violência nas relações íntimas: metodologias feministas na Psicologia Social Crítica. Tese de Doutoramento não publicada, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Neves, A. S. N. & Nogueira, C. (2003). A psicologia feminista e a violência contra mulheres na intimidade: a (re)construção dos espaços terapêuticos. Psicologia e Sociedade, 15(2), 43-64.
- Neves, A. S. N. & Nogueira, C. (2004). Metodologias feministas na psicologia social crítica: a ciência ao serviço da mudança social. Ex-Aequo, 11, 123-138.
- Neves, A. S. N. & Nogueira, C. (2005). Metodologias feministas: a reflexividade ao serviço da investigação nas ciências sociais. Psicologia: Reflexão e Crítica, 18(3), 408-412.

- Nogueira, C. & Fidalgo, L. (1995). Análise do discurso: a tarefa e o poder das palavras. Avaliação psicológica: formas e contextos, 3, 181-188.
- Nogueira, C. (1997). Um novo olhar sobre as relações sociais do género: perspectiva feminista crítica na psicologia social. Tese de Doutoramento não publicada, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Nogueira, C. (2001a). Feminismo e Discurso do Género na Psicologia Social. Psicologia e Sociedade, 13 (1), pp.107-128. Retirado a partir de <http://hdl.handle.net/1822/4117>, acesso em 22 de Junho de 2007.
- Nogueira, C. (2001b). Um Novo Olhar sobre as Relações Sociais de Género. Perspectiva feminista Crítica na Psicologia Social. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Nogueira, C. (2001c). Contribuições do construcionismo social a uma nova psicologia do género. Cadernos de Pesquisa, 112, p. 137-153.
- Nogueira, C. (2004). Ter ou fazer o género: o dilema das opções epistemológicas em psicologia social. In N. Guareschi (org.). Estratégias de invenção do presente: a psicologia social no contemporâneo (pp. 249-284). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Nogueira, C., Neves, A. S. & Barbosa, C. (2005). Fundamentos construcionistas, sociais e críticos para o estudo do género. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 2, 01-15.
- Nogueira, C., Saavedra, L. & Neves, S. (2006) Critical (Feminist) Psychology in Portugal. Will it be possible? [on line], Annual Review of Critical Psychology, 5, acesso em 02 de julho de 2007, a partir de <http://www.discourseunit.com/arcp/arcp5/arPortugal%20ARCP%205.doc>
- Nogueira, P. (2006). "Esta e a tua casa, agora!": crianças, mulheres e violência: incursões etnográficas. Dissertação de mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Mestrado em Psicologia do Comportamento Desviante: Violência, Crime e Vítimas, Universidade do Porto, Porto.
- Nonata, A. F. (2007). Paradigmas do conhecimento: do moderno ao ecológico. Diálogo Educativo, 7(22), 259-275.

- Núcleo de Cuidados Paliativos. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (2007). Recomendações para o tratamento farmacológico da dor [Documento]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 457-464.
- Nunes, B. & Branco, M. J. (2006). Incidência de acidentes domésticos e de lazer no Continente, em 2002. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 24(2), 15-24.
- Nunes, E. (2006). Consumo de tabaco. Efeitos na saúde. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 225-244.
- Nunes, J. M. (2006a). Senhor Director da RPCG [Carta ao Director]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 513-516.
- Nunes, J. M. (2006b). Saúde Mental. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 591-594.
- Nunes, M. T. (2005). Conhecimento e utilização da contracepção de emergência em alunas do ensino secundário de Guimarães. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21, 247-256.
- O'Connell, D. & Kowal, S. (1995). Basic principles of transcription. In J. Smith, R. Harré & L. van Langenhove. Rethinking methods in psychology (Ch. 7, pp. 93-105). London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- Oliveira, J. M. & Amâncio, L. (2006). Teorias feministas e representações sociais: desafios dos conhecimentos situados para a psicologia social. Estudos Feministas, 14(3), 597, 615.
- Organização das Nações Unidas (2003). Estratégias de combate à violência doméstica: manual de recursos. Organização das Nações Unidas. Centro para o Desenvolvimento Social e Assuntos Humanitários - Gabinete das Nações Unidas de Viena; trad. Emanuel Fernando Gomes de Barros Matos. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003. - 128 p. (Título original: Strategies for confronting domestic violence: a resource manual).
- Organização Mundial de Saúde (1998). Violencia contra las mujeres. Un tema de salud prioritario. Washington, D.C: Organización Panamericana de Saúde. Organización Mundial de Saúde.
- Organização Pan-Americana de Saúde (2003). Atenção primária de saúde nas Américas: as lições aprendidas ao longo de 25 anos e os desafios futuros.

Washington, D.C: Organização Panamericana de Saúde. Organização Mundial de Saúde.

- Pais, E. (1998). Homicídio conjugal em Portugal: rupturas violentas da conjugalidade. Lisboa: Hugin.
- Paiva, C. & Figueiredo, B. (2005). Abuso no relacionamento íntimo e estado de saúde em jovens adultos portugueses. International journal of clinical and health psychology, 5(2), 243-272.
- Parker, I. (2005). Qualitative psychology: introducing radical research (pp. 88-104). New York: Open University Press.
- Peace, P. (2003). Balancing power: the discursive maintenance of gender inequality by wo/men at university. Feminism & Psychology, 13 (2), 159 – 180.
- Pedro, J. M. (2006). Narrativas fundadoras do feminismo: poderes e conflitos (1970-1978). Revista Brasileira de História, 26(52), 249-272.
- Pereira, M. G. & Maia, Â. (2001). Personalidade e narrativa: hipertensão e asma. Um estudo comparativo. Revista Portuguesa de Psicossomática, 3(2), 195-206.
- Pereira, M. G., Barbosa, J., Sousa, J. N., Santiago, N. & Lima, M. (2002). Os grandes consumidores de consultas médicas: um estudo de família. Revista Internacinal de Psicologia Clinica y de la Salud, 2(2), 289-300.
- Pereira, O. G. (2000). A emergência do paradigma americano. In J. Vala & B. Monteiro (coord.). Psicologia Social (6a ed., 31-47). Lisboa: Fundação Calouste Gulbekian.
- Philp, M. (1992). Michael Foucault. In Q. Skinner (org.). As ciências humanas e seus pensadores. Lisboa: Dom Quixote, 1992.
- Pinto, A. P. T. (2007). Promoção da saúde no local de trabalho. O papel dos três médicos: Família, Trabalho e Saúde Pública. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 451-455.
- Pisco, L. A. (2007). In Ministério da Saúde. Missão para os Cuidados Primários de Saúde. Linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. (Nota introdutória, p. 6-7). Lisboa: Ministério da Saúde.

- I Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (1999). Resolução do Conselho de Ministros nº 55/99. In Diário da República – I Série – B, 137, p. 3426-3428. [online]. Acesso em 20 de Junho de 2007, a partir de [http://www.emcviolenciadomestica.com/uploadFiles/res\\_CM\\_55\\_99.pdf](http://www.emcviolenciadomestica.com/uploadFiles/res_CM_55_99.pdf)
- Plé, B. (2000). Auguste Comte on Positivism and happiness. Journal of Happiness Study, 1, 423-445.
- Ponte, C. M. F., Moura, B. G., Cerejo, A. C., Braga, R., Marques, I., Teixeira, A., Jul, A., Vaz, M. & Trancoso, J. (2006). Referenciação aos cuidados secundários. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 555-568.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde. 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2v. Vol. I – Prioridades, 88p. – Vol. II – Orientações Estratégicas.
- Potter, J. & Wetherell, M. (1995). Discourse analysis. In J. Smith, R. Harré & L. Langenhove. Rethinking methods in psychology (ch. 6, pp. 80-92). London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- Prazeres, V. (coord.) (2007). Saúde, sexo e género: factos, representações e desafios. Documento provisório não publicado. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Precioso, J. (2006). Boas práticas em prevenção do tabagismo em meio escolar [Opinião e Debate]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 201-222.
- Precioso, J., Macedo, M., & Rebelo, L. (2007). Relação entre o tabagismo dos pais e o consumo de tabaco dos filhos: implicações para a prevenção. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 259-266.
- Queiroz, M. S. & Canesqui, A. M. (1986). Antropologia da medicina: uma revisão teórica. Revista de Saúde Pública, 20(2), 152-164.
- Ramalho, I. (2001). A sogra de Rute ou intersexualidades. In B. S. Santos (Org.) Globalização. Fatalidade ou utopia? Porto: Afrontamento.
- Rapini, M. S. (2007). O diretório dos grupos de pesquisa do CNPq e a interação universidade-empresa no Brasil: uma proposta metodológica de investigação. Revista de economia contemporânea, 11(1), 99-117.

- Rebelo, L. (2007a). Família e cuidados de saúde [dossier]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 295-297.
- Rebelo, L. (2007b). Genograma familiar: o bisturi do médico de família. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 309-317.
- Reicher, S. (1997). Laying the ground for a common critical psychology. In T. Ibáñez & L. Íñiguez. Critical social psychology (Chapter 6, pp. 83-94). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.
- Reis, A. (2007a). Consultas de MGF: quão adequadamente é que os médicos prevêm o grau de satisfação dos pacientes? [Clube de Leitura]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 241-243.
- Reis, A. (2007b). A Medicina Familiar e o Paradigma do Curso de Vida [Clube de Leitura]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 340-342.
- Relatório da Comissão das Comunidades Europeias ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões sobre a igualdade entre homens e mulheres (2007). COM (2007) 49 Final. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias. Acesso em 12 de Janeiro de 2007, a partir de: <http://www.cidm.pt>
- Renzetti, C. et al (2001). Types of violence against women. In C. Renzetti, J. Edleson, & R. Bergen. Sourcebook on violence against women (pp. 97-99). Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications.
- Ribeiro, C. (2007). Família, Saúde e Doença. O que diz a investigação. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 299-306.
- Ribeiro, C. A. F.; Esperança, P. & Sousa, L. D. (2006). Cefaleias tipo tensão: fisiopatogenia, clínica e tratamento. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 483-490.
- Ribeiro, G. (2007). A circuncisão masculina está associada a um menor risco de infecção pelo HIV. [Clube de Leitura]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 482-485.
- Ribeiro, O. (*in press*). Saúde, masculinidade e envelhecimento: reflexões sociais numa perspectiva de género. In M. N. Strey, C. Nogueira & M.P. R. Azambuja. Gênero e Saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS (Coleção Gênero e Contemporaneidade, v. 6).

- Ribeiro, O. (2007). O idoso prestador informal de cuidados: estudo sobre a experiência masculina do cuidar. Tese de Doutorado não publicada. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Rocha, S. M., Nascimento, L. C. & Lima, R. A. G. (2002). Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de Graduação. Revista Latino-americana de Enfermagem, 10(5), 709-714.
- Rocha-Coutinho, M. L. (2006). A narrativa oral, a análise de discurso e os estudos de gênero. Estudos de Psicologia, 11(1), 65-69.
- Rodrigues, A. M. (2005). A União Europeia e a luta contra o tráfico de seres humanos e a exploração sexual de crianças. In AM Rodrigues, CB Lopes, IC Barreto, MB Roseira, P Escarameia, VL Raposo, V Ferreira & V Moreira. Direitos humanos das mulheres (Corpus Iuris Gentium Conimbrigae, 4. Faculdade de Direito de Coimbra, pp. 27-46). Coimbra: Coimbra Editora.
- Rodrigues, C. A. M. (2005). Estudo de um caso de violência sexual à luz da fenomenologia. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Mestrado em Psicologia do Comportamento Desviante: Violência, Crime e Vítimas, Universidade do Porto, Porto.
- Rodríguez, E. P. G. (2002). Por qué llaman género quando quieren decir sexo?: una aproximación a la teoría de la performatividad de Judith Butler. Athenea Digital, 2, 30-41.
- Roiser, M. (1997). Postmodernism, postmodernity and social psychology. In T. Ibáñez & L. Íñiguez. Critical social psychology (Chapter 7, pp 95- 110). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.
- Romito, P., Ballard, T. & Maton, N. (2004). Sexual Harassment among Female Personnel in an Italian Hospital: Frequency and Correlates. Violence Against Women, 10(4), 386 – 417.
- Roosevelt, E. (1948). The Promise of Human Rights. Foreign Affairs, April.  
Disponível em:  
<http://www.gwu.edu/~erpapers/documents/articles/promiseofhumanrights.cfm>.  
Acesso em: 02 Abr. 2008.



- Roseira, M. B. (2005). Plataforma de Pequim. In AM Rodrigues, CB Lopes, IC Barreto, MB Roseira, P Escarameia, VL Raposo, V Ferreira & V Moreira. Direitos humanos das mulheres (Corpus Iuris Gentium Conimbrigae, 4. Faculdade de Direito de Coimbra, pp. 93-110). Coimbra: Coimbra Editora.
- Runyan, D., Wattam, C., Ikeda, R., Hassan, F. & Ramiro, L. (2002). Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In E. Krug, L. Dahlberg; J. Mercy, A. Zwi & R. Lozano. World report on violence and health (pp. 57-86). Geneva: World Health Organization.
- Saavedra, L. & Nogueira, C. (2006). Memórias sobre o feminismo na Psicologia: para a construção de memórias futuras. Memorandum, 11, 113-127. Retirado em 02 Mar. 2008, a partir de: <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a11/saavedranogueira01.pdf>
- Saavedra, L. (2001). Vozes de sucesso, vozes (silenciadas) de fracasso: género e classe social na escola. Tese de Doutoramento não publicada, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. Language, 50, 696-735
- Saffioti, H. (2002). Contribuições feministas para o estudo da violência de género. Labrys. Estudos Feministas, 1(2). Disponível em: [http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys1\\_2/index.html](http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys1_2/index.html), acesso em 24 Fev. 2008.
- Sakellarides, C. (2003). Saúde pública prospectiva [Editorial]. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 21(2), p. 3-4.
- Sakellarides, C. De Alma-Ata à Harry Potter: um testemunho pessoal. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2, 101-108.
- Sanchez, J. P. (2005). Simplesmente POEMs. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21, 631.
- Santana-Tavira, R., Sánchez-Ahedo, R. & Herrera-Basto, E. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. Salud Pública México, 40(1), 58-65.
- Santiago, L. M. & Souza, J. C. (trad.) (2006). O futuro da mão-de-obra dos médicos de família. Declaração política da UEMO [documento]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 647-649.

- Santos, A. M. (2000). Os primórdios de uma disciplina. Curso e percurso. In J. Vala & B. Monteiro (coord.). Psicologia social (6ª ed., pp. 13-30). Lisboa: Fundação Calouste Gulbekian.
- Santos, B. de S. (1987). Um discurso sobre as ciências. Porto: Afrontamento.
- Santos, I. (2005). Relatório sobre os cuidados de saúde primários na Europa [Clube de Leitura]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 228-229.
- Santos, I. (2006). Serão os doentes que mais bebem aqueles que denegam mais seus hábitos alcoólicos e os menos prontos em deixar seu consumo? [Clube de Leitura]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 406-407.
- Santos, I. (2007). Reformar ou deformar os cuidados de saúde primários? [Clube de Leitura]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 86-87.
- Santos, M. (2006). Intervenção motivacional numa consulta de tabagismo com base no modelo de mudança comportamental – uma proposta. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 255-262.
- Schollenberger, J., Campbell, J., Sharps, P. W., O'Campo, P., Gielen, A. G., Dienemann, J. & Kun, J. (2003). African America HMO enrollees: their experience with partner abuse and its effect on their health and use of medical services. Violence against women, 9(5), 599-618.
- Schraiber, L. B., D'Oliveira, A.F.& Couto, M. T. (2006). Violência e saúde: estudos científicos recentes. Revista de Saúde Pública, 40(N. Esp.), 112-120.
- Schultz, D. & Schultz, S. (1992). História da psicologia moderna. São Paulo: Cultrix (5º ed. Revista e ampliada).
- Scott, J. (1986). Gender: a useful category of historical analysis. The American Historical Review, 91(5), 1053-1075.
- Serrano, P. (2007). Da importância dos aeroportos: conversas privadas sobre saúde pública. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 417-430.
- Silva, A. M. S. (2007). Saúde Pública. [Editorial]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 405-407.
- Silva, L. (2007). Doentes difíceis na consulta: o que fazer? [Clube de Leitura]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 85-85.

- Silva, M. G. C. (2003). Economia da saúde no Brasil [Em Foco] Revista Portuguesa de Saúde Pública, volume temático 3, 43-49.
- Silva, M. R. T. (1992). Feminismo em Portugal na voz das mulheres escritoras do início do século XX. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- Silva, M. R. T. (2002). Uma reflexão sobre a CIDM e o seu percurso como mecanismo institucional para a igualdade. Notícias, 64, 22-30. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- Silva, R. A. N. da (2001). Cartografias do social: estratégias de produção do conhecimento. Tese de Doutorado não publicada, Doutorado em Educação, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Silverman, D. (1993). Interpreting qualitative data: methods for analysing talk, text and interaction. London: Sage.
- Silvestre, M. C. B. (2003). Permanências e mudanças nas relações de género no discurso empresarial: das representações às práticas de chefia : um estudo de análise crítica do discurso. Tese de Doutoramento (não publicada). Faculdade de Letras, Universidade de Lisboa, Portugal.
- Sistema Nacional de Salud (2006). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Comisión Contra la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- Skinner, T.; Hester, M. & Malos, H. (2005). Methodology, feminism and gender violence. In T. Skinner, M. Hester & H. Malos. Researching gender violence: Feminist methodology in action (pp. 1-22). Cullompton: Willan Publishing.
- Smith, J. (1995). Semi-structured interviewing and qualitative analysis. In Smith, J. & Harré, L. Rethinking methods in psychology (Ch. 2, pp. 9-26). London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- Sousela, L. A. A. (2006). Violência conjugal feminina: contextos, motivos e consequências. Dissertação de mestrado não publicada. Mestrado em Psicologia

do Comportamento Desviante: violência, crime e vítimas. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto. Porto, Portugal.

Souza, J. C. (2005a). A fábula da raposa. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21, 339-341.

Souza, J. C. (2005b). Ajudantes de consultório ou paus-de-cabeleira? Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21, 427-429.

Souza, J. C. (2006a). Evolução tecnológica ou info-exclusão [Editorial]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 145-147.

Souza, J. C. (2006b). Ups! Será que é MUPS? [Editorial]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 277-279.

Souza, J. C. (2006c). A orientação comunitária da medicina geral e familiar. Uma questão de bom senso. [Editorial]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 417-420.

Souza, J. C. (2006d). Quanto tempo é tempo bastante? [Editorial]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 549-553.

Souza, J. C. (2006e). Referenciação - Onde muitos ralham e poucos têm razão. [Editorial]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 665-668.

Souza, J. C. (2007a). A very unique journal [Editorial]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, SI, 5-5.

Souza, J. C. (2007b). A raposa e as uvas. Um olhar sobre a reforma dos cuidados de saúde primários. [Editorial]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 117-122.

Souza, J. C. (2007c). Quantum Sufficit. [Editorial]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 253-257.

Souza, J. C. (2007d). Do peixe no prato à cana de pesca. Reflexões sobre empoderamento, capacitação e cuidados de saúde. [Editorial]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 353-358.

Souza, J., Sardinha, A. M., Sanchez, J. P., Melo, M. & Ribas, M. J. (2001). Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública, (Volume temático), 2, 63-74.

- Souza, L. C. G. (2005). O ensino da psicologia social e suas representações: a formação do saber e o saber em formação. Tese de Doutorado não publicada. Doutorado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Souza, M. (2007). Perfil de utilizadores de psicofármacos na Unidade de Saúde Familiar de Canelas. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 33-42.
- Spears, R. (1997). Introduction. In T. Ibáñez & L. Íñiguez. Critical social psychology (pp. 1-26). London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- Starfield, B. (2002). Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.
- Stephens, C., Carryer, J. & Budge, C. (2004). To have or to take: discourse, positioning and narrative identity in womens' accounts of HRT. Health: an interdisciplinary journal for the social study of health, illness and medicine, 8(3), 329-350.
- Stubbe, M., Lane, C., Hilder, J., Vine., E, Vine, B., Marra, M et al (2003). Multiple discourse analyses of a workplace interaction. Discourse Studies, 5(3), 351-388.
- Tavares, M. (2000). Movimento de mulheres em Portugal. Lisboa: Livros Horizonte.
- Tavares, M. (2007). UMAR, uma associação com 30 anos de história. [on line]. Acesso em 18/02/2007, a partir de: <http://www.umarfeminismos.org/http://www.umarfeminismos.org>
- Teixeira, J. A. C. (2007). Comunicação em contexto clínico. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 151-154.
- Teixeira, N., Pires, A. & Nunes, B. (2007). Caracterização dos SAP do distrito de Bragança em horário nocturno. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 135-144.
- Terry, G. (2007). Introduction. Em G. Terry & J. Hoare. Gender-based violence (pp. xiii-xxiii). Oxford: Oxfam.
- Traverso-Yépez, M. (2001). A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. Psicologia em Estudo, 6 (2), 49-56.
- Trigo, M. (2000). Modelos em saúde: perspectiva crítica sobre as origens e a história. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 18 (2), 5-22.

- Trigo, M. (2005). O que provoca realmente a mudança nos fumadores? Algumas reflexões. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21, 161-182.
- Trigo, M. (2006a). Recensão do livro: Relapse prevention counseling workbook. Practical exercises for managing high-risk situations. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 51-55.
- Trigo, M. (2006b). Terapia para a prevenção da recaída na dependência de substâncias: os modelos de Alan Marlatt e de Terence Gorski. Aplicações à nicotino-dependência. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 299-328.
- União de Mulheres Alternativa e Resposta (2007). Prevenção da Violência Doméstica. Relatório final do projecto “Novas Causas, Novos Olhares”. Acesso em 17/09/07, a partir de [http://www.umarfeminismos.org/projectos/novos\\_olhares.html](http://www.umarfeminismos.org/projectos/novos_olhares.html)
- Van Dijk, T. (2001). El análisis crítico del discurso y el pensamiento social. Athenea Digital, 1, 18-24. Disponível em: <http://blues.uab.es/athenea/num1/vandijk.pdf>
- Verdú, J. P. (2006). Los movimientos sociales. De la crítica de la modernidad a la denuncia de la globalización. Intervención Psicosocial, 15(2), 133-147.
- Vicente, A. (2000). Direito das Mulheres/Direitos Humanos (Coleção Cadernos de Condição Feminina, 59). Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- Weatherall, A. (2002). Gender, Language and Discourse. East Sussex/New York: Routledge.
- Wilkinson, S. (1997). Prioritizing the political: feminist psychology. In T. Ibáñez & L. Íñiguez. Critical social psychology (Ch. 12, pp. 178-194). London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- Wilkinson, S. (2000). Feminist research traditions in health psychology: breast cancer research. Journal of Health Psychology, 5(3), 359-372.
- Wilkinson, S. (2004). Feminist contributions to critical health psychology. In M. Murray (ed.). Critical Health Psychology (Ch. 5, p 83-100) London: Palgrave/Macmillan.

- Willig, C. (2000). A discourse-dynamic approach to the study of subjectivity in health psychology. Theory & Psychology, 10(4), 547-570.
- Willig, C. (2003). Discourse analysis. In J. Smith. Qualitative psychology: a practical guide to research methods (ch. 8, pp. 159-183). London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- Wodak, R. (2004). Do que trata a A.C.C. Um resumo de sua história, conceitos importantes e seus desenvolvimentos. Linguagem em Discurso, 4 (número especial). Disponível *on-line* a partir de: <http://www3.unisul.br/paginas/ensino/pos/linguagem/0403/10.htm>. Acesso em 10 de Abr. 2008.
- WONCA, World Organization of Family Doctors, (2002). A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar). Lisboa: WONCA EUROPA/APMCG 2002. Disponível em: <http://www.apmcg.pt/document/71479/457322.pdf>, acesso em 07/04/08
- Wood, L. A. & Kroger, R. (2000). Doing discourse analysis. Methods for studying action in talk and text. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.
- World Health Organization (2005a). Multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2005b). Addressing violence against women and achieving the millennium development goals. Geneva: WHO.
- Yaphe, J. (2007). Teaching and learning about empowerment in family medicine. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 365-367.

## **ANEXOS**





## ANEXO A

### Autorização para Pesquisa - Centro de Saúde de Braga



Ministério da Saúde  
Administração Regional de Saúde do Norte  
Sub-Região de Saúde de Braga  
Centro de Saúde de Braga

V/Referência

Of.º de 23.05.07

Data

N/Referência

Secretariado

Data

10/07/2007

Assunto: Investigação sobre violência de género

Reportando-nos ao assunto nomeado em título, informo V.ª Ex.ª. que estão autorizadas as entrevistas propostas no vosso pedido de 23 de Maio p.p., indicando de seguida o nome dos 20 médicos e as unidades onde devem ser contactados, para proceder ao referido estudo.

<i>Nome Médico</i>	<i>Local Contacto</i>
Abílio Ferreira Mourão	US Maximinos
Adão Martins Nogueira Santos	US Infias
António José Nunes Geada Pinto	US Carandá
Aparício Barbosa Silva Braga	US Infias
Carlos Alberto Moreira Falcão	US Maximinos
Isabela Maria Carvalho Chorão Nogueira Santos	USF + Carandá
Jessi Anita Abreu Rodrigues Oliveira Silva	US Maximinos
José Álvaro Barbosa Ferreira	Extensão Saúde Veiga Penso
José Eugénio Borges Almeida	US Carandá
José Olegário Borges Baptista	US Infias
Lopo Alfredo Fortes Antunes	Extensão Saúde Tadim
Mara Beatriz Lima Mello Souza	US Carandá
Maria Antonieta Antunes Dias	US Carandá
Maria Cristina Mesquita Barbosa Lopes Castro	US Carandá
Maria de Fátima Teixeira Pinto	US Infias
Maria Filomena Gonçalves Pereira Fragata	US Carandá
Maria Graça Vasconcelos Vinagre Vale Vasconcelos	US Infias
Maria Helena Barbosa Albuquerque Pardal Oliveira	US Carandá
Maria José Cabrita Ribeiro	US Infias
Miguel Alberto Braga Cruz Melo	Extensão Saúde Esporões

Com os melhores cumprimentos,

A Directora do Centro de Saúde,

Helena Albuquerque

/TJ

## ANEXO B

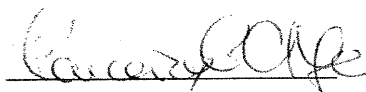
### Autorização para pesquisa Gabinete de Acção Social de Braga

Braga, 23 de Abril de 2006

Exmo. Sr. ou Sr.ª:  
DR.ª PAULA CARAMELO  
CHEFE GAB. ACÇÃO SOCIAL - BRAGA

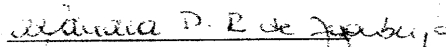
Mariana Porto Ruwer de Azambuja, psicóloga, Mestre em Psicologia Social e aluna de Doutoramento em Psicologia Social na Universidade do Minho, juntamente com sua orientadora, Dr.ª Conceição Nogueira, vêm solicitar sua colaboração na pesquisa de doutoramento sob a temática da violência de género, através da autorização para realizar entrevistas com técnicos desta instituição sobre os atendimentos e serviços oferecidos a mulheres vítimas de violência conjugal. Na certeza de poder contar com sua colaboração, colocámo-nos à disposição para maiores esclarecimentos pelo telefone 93 661 67 41 ou e-mail mariruwer@ig.com.br.

Respeitosamente,



Conceição Nogueira

Autorizado  
07.04.08



Mariana Porto Ruwer de Azambuja

## ANEXO C

### Autorização para pesquisa Cáritas Arquidiocesana de Braga (Espaço Mulher)

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

##### “Violência de Género: Análise Do Discurso de Profissionais de Saúde”

Mariana Porto Ruwer de Azambuja, psicóloga, Mestre em Psicologia Social, bolseira do Programa Alban (Programa de Bolsas de Alto Nível da União Europeia para a América Latina, bolsa nº E05D053211BR) e aluna de Doutoramento em Psicologia Social na Universidade do Minho, juntamente comigo, sua orientadora, vêm solicitar a sua colaboração numa investigação sobre violência de género.

Sua participação neste estudo será espontânea, não sendo oferecida nenhuma forma de remuneração ou gratificação. Por outro lado, você estará contribuindo para o estudo sobre a violência contra as mulheres, o que pode auxiliar na compreensão e no melhor enfrentamento do problema. Sua entrevista será gravada e transcrita. Caso deseje, poderá receber cópia desta transcrição para aprovar seu conteúdo. A qualquer momento, você poderá solicitar novas informações sobre a presente investigação, bem como desistir da sua participação.

A par de todas estas informações, pelo presente termo de consentimento informado e esclarecido eu, Eva do Vale Ferreira (nome), Técnica de Cáritas (cargo), declaro que fui informada dos objectivos da pesquisa acima descrita de maneira clara e detalhada. Recebi informações sobre a minha participação e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. A pesquisadora Mariana Porto Ruwer de Azambuja se colocou à disposição para posteriores esclarecimentos pelo telefone 93 661 67 41 e e-mail mariruwer@ig.com.br. Para qualquer pergunta sobre meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso chamar a orientadora desta pesquisa, a Profa. Dr.ª. Conceição Nogueira pelo e-mail cnog@iep.uminho.pt.

Declaro, por fim, que recebi cópia deste Termo de Consentimento.

Braga, 25 de junho de 2007

Eva Ferreira

Conceição Nogueira  
Conceição Nogueira  
(IEP/Uminho, orientadora da  
pesquisa)

Mariana P.R. de Azambuja  
Mariana P.R. de Azambuja  
(Aluna de Doutoramento no  
IEP/Uminho)

## ANEXO D

### Autorização para pesquisa Cáritas Arquidiocesana de Braga (Espaço Mulher)

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

##### “Violência de Género: Análise Do Discurso de Profissionais de Saúde”

Mariana Porto Ruwer de Azambuja, psicóloga, Mestre em Psicologia Social, bolseira do Programa Alban (Programa de Bolsas de Alto Nível da União Europeia para a América Latina, bolsa nº E05D053211BR) e aluna de Doutoramento em Psicologia Social na Universidade do Minho, juntamente comigo, sua orientadora, vêm solicitar a sua colaboração numa investigação sobre violência de género.

Sua participação neste estudo será espontânea, não sendo oferecida nenhuma forma de remuneração ou gratificação. Por outro lado, você estará contribuindo para o estudo sobre a violência contra as mulheres, o que pode auxiliar na compreensão e no melhor enfrentamento do problema. Sua entrevista será gravada e transcrita. Caso deseje, poderá receber cópia desta transcrição para aprovar seu conteúdo. A qualquer momento, você poderá solicitar novas informações sobre a presente investigação, bem como desistir da sua participação.

A par de todas estas informações, pelo presente termo de consentimento informado e esclarecido eu, Teresa Raquel da Silva Gomes (nome), Técnica da Cáritas (cargo), declaro que fui informada dos objectivos da pesquisa acima descrita de maneira clara e detalhada. Recebi informações sobre a minha participação e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. A pesquisadora Mariana Porto Ruwer de Azambuja se colocou à disposição para posteriores esclarecimentos pelo telefone 93 661 67 41 e e-mail mariruwer@ig.com.br. Para qualquer pergunta sobre meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso chamar a orientadora desta pesquisa, a Profa. Dr.ª. Conceição Nogueira pelo e-mail cnog@iep.uminho.pt.

Declaro, por fim, que recebi cópia deste Termo de Consentimento.

Braga, 25 de junho de 2007

Teresa Gomes

Conceição Nogueira  
Conceição Nogueira  
(IEP/Uminho, orientadora da  
pesquisa)

Mariana P.R. de Azambuja  
Mariana P.R. de Azambuja  
(Aluna de Doutoramento no  
IEP/Uminho)

## Anexo E

### Autorização para pesquisa Gabinete de Atendimento APAV- Braga

**Gabinete de Apoio à Vítima de Braga**  
Rua de S. Vitor | 11  
4710-439 Braga



T. 253 610 091 | F. 253 610 920  
apav.braga@apav.pt

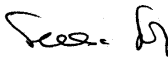

Ex.ma Senhora  
Mariana Porto Ruwer de Azambuja

Braga, 23 de Maio de 2007

**ASSUNTO:** Autorização para a realização de investigação na A.P.A.V.

Venho, por este meio, expressar a minha autorização, na qualidade de gestora do Gabinete de Apoio à Vítima de Braga, para a realização de investigação na A.P.A.V. sobre violência de género, como bolsreira do Programa Alban e como aluna de Doutoramento em Psicologia Social na Universidade do Minho. Este consentimento teve em consideração os critérios e linhas gerais de orientação para esse efeito da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.

Com os melhores cumprimentos,

  
  
Teresa Sofia Silva  
Gestora do Gabinete de Apoio à Vítima de Braga  
T. 253 610 091 | F. 253 610 920  
Rua de São Vitor, 11  
4710-439 BRAGA

## ANEXO F

### Modelo do termo de consentimento informado (Estudo III).

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

##### “Violência de Género: Análise do Discurso de Profissionais de Saúde”

Mariana Porto Ruwer de Azambuja, psicóloga, Mestre em Psicologia Social, bolsista do Programa Alban (Programa de Bolsas de Alto Nível da União Europeia para a América Latina, bolsa nº E05D053211BR) e aluna de Doutoramento em Psicologia Social na Universidade do Minho, juntamente comigo, sua orientadora, vêm solicitar a sua colaboração numa investigação sobre violência de género.

Sua participação neste estudo é espontânea, não sendo oferecida qualquer remuneração ou gratificação. Contudo, sua colaboração contribuirá para o estudo sobre a violência contra as mulheres, sua compreensão e melhor enfrentamento. A entrevista será gravada e transcrita e, caso deseje, poderá receber cópia desta transcrição para aprovar seu conteúdo. Sua identidade será preservada com a utilização de pseudónimos em todos os materiais (publicações, apresentações em congressos, etc.) resultantes da investigação. A qualquer momento, você poderá solicitar novas informações sobre a presente investigação, bem como desistir da sua participação.

A par de todas estas informações, pelo presente termo de consentimento informado e esclarecido eu, \_\_\_\_\_(nome), declaro que fui informado(a) dos objectivos da pesquisa acima descrita de maneira clara e detalhada. Recebi informações sobre a minha participação e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. A pesquisadora Mariana Porto Ruwer de Azambuja se colocou à disposição para posteriores esclarecimentos pelo telefone 93 661 67 41 e e-mail mariruwer@ig.com.br. Para qualquer pergunta sobre meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso chamar a orientadora desta pesquisa, a Prof.ª Dr.ª Conceição Nogueira pelo e-mail cnog@iep.uminho.pt.

Declaro, por fim, que recebi cópia deste Termo de Consentimento.

Braga, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Participante da Pesquisa

---

Conceição Nogueira  
(IEP/Uminho, orientadora da  
pesquisa)

---

Mariana P.R. de Azambuja  
(Aluna de Doutoramento no  
IEP/Uminho)

## ANEXO G

### Diferenças entre os paradigmas de pesquisa (construído a partir de Highlen & Finley, 1996).

	Positivista	Pós-Positivista	Interpretativo-constructivista	Crítico	Pós-Estruturalista
Objectivo	<i>Explicação</i> , a qual permitirá a <i>predição</i> e o <i>controlo</i> .	Igual ao anterior, mas com algumas críticas.	Compreender o “mundo” dos participantes.	Emancipação e transformação, capacitar os participantes para adquirir o saber e o poder necessários para assumirem o controlo de suas vidas.	Desconstrução, desestabilização e alteração de qualquer interpretação da realidade socialmente construída como um saber completo.
Características	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assume que existe uma realidade objectiva, verificável e quantificável;</li> <li>Utiliza as validades interna e externa, confiança e objectividade para avaliar a qualidade da pesquisa;</li> <li>Podem combinar elementos quantitativos e qualitativos, sendo os dados categorias descritas em termos de frequências e/ou percentagens;</li> <li><i>Críticas à pesquisa qualitativa neste paradigma</i>: elimina o contexto do estudo, sacrificando a relevância pelo rigor, excluindo os significados dos dados e generalizando dados inapropriadamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assume que a realidade objectiva existe, mas esta apenas pode ser alcançada parcialmente (realismo crítico):</li> <li>Utiliza muitos métodos, embora a descoberta e a verificação teórica sejam enfatizadas;</li> <li>Apesar de buscar resultados objectivos, reconhece que a interacção entre pesquisador e objecto afecta os dados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A realidade é vista como construída através da interacção humana;</li> <li>Deste modo, existem múltiplas realidades, pesquisador e pesquisado criam os achados no decorrer do processo de pesquisa;</li> <li>O processo de pesquisa é auto-reflexivo: a informação obtida junto aos informantes lhes devolvida para avaliar sua precisão;</li> <li>Descrições amplas são utilizadas para tornar o contexto e os significados dos participantes presentes, permitindo que os leitores criem suas próprias conclusões sobre os resultados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>É uma pesquisa “multivocal”, colaborativa e fundamentada na experiência dos participantes (vistos como co-pesquisadores);</li> <li>Fundamenta-se em teorias interpretativas (feminismo, neo-marxismo, pesquisa-participante);</li> <li>Os pesquisadores explicitam e integram seus valores e perspectivas teóricas na pesquisa;</li> <li>Adopta um diálogo dialético com os co-pesquisadores para ligar os significados às amplas estruturas sociais, de poder, controlo e históricas.</li> <li>A avaliação da pesquisa se baseia em: elementos sociais, políticos, étnicos, económicos, culturais e de género são estudados e integrados; a pesquisa produz <i>praxis</i> (acção) para a transformação das estruturas existentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A linguagem é vista como um sistema instável de referência (os significados nunca podem ser completamente captados);</li> <li>A pesquisa é limitada pelo suporte teórico do pesquisador, o contexto do fenómeno estudado e tipo de relatório produzido;</li> <li>Os valores e políticas têm maior importância do que a avaliação metodológica;</li> <li>A qualidade da pesquisa depende de seus objectivos (emancipação, desconstrução) e das “comunidades interpretativas” que irão ler e avaliar a investigação;</li> <li>Frequentemente foca nas “vozes silenciadas” daqueles com menos poder e privilégios.</li> </ul>



## ANEXO H

### Guião das entrevistas semi-estruturadas (Estudo III)

1. Para começarmos, fale-me um pouco de sua trajetória profissional:  
(há quanto tempo está licenciado, há quanto tempo actua como Médico de Família, motivo de escolha por esta área, experiências profissionais significativas)
2. Nesta trajetória, tem tido contacto com situações de violência? De quê tipo? Com qual frequência?
3. Dentre estas situações, qual(is) considera mais preocupante? Por quê?
4. Especificamente falando da violência doméstica contra a mulher por parte de companheiros, com que frequência já esteve em contacto com esta situação?
5. Como percebeu/o que o levou a suspeitar tratar-se de um caso de violência doméstica?
6. Quando é apenas uma suspeita, costuma perguntar directamente à mulher sobre o problema? Caso negativo, por quê?
7. Na sua opinião, as mulheres que procuram os serviços de saúde por terem sido agredidas por seus companheiros costumam declarar a violência sofrida? [é um motivo de queixa, de consulta?]
8. Conte com detalhes sua atitude profissional diante destes casos (caso não tenha tido nenhuma caso destes, conte como acha que deveria agir)
9. Costuma registar o facto na história clínica/prontuário?
10. Quais os encaminhamentos que costuma fazer?
11. Alguma vez pensou em encaminhar denúncia ao Ministério Público/PSP/GNR? Porque o fez/não o fez?
12. Consegue estabelecer causa(s) para esta forma de violência?
13. Percebe diferenças nas formas de violência sofridas por mulheres e homens? Quais? Acha que existe algum motivo para estas diferenças?
14. Alguma vez atendeu homens vítimas de violência doméstica?

15. O que você fez nesses casos? Caso não tenha atendido, o que acha que deveria fazer?
16. Sente-se preparado(a) para lidar com casos de violência doméstica? Por quê?
17. Quais as principais dificuldades que encontra ao lidar com estas situações?
18. E os principais facilitadores?
19. Em algum momento de sua formação profissional este tema foi abordado? De que forma?
20. Caso tenha participado de formações específicas, estas foram oferecidas pela Direção-Geral de Saúde ou foi você quem buscou esta capacitação?
21. Acha que os recursos existentes (informações, serviços, cursos) actualmente são suficientes?
22. Na sua opinião, os serviços de saúde têm algum papel perante a violência doméstica contra a mulher? Qual seria?
23. Considera que os serviços de saúde possam contribuir para a diminuição da violência doméstica? De que forma?
24. Quais profissionais considera que devem trabalhar as questões de violência?
25. Na sua opinião, a violência contra a mulher pode ser considerado como um problema de saúde pública? Por quê?
26. Deseja acrescentar mais alguma informação?

**ANEXO I - Diferenças entre análise de conteúdo, análise temática e análise de discurso (de acordo com Parker, 2005)**

Análise de Conteúdo	Análise Temática	Análise de Discurso
<p>Simple contagem do uso de certos temas e uma comparação dos níveis de aparecimento dos termos em diferentes textos.</p> <p><i>1. Classificação e Associação</i>: restringe-se às palavras usadas no texto, o que significa que o analista deve saber previamente quais categorias irá utilizar. Mas, não pode falar sobre <i>como</i> a palavra é usada.</p> <p><i>2 – Proximidade Fenomenológica e Distância Teórica</i>: não está preocupada com os <i>significados</i> dos termos, apenas conta e classifica-os, fazendo <i>comparações</i> entre diferentes textos. Não há uma “compreensão fenomenológica”, nenhuma tentativa de compreender o que os termos podem significar para os falantes.</p> <p><i>3. Efeitos da Linguagem</i>: como não se dirige a <i>como</i> os termos são utilizados, <i>não</i> pode ajudar a entender <i>como</i> as pessoas são afectadas pela linguagem.</p>	<p>Agrupa citações do material.</p> <p>Os melhores exemplos “analíticos” organizam os temas numa estrutura que dá visibilidade ao material.</p> <p>Possui algumas vantagens sobre uma simples Análise de Conteúdo, mas não vai tão longe quanto a AD na sua ligação dos termos no texto, na distância teórica que toma do quê descreve e na sua concepção do que a linguagem faz.</p> <p><i>1. Classificação e Associação</i>: também classifica e associa, mas prestando mais atenção ao <i>significado</i> dos termos. Uma das principais diferenças com a AD é que assume que certas palavras e frases realmente têm o mesmo significado, o que permite que sejam agrupadas entre si.</p> <p><i>2. Proximidade fenomenológica e Distância Teórica</i>: preocupa-se com <i>como</i> as pessoas entendem os significados das palavras e frases que utilizam. Contudo, preocupa-se tanto com isso que negligencia os <i>efeitos</i> que os significados podem ter além do seu sentido imediato. Ou seja, a preocupação com a proximidade fenomenológica dos significados dos termos e com como podem ser compreendidos de forma a serem agrupados em diferentes temas torna difícil ter uma “distância teórica” de seus significados imediatos.</p> <p><i>3. Efeitos da Linguagem</i>: apenas analisa os temas que aparecem no texto.</p>	<p><i>1. Classificação e Associação</i>: preocupa-se em <i>como</i> as palavras e frases relacionam-se no nível do discurso.</p> <p><i>2. Proximidade Fenomenológica e Distância Teórica</i>: mostra como o tema principal pode ligar-se a certas imagens, ainda que estes termos não sejam explicitamente agrupados pelos falantes.</p> <p><i>3. Efeitos da Linguagem</i>: trata os significados dos termos como derivados do modo com que são articulados em cadeias de <i>significados</i> que são <i>independentes</i> do falante (mesmo quando o falante realmente queira dizer o que diz). Assim, um termo pode ser analisado como funcionando, simultaneamente, de diferentes formas.</p>

## ANEXO J - Busca de Teses e Dissertações (Estudo I)

### Descritor: VIOLÊNCIA

#### UMINHO

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Discursos culturais e violência conjugal: o olhar dos media sobre a mulher, as relações de género e a violência - de 1965-2006	Ana Rita Conde Dias	Carla Machado	2006	Psicologia Clínica	x	
Violência nas relações de intimidade: estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher	Marlene Alexandra Veloso de Matos	Miguel Gonçalves	2006	Psicologia da Justiça		X
A (des)construção dos discursos genderizados sobre o amor, o poder e a violência nas relações íntimas: metodologias feministas na psicologia social crítica	Ana Sofia Antunes das Neves		2005	Psicologia Social		X
Violência conjugal: o processo de construção de identidade da mulher	Marlene Alexandra Veloso de Matos		2000	Psicologia da Justiça	x	

#### COIMBRA

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
A violência doméstica contra as mulheres enquanto problema de saúde pública: as representações sociais dos profissionais de saúde portugueses face a esta questão	Ana Sofia Alves Tello-Gonçalves		2004	Programa Saúde Pública		X
Estudo descritivo dos sistemas de crenças, valores e necessidade sentidas pelas mulheres vítimas de maus tratos	Elena Fernández Martínez	Teresa Maria Salgado Magalhães e Margarida Pedroso de Lima	2006	Ciências da Educação (Educação de Adultos e Intervenção Comunitária)		X
A violência contra as mulheres nos Media: lutas de género no discurso das notícias	Rita Joana Basílio de Simões		2005	Comunicação e Jornalismo		X
Agressões e exames sexuais: contributo para uma nova metodologia pericial	Susana Pereira da Silva Tavares		2002	Medicina Legal		X

#### ISCTE

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Violência nas relações pais-filhos adolescentes	Maria João B. Pena		1995	Sociologia		X

#### UP

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Percepções de conflito e violência conjugal	Cidália Maria Neves Duarte	Maria Emilia Costa	2005	Programa Psicologia		X
Percursos da violência: da família de origem a conjugalidade: um estudo com jovens adultos a frequentarem o ensino superior	Fernanda Maria Nogueira Mendes	Jorge Negreiros	2006	Psicologia (especialização em Psicologia do Comportamento Desviante)		X
"Esta e a tua casa, agora!": crianças, mulheres e violência: incursões etnográficas	Paula C. A. Nogueira	Luis Fernandes	2006	Psicologia (especialização em Psicologia do Comportamento Desviante: Violência, Crime e Vítimas)		X
De que e feito o amor entre pais que se batem?: significados de amor, conjugalidade, papéis de género e violência, em adolescentes expostos a violência doméstica	Andreia Luísa Gonçalves Teixeira de Castro Rodrigues	Luis Fernandes	2006	Psicologia (especialização em Psicologia do Comportamento Desviante)		X
Estudo de um caso de abuso sexual a luz da fenomenologia	Catari Alves de Miranda	Marques	2005	Psicologia (especialização em Psicologia do		X

	Rodrigues	Teixeira	Comportamento Desviant: Violência, Crime e Vítimas)	
Representações sociais da violência sobre as crianças	Sandra Maria de Azevedo Pascoal Roque dos Santos Luísa Augusta Antunes Souseira	Gabriela Poeschl Celina Manita	2000 2006	Psicologia (especialização em Psicologia Social) Psicologia (especialização em Psicologia do Comportamento Desviant: Violência, Crime e Vítimas)
Violência conjugal	Cidália Maria Neves Duarte	Maria Emilia Costa	1998	Psicologia (especialização em Consulta Psicológica de Jovens)
Representações e práticas de violência doméstica em famílias de diferentes meios socioprofissionais	Maria Isabel Correia Dias		2002	Sociologia
Violência familiar contra a mulher e saúde mental	Isilda Maria de Oliveira Carvalho	João Barreiro	2002	Psiquiatria e Saúde Mental
A grávida vítima de violência: uma perspectiva de saúde mental sobre a violência doméstica	Maria Alberta Fernandes Pacheco Aguiar		1999	Psiquiatria e Saúde Mental
A mulher vítima de violência conjugal	Felicidade Candida Pinto		2002	Psiquiatria e Saúde Mental

U. ABERTA

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Violent femmes: Mackinnon, Roiphe e Mamet sobre a natureza política do feminismo	Maria Helena dos Santos Santana	António Feijó	1997	Estudos americanos	X	
Mulheres sobreviventes de violação	Susana Gabriela da Silva Maria	Teresa Joaquim	2001	Estudos sobre as mulheres	X	
Um olhar de sofrimento: comportamentos e atitudes de crianças vítimas de maus-tratos residentes num centro de acolhimento: cinco estudos de caso	Dora Isabel Roberto Rodrigues	Joana Miranda	2006	Relações interculturais	X	
A infância confiscada: contributos para o estudo da educação das crianças em situação de risco de exclusão escolar e social no 1º Ciclo do Ensino Básico : elaboração de um modelo de factores de risco	Sandra Marisa da Costa Santos	Fernando Serra	2007	Administração e gestão educacional	X	
Mulheres agredidas pelos maridos: de vítimas a sobreviventes	Fátima Jorge Monteiro	Teresa Joaquim	2000	Estudos sobre as mulheres		

U. LISBOA

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
História pessoal de crianças vitimadas	Maria Hermínia Pinto Costa da Cunha Leal	João Gomes Pedro	2000	Saúde Escolar	X	
Representações sociais da violência conjugal	Cláudia Casimiro Costa	Ana Nunes de Almeida	1998	Ciências Sociais, especialização: Famílias, olhares interdisciplinares	X	
Traumatismos diários com interesse médico legal	João Manuel de Aquino Marques	Armando Santinho Cunha	1999	em Medicina Dentária (Histomorfologia Oral),		X

U. NOVA DE LISBOA

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Violência de género nas relações amorosas: uma análise sociológica dos casos detectados nos Institutos de Medicina Legal de Coimbra e do Porto	Zélia Maria Barroso	Manuel Lisboa	2005	Sociologia	X	

A violência sexual contra crianças na imprensa: um estudo de caso sobre a mediação "Casa Pia"	Daniela Filipa Rebelo Montijo Franco de Sousa	Cristina Ponte	2006	-	X
Corpos deslocados: vulnerabilidade e processos de exotização das mulheres imigrantes brasileiras em Lisboa, Portugal	Luciana Pontes Pinto	Maria Cerdeira da Silva	2005	Antropologia do Espaço	X
A criança e os maus tratos: o papel das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens e as condicionantes da sua intervenção.	Carla Alexandra Correia da Silva	Ana Fernandes	2003	Saúde Pública	X
Violência conjugal numa zona degradada do Porto: Bairro da Sé: O Centro de Saúde da Batalha - Porto	Manuel Fernandes Pinheiro	Nelson Lourenço	1985	Saúde Pública	
Rupturas violentas da conjugalidade: os contextos do homicídio conjugal em Portugal	Elza Maria Henriques Deus Pais		1996	Sociologia	X

### Descritor: GÉNERO

#### UMINHO

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Dos corpos nascidos aos sexos construídos: identidades e representações de género num jardim-de-infância	Carla Alexandra de Vasconcelos Balsemão Barbosa	Manuel Carlos Silva	2007	Sociologia da Infância	X	
Procrastinação, auto-regulação e género	Marta Daniela Silva Costa	Pedro Sales Luis Rosário, Luísa Saavedra	2007	Psicologia, área de especialização em Psicologia Escolar	X	
Rupturas e continuidades na representação do género, nação e cidadania: exemplos da literatura infanto-juvenil portuguesa	Therese Christina Vianna Ferreira	Joana Filipa da Silva de Melo Vilela Passos	2007	Estudos da Criança, Especialização em Análise Textual e Literatura Infantil	X	
Ansiedade face aos testes, género e rendimentos académicos: um estudo no ensino básico	Andreia Carla Fonseca Magalhães	Pedro Sales Luis Rosário, Luísa Saavedra	2007	Psicologia, Área de Especialização em Psicologia Escolar	X	
Percepções sociais e vitimização no grupo de pares: diferenças de idade, género e estatuto social	Manuela Alexandra Alves Pereira da Silva	Ana Tomás de Almeida	2007	Estudos da Criança, especialização em Intervenção Psicossocial com Crianças, Jovens e Famílias	X	
As questões de género no âmbito da pedagogia da infância: um estudo de caso	Isabel Cristina dos Santos Castro	Júlia Oliveira-Formosinho	2006	Educação de Infância, área de especialização em Educação Multicultural e Envolvimento Parental	X	
Educação, género e poder: uma abordagem política, sociológica e organizacional	Maria Custódia Jorge da Rocha			Educação, área de Conhecimento em Organização e Administração escolar		X
Diferenças ao nível do género na adaptação psicossocial a curto prazo no pós enfarte agudo do miocárdio	José Luis Ramos Veloso Gouveia		2004	Psicologia, área de especialização em Psicologia da Saúde	X	
Transformação e permanência na construção de identidades: o currículo e o género	Elsa Maria Dourado Gonçalves		2002	Educação, especialidade de Desenvolvimento Curricular	X	
Tribunais, género, ciência e cidadania: uma abordagem sociológica da investigação judicial de paternidade	Helena Cristina Ferreira Machado		2002	Sociologia		X
Desempenhos escolares de género e afirmação feminina num concelho rural	Paulo A. S. Nogueira Pinto		2002	Educação - Sociologia da Educação e Políticas Educativas	X	
Vozes de sucesso, vozes (silenciadas) de fracasso: género e classe social na escola	Luísa Saavedra		2001	Psicologia da Educação,		X
O género na ciência e a carreira em ambiente académico: o caso dos docentes da Universidade do Minho	Gina Maria Gato dos Santos		2000	Gestão de Recursos Humanos	X	
Políticas e práticas de gestão de recursos humanos em Portugal - a influência da variável género	Maria Teresa Geraldo Carvalho		1998	Gestão de Recursos Humanos	X	

Um novo olhar sobre as relações sociais de género: perspectiva feminista crítica na psicologia social	Maria da Conceição de Oliveira Carvalho Nogueira	1996	Psicologia Social e das Organizações	X
Identidade do género e escolha da carreira em adolescentes	Luísa Maria Saavedra Ferreira Almeida	1995	-	X

#### U. COIMBRA

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Agentes, factores, suposições, acaisos e outros intervenientes na modelação do género: a construção social da diferença no discurso autobiográfico das mulheres pouco escolarizadas	José Américo Gonçalves Pereira	José Manuel Portocarrero Canavarro e Cristina Maria Coimbra Vieira.	2005	Ciências de Educação (Educação de Adultos e Animação Comunitária)	X	
Lateralidade e funções motoras em crianças e adolescentes: estudos com a bateria de avaliação neuropsicológica de Coimbra	Maria Manuela Pereira Vilar	Mário Manuel Rodrigues Simões	2007	Psicologia (Psicologia Pedagógica)	X	
A lei do desejo: direitos humanos e minorias sexuais em Portugal	Ana Cristina Santos	António Simões	2004	Sociologia	X	
Educação e desenvolvimento do género: os trilhos percorridos na família	Cristina Maria Coimbra Vieira		2003.	Ciências da Educação (Psicologia da Educação)		X

#### ISCTE

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
A 1ª escola de alistados femininos da P.S.P.: género, poder, identidade	Maria Alexandra Gomes M. Leandro	Graça Indias	2006	Antropologia, Patrimónios e Identidades	X	
Quem não casa também quer casa: a conquista de autonomia habitacional na construção das identidades d@s jovens e das (in)dependências familiares	Magda Lalandia Nico	Anália Torres	2005	Família e Sociedade	X	
A produção e valorização das competências no mercado de trabalho	Fátima Suleman	Helena Lopes	2003	Economia		X
As representações do corpo na publicidade Calvin Klein	Jorge Verissimo	José Rebelo	2005	Sociologia, Especialidade em Sociologia da Comunicação, da Cultura e da Educação		X
O protagonismo das crianças	Sílvia Sara Sousa Saramago		2005	Sociologia		X
Frutos do amor: um olhar sobre as dinâmicas conjugais na parentalidade inaugural	Patrícia Carla da Silva Pereira Freire Vieira	Maria das Dores Guerreiro	2005	Família e Sociedade	X	
Inteligências estudo das representações sociais da inteligência: perspectivas desenvolvimentistas e de género e dinâmicas representacionais	Virgílio Jorge Rodrigues Ribeiro do Amaral	Felice Carugati, Jorge Vala	2004	Psicologia Social e Organizacional		X
Género e política uma análise psicossociológica das reacções às acções positivas	Maria Helena Ramos da Costa Santos	Lígia Amâncio	2004	Psicologia Social e Organizacional	X	
Gender and the military: a comparative study of the participation of women in the armed forces of western democracies	Helena Carreiras		2004	-		X
Género e sexualidade: o duplo padrão sexual como representação social	Marta Pereira Alves	Lígia Amâncio, Valentim Rodrigues Alferes	2004	Psicologia Social e Organizacional	X	
Pertenças fechadas em espaços abertos: estratégias de (re)construção identitária de mulheres muçulmanas em Portugal	Maria Abranches	Fernando Luís Machado	2004	Comunicação, Cultura e Tecnologias da Informação	X	
Colonialismo e género na Índia - Díu: contributos para a Antropologia Pós-colonial	Rita d'Ávila Cachado	Rosa Maria Perez	2003	Antropologia - Colonialismo e Pós-Colonialismo	X	
O Evangelho da vida: representações sociais do aborto no discurso da Igreja Católica Romana	João Manuel Calhau de Oliveira	Lígia Barros Queiroz Amâncio	2002	Psicologia Social e Organizacional	X	
Género, empresariado e desenvolvimento em contextos não ocidentais: a bidantes do mercado Sucupira em Cabo Verde	Marzia Grassi		2002	Economia		X

A realização pessoal e o género: especificidades e contradições Género e política organizacional	Cecília Almeida Maria Fátima Oliveira Rodrigues	Maria das Dolores Guerreiro	2002 2001	- Psicologia Social e das Organizações	X X
Nós, elas e eles: imagens recíprocas no mundo infantil	Célia Cristina Casaca Soares		2000	Psicologia Social e Organizacional	X
Trajectórias, dinâmicas e formas de conjugalidade: assimetrias sociais e de género no casamento	Anália Maria Cardoso Torres		2000	Sociologia	X
Desvio e juventude: causas sociais da delinquência juvenil	Pedro Moura Ferreira		1999	Sociologia	X
O papel da mulher empresária angolana: contributo para uma reflexão	Marzia Grassi		1997	Desenvolvimento Social e Económico em África	X
As árvores de Deus e as suas flores: uma perspectiva psicossociológica sobre as relações amorosas	António Manuel Marques		1996	Psicologia Social e Organizacional	X
Género e poder entre os Tsonga de Moçambique	Ana Maria Loforte		1996	Antropologia	X
Infidelidade conjugal - classe social e género	Filomena Santos		1996	Sociologia da Família	X
Corações de pedra: discursos e práticas da masculinidade numa Aldeia do Sul de Portugal	Miguel Vale de Almeida		1994	Antropologia Social	X

U. PORTO

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
(Dis) cursos no feminino: influências da educação	Maria Manuela de Jesus Ferreira Alves	Helena Costa Araújo	2007	Ciências da Educação (especialização em educação, género e cidadanias)	X	
Mulheres toxicodependentes: o género na desvincat : "a vida dela e a estrada e a vida dele e nas esquinas a arrumar carros"	Maria Susana Ribeirinha Cardoso de Carvalho	Celina Mamita	2004	Psicologia (especialização em Psicologia do Comportamento Desviant: toxicodependências)	X	
"Somos todas(os) vidosas(os)": a construção das relações sociais de género entre crianças no quotidiano do jardim-de-infância	Conceição Maria Magalhães Coelho	Manuela Ferreira	2006	Ciências da Educação (especialização em Educação, Género e Cidadanias)	X	
Entre ter e ser: tensoes (irre)conciliáveis na formação da cidadania e género numa elite da (semi)periferia	Eunice Macedo	Helena Costa Araújo	2004	Ciências da Educação (especialização em Educação, Género e Cidadanias)	X	
Sexualidades marcadas: discursos sobre sexualidades que desafiam a novos conceitos de cidadania(s)	Carmo Marques	Conceição Nogueira	2006	Ciências da Educação (especialização em Educação, Género e Cidadanias)	X	
Olhar a cidadania através das subjectividades de mulheres portadoras de deficiência	Maria de Fátima Valente Gonçalves Pinto Miranda	Helena Araújo	2007	Ciências da Educação (especialização em Educação, Género e Cidadanias)	X	
Superando a perspectiva do corpo como campo de batalha: dimensionar o aborto no campo dos direitos	Andrea Luis Valente Rodrigues de Castro Peniche	Fernanda Henriques	2006	Ciências da Educação (especialização em Educação, Género e Cidadanias)	X	
Da esfera privada a esfera publica: contributos da educação de adultos(as)	José Carlos Correia Rodrigues Quelhas	Helena Costa Araújo	2007	Ciências da Educação (especialização em Educação, Género e Cidadanias)	X	
Famílias e suas representações em tomo de cidadanias e género: ouvindo mães e pais de crianças de 1 ciclo	Maria Fernanda da Silva Ramos	Maria José Magalhães	2007	Ciências da Educação (especialização em Educação, Género e Cidadanias)	X	
Da aldeia das lendas as cidades da razão: o percurso de educação formal e não formal de uma rapariga do mundo rural	Esmeralda Gomes dos Santos	Doutora Helena Costa Araújo	2007	Ciências da Educação (especialização em Educação, Género e Cidadanias)	X	
Abrindo a cortina do palco da esfera política pública	Ana Paula Canotilho de Seixas	Helena Araújo	2006	Ciências da Educação (especialização em Educação, Género e Cidadanias)	X	



O desejo de aprender... : jovens, afectos, cidadania(s), género e sexualidade	Fátima Silva	Cristina Rocha	2005	Ciências da Educação (especialização em Educação, Género e Cidadanias)	X
Identidade socioprofissional e género : contributos para o estudo da enfermagem	Maria Lucília Marques Escobar Araújo	Helena Costa Araújo	1995	Ciências da Educação (especialização em Educação, Desenvolvimento e Mudança Social)	X
Etnicidade, género e escolaridade : estudo preliminar em torno da socialização do género feminino numa comunidade cigana de um bairro periférico da cidade do Porto	Maria José Casa-Nova	Stephen R. Stoer	1999	Ciências da Educação (especialização em Educação e Diversidade Cultural)	X
A mulher e o poder na esfera da educação escolar em Portugal : 2 e 3 ciclos do ensino básico e ensino secundário : estudo de um caso : o Concelho de Vila Nova de Gaia	Ernesto Carolino Gomes		1995	Ciências da Educação (especialização em Educação, Desenvolvimento e Mudança Social)	X
Movimento feminista e educação : em torno da análise dos discursos sobre educação, em Portugal, nas décadas de 1970 e 1980	Maria José de Sousa Magalhães		1995	Ciências da Educação (especialização em Educação, Desenvolvimento e Mudança Social)	X
O corpo e o cuidar no feminino : construção feminina da noção do corpo e das experiências da gravidez	Maria Fernanda Neves Cardoso Pereira	Helena Costa Araújo	1996	Ciências da Educação (especialização de Formação e Desenvolvimento para a Saúde)	X
Papel de género e praticas familiares	Aurora Maria Ribeiro da Silva	Gabriela Poesschl	1999	Psicologia (especialização em Psicologia Social)	X
Ciência, tecnologia e comunicação : dimensões de género no ensino da engenharia	Paula Lobo		2005	Cultura e Comunicação	X
Ser mulher - a construção social de um género : a representação social de mulher do século XVIII ao século XIX	Gabriela Macedo Moreira		2005	História Contemporânea	X

U.ABERTA

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
O pai : do acompanhamento do trabalho de parto às interações precoces	Aida Abreu Serra	Maria Natália Ramos	2001	Comunicação em Saúde	X	
Para a (des)construção dos estereótipos cinematográficos masculinos : o cinema de Todd Solondz	Hobbes Aclides Góbiras Tavares Lacerda	Maria do Céu Marques	2005	Estudos americanos	X	
Comunicação empática e paridade de género, suportes de uma experiência de co-educação : uma pré-escolaridade co-construída transborda para a família	Maria Teresa F. Villar Paes Mendes	Maria Emilia Nabuco	2005	Estudos sobre as mulheres	X	
A paternidade e as práticas do cuidar : estudo exploratório nos primeiros dois meses após o parto	Maria Madalena Salgado de Oliveira	Teresa Joaquim e Maria das Dores Guerreiro	2004	Estudos sobre as mulheres	X	
E as crianças? : famílias homoparentais portuguesas falam de si	Sónia Melo de Oliveira	Maria das Dores Guerreiro	2004	Estudos sobre as mulheres	X	
Família, trabalho e formação nos profissionais de enfermagem	Maria do Rosário Pinto	Maria das Dores Guerreiro	2004	Estudos sobre as mulheres	X	
Um olhar por Grécia e contemporaneidade: sobre a construção masculina de cidade	Maria Fernanda Rilho	Teresa Joaquim e Teresa Beleza	2006	Estudos sobre as mulheres	X	
More than words : the process of gender acquisition while learning english and portuguese as foreign languages	Hermínia Maria Pimenta Ferreira Sol	Carmen Kuhling	2000	Estudos sobre as mulheres	X	
Espiritualidade e androgina: um estudo sobre a figura do Berdache nas culturas índias norte-americanas	Ana Paula da Silva Machado	Maria Laura Bettencourt Pires	2007	Estudos americanos		X
Gravidez e maternidade em contexto de seropositividade	Maria Natália Ramos	Maria Laura Bettencourt Pires	2005	Comunicação em Saúde	X	
A identidade masculina segundo Robert Bly: o paradoxo entre o real e o imaginado	Ana João Mexia Sepulveda da Fonseca	Miguel Vale de Almeida	1998	Estudos americanos	X	

A vivência da gravidez e a concepção de maternidade e paternidade	António José Dias do Carmo.	Teresa Joaquim	2004	Estudos sobre as mulheres	X
A invisibilidade de género em Tintin : a conspiração do silêncio	Ana Maria Magalhães da Cunha Correia.	Rui Zink	2004	Estudos sobre as mulheres	X
Não aconteceu nada em Hiroshima: uma abordagem de género na psicoterapia : uma micro-política...	Ana Isabel Feliciano Fidalgo Ferreira Crespo	Teresa Joaquim	1999	Estudos sobre as mulheres	X
Desigualdades de género no actual sistema educativo português : sua influência no mercado de emprego	Ana Maria das Neves Valentim Monteiro Ferreira	Teresa Joaquim	1998	Estudos sobre as mulheres	X
Representação do cuidar em enfermagem : uma visão de professores e estudantes	Maria Clara Batalha Reis Roquette Viana Neto	Ana Nunes de Almeida	2006	Estudos sobre as mulheres	X
As implicações de género nas novas tecnologias da informação : análise sociológica do projecto "Internet na escola"	Paulo Vaz de Oliveira	Maria Emília Ricardo Marques	1998	Estudos sobre as mulheres	X
Género e enfermagem : da tradição no feminino ao presente masculino	Joaquim Simões	Lígia Amâncio e Teresa Joaquim	1999	Estudos sobre as mulheres	X
As representações sociais dos cadetes do sexo masculino em relação à integração das mulheres nas forças armadas	Jorge Filipe de Oliveira Gonçalves Cobra	Teresa Joaquim	2001	Relações interculturais	X
Estereótipos de género em crianças de etnia cigana	Maria Filomena Pereira Morais Moreno	Félix Fernando Monteiro Neto	2001	Relações interculturais	X
Percursos : a construção social de identidades de género	Ana Paula de Moreira e Silva Pinho	José Ribeiro	2003	Relações interculturais	X
Perspectiva intercultural dos estereótipos de género nas profissões	Maria Manuela Meireles Coelho da Silva	Félix Fernando Monteiro Neto	2003	Relações interculturais	X

#### U. AÇORES

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Investimento das famílias na escola à saída do ensino obrigatório: configuração familiar e contexto escolar local	Ana Isabel dos Santos Matias Diogo		2004	Educação, especialidade de Sociologia da Educação		X

#### U. ALGARVE

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Travestismos e intertextualidades em Orlando de Virginia Woolf e na obra homónima de Sally Potter	Lígia Lopes de Oliveira		2005	-		X
Building genre knowledge : a case study of student perceptions of the argument essay	Ann Cecilia Henshall		2003	Didáctica das Línguas e Culturas Modernas	X	

#### U. AVEIRO

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Impacto dos centros interactivos de ciência segundo o género do visitante	Mariana Matias Martinho	Victor Manuel Simões Gil.	2007	Comunicação e Educação em Ciência	X	
Uma análise de necessidades e de género em inglês para turismo = A need and genre analysis based approach to English for tourism	Maria José Lisboa Antunes Nogueira	Maria Teresa Costa Gomes Roberto	2006	Estudos Ingleses	X	
O género, a academia e a gestão: o caso da Universidade de Aveiro	Maria Arcelina Chamtip Clementino de Santiago	António Manuel Magalhães Evangelista de Sousa	2004	Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas	X	

Género e identidade sexual em 'The passion of new Eve de Angela Carter e Sacred country de Rose Tremain [Texto policopiado] = Playing with gender and sexual identity in Angela Carter's 'The passion of new Eve and Rose Tremain's sacred country	Maria Julieta de Oliveira	Maria Aline Salgueiro Seabra	2003	Estudos Ingleses	X
--	---------------------------	------------------------------	------	------------------	---

U. LISBOA

Título	Autor		Orientador		Ano		Programa		M		D	
Família, individualização e experiências da homossexualidade em Portugal	Francisco Vieira da Silva	Karin Wall	2006	2006	2006	2006	Ciências Sociais	Ciências Sociais	X	X		
Da Gandaia ao narcotráfico: marginalidade económica e dominação simbólica num bairro de Lisboa	Miguel Almeida Chaves		1996				Ciências Sociais	Ciências Sociais	X			

U. NOVA

Título	Autor		Orientador		Ano		Programa		M		D	
Desigualdades relacionadas com o género na prestação de cuidados de saúde: situação na Administração de Saúde da Região Norte de Portugal	Hernán Ganzo Álvarez				2004		2004	Especialização em Saúde Pública				

UTAD

Título	Autor		Ano		Programa		M		D			
Contributo para o estudo de "os estereótipos da mulher no texto proverbial português"	Maria Teresa da Costa Gonçalves Neves de Sousa.							Programa				
								Linguística Portuguesa				

**Descritor: MULHERES**

UMINHO

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Avaliação da eficácia relativa de duas intervenções psicoeducativas dirigidas à prevenção da SIDA e promoção da saúde em mulheres com risco para o VIH	Eleonora Cunha Veiga Costa	Teresa Mendonça McIntyre	2006	Psicologia da Saúde		X
Discursos culturais e violência conjugal: o olhar dos media sobre a mulher, as relações de género e a violência - de 1965-2006	Ana Rita Conde Dias	Carla Machado	2006	Psicologia, área de conhecimento em Psicologia Clínica	X	
Vidas raras de mulheres comuns: percursos de vida, significações do crime e construção da identidade em jovens reclusas	Raquel Maria Navais de Carvalho Matos	Carla Machado	2006	Psicologia, área de conhecimento em Psicologia da Justiça		X
Violência nas relações de intimidade: estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher	Marlene Alexandra Veloso de Matos	Miguel Gonçalves	2006	Psicologia, área de conhecimento em Psicologia da Justiça		X
Aprender com as mulheres: presenças do feminino no romance de aprendizagem português do século XX	Ana Maria da Silva Ribeiro	Maria da Penha Campos Fernandes	2006	Ciências da Literatura	X	
A voz das mulheres nas peças de Synge: ponto e contraponto na realidade irlandesa	Ángela Maria Queiroz Pregoiteiro	Maria Filomena Louro	2005	Língua, Literatura e Cultura Inglesas		X
A imagem da mulher na poesia barroca	Marta Cristina da Silva Vilar		2004	Teoria da Literatura e Literatura Portuguesa	X	
Mitos e crenças na gravidez: sabedoria e segredos tradicionais das mulheres de seis concelhos do Distrito de Braga	Maria de Fátima da Silva Vieira Martins		2003	Sociologia área de especialização Saúde	X	
Retratos de mulher: construções sociais e representações visuais do feminino	Silvana Mota Ribeiro		2002	Sociologia da Cultura e dos Estilos de Vida	X	
Lady Augusta Gregory: uma mulher no Renascimento Irlandês	Ana Paula Marinho Costa		2000	Língua, Literatura e Cultura Inglesas	X	

Participação da mulher nas decisões estratégicas das organizações: estudo de casos	Alicia Augusta de Sena Portugal Dias	2000	Contabilidade e Administração	X
Avaliação de eficácia de um programa de intervenção psicológica breve em mulheres com cancro de mama	Susana Maria Rodrigues Fernandes	2000	Psicologia, área de especialização em Psicologia da Saúde	X
Violência conjugal: o processo de construção de identidade da mulher	Marlene Alexandra Veloso de Matos	2000	Psicologia, área de especialização em Psicologia da Justiça	X
A mulher e a condição feminina em manuais de portugueses do ensino secundário	Fernando Américo Monteiro da Rocha	2000	Educação, especialidade de Supervisão Pedagógica	X
A educação familiar rural - entre a ideologia e a pedagogia: subsídios para o estudo da educação da mulher no Estado Novo	Branca Maria Rocha Barbosa	1997	Educação	X
Dualidade e ambivalência: a mulher na última década do séc. XIX em Wilde, Symons, Yeats, Dowson e Beardsley	Ana Cláudia Ferreira Azevedo	1996	Língua e Literatura Inglesas	X
Redes informais e institucionais de "normalização" do comportamento sexual e procriativo da mulher: a "mãe solteira" no concelho de Guimarães	Helena Cristina Ferreira Machado	1996	História das Populações	X

UC

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Muçulmana e mulher: a representação das mulheres muçulmanas na imprensa: análise de casos	Sónia Maria Tavares Martins		2005	Comunicação e Jornalismo	X	
Agentes, factores, suposições, acaos e outros intervenientes na modelação do género: a construção social da diferença no discurso autobiográfico das mulheres pouco escolarizadas	José Américo Gonçalves Pereira	José Manuel Portocarrero Canavarro e Cristina Maria Coimbra Vieira.	2005	Ciências de Educação (Educação de Adultos e Animação Comunitária)	X	
As mulheres e o sindicalismo: o mundo, a Europa e Portugal	Ana Maria Parada da Costa		2001	European Studies "O processo da construção europeia", coord. pela Universidade de Siena, na Fac. de Letras da Univ. de Coimbra	X	
Depois da guerra e antes da paz: as vozes das mulheres de Timor Leste	Teresa Cunha		2004	Sociologia	X	
Menopausa: influência de factores socio-demográficos e reprodutivos e da actividade física nas alterações da composição corporal na menopausa numa população de mulheres de Vila do Conde	Ana Rute Torção Machado Gomes		2001	Evolução humana, Antropologia Biológica	X	
A violência contra as mulheres nos Media: lutas de género no discurso das notícias	Rita Joana Basílio de Simões		2005	Comunicação e Jornalismo	X	
Estudo descritivo dos sistemas de crenças, valores e necessidade sentidas pelas mulheres vítimas de maus tratos	Elena Fernández Martínez	Teresa Maria Salgado Magalhães e Margarida Pedroso de Lima	2006	Ciências da Educação (Educação de Adultos e Intervenção Comunitária)	X	
Decisão reprodutiva e adaptação a gravidez e ao nascimento de um filho de mulheres infectadas pelo VIH: um estudo exploratório	Marco Daniel de Almeida Pereira	Maria Cristina Canavarro	2006	SIDA: Da Prevenção a Terapêutica	X	
Entre Atenas e Esparta: mulheres, paz e conflitos violentos	Tatiana Gonçalves Moura		2003	Sociologia	X	
Para além da eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada	Rosa Ferreira Novo	Daniilo R. Silva	2000	Psicologia (Psicologia Clínica)	X	
Avaliação da actividade produtiva de mulheres pèri menopáusicas e pós menopáusicas numa unidade fabril	Maria de Lurdes Pedroso Barca Ramos		2005	Saúde Ocupacional	X	
Representações do feminino na cultura chinesa: a mulher nos discursos filosófico, religioso e sociopolítico	Ana Cristina Ferreira de Almeida Rodrigues Alves		2004	Filosofia (Filosofia da Cultura)	X	

O movimento feminista em Inglaterra	Maria Luísa Patrocínio	1962	Filologia Germânica	-
"Femina Dominatrix": queda e redenção no "Asinvs Avreys" de Apuleio	João da Costa Domingues	1992	Literatura Latina	X
Acesso das grávidas aos cuidados de saúde: o caso das mulheres oriundas dos PALOP's e das mulheres portuguesas do Concelho de Águeda	Adriano Borges Neto da Conceição	2001	Gestão e Economia da Saúde	X
Norma e transgressão: destinos femininos em obras narrativas de Arthur Schnitzler	Carla de Vieira Pereira Paiva	2006	Estudos Germanísticos (Literatura e Cultura Alemãs)	X
Mulheres de "má vida" ou a má vida das mulheres na ficção de Sandra Cisneros	Anabela da Cunha Alves	2007	Estudos Americanos (Literatura, Cultura e História)	X
Paz na terra, guerra em casa: feminismo e organizações em Moçambique	Isabel Maria Alçada Padez Cortesão Casimiro	1999	Sociologia	X
Mulheres-ruínas em Heródoto	Ana Lúcia Carmo Almeida do Amaral	1992	Literaturas Clássicas	X
Sexualidade e cancro ginecológico	Maria Manuela Gomes Ramalho da Costa Duarte	2005	Saúde Pública	X
Sida no feminino: percepções e implicações na sexualidade e maternidade	Maria Teresa Peres Filipe de Araújo	2002	Sida da Prevenção à Terapêutica	X
Maternidade e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana: aspectos relacionais, psicólogos e sociais	Maria Ana Domingues Rocha	2003	SIDA: da prevenção à terapêutica	X

#### ISCTE

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
A dimensão de género na investigação criminal	Iris Sofia B. Almeida	Lígia Amâncio	2006	Psicologia Social e Organizacional	X	
A 1ª escola de alistados femininos da P.S.P: género, poder, identidade	Maria Alexandra Gomes M. Leandro	Graça Indias Cordeiro	2006	Antropologia, Patrimónios e Identidades,	X	
Para além das cerejas... as mulheres nos principais partidos políticos portugueses	Ana Espírito-Santo	Michael Baum	2006	Ciência Política	X	
Construção identitária e estratégias face ao emprego: as desempregadas de longa duração	Pedro Silvério Palma Fernandes	Ana Romão Leston Bandeira	2005	Planeamento e Avaliação de Processos de Desenvolvimento	X	
Tecnologias de informação e comunicação: a construção social dos seus significados	Inês Almeida	Paula Castro	2006	Psicologia Social e das Organizações	X	
Ana de Castro Osório e as origens do feminismo em Portugal	Dulce Maria Baptista Moacho	Fátima Sá Melo Ferreira	2003	História Social Contemporânea	X	
Um curso para quê?: a inserção das mulheres licenciadas no mercado de trabalho	Ana Cristina Gomes da Conceição	Isabel André	2001	Políticas de Desenvolvimento dos Recursos Humanos	X	
A guerra colonial e os seus silêncios: contributo para o estudo de uma antropologia do silêncio	Sara Cristina Sampaio Primo Roque	Cristiana Bastos	2004	Antropologia Colonialismo e Pós-Colonialismo	X	
Género e política uma análise psicossociológica das reacções às acções positivas	Maria Helena Ramos da Costa Santos	Lígia Amâncio	2004	-	X	
Representações e atitudes dos jovens urbanos face à participação das mulheres na política	Maria da Piedade Graça	José Manuel Leite Viegas	2005	Sociologia e Políticas Europeias	X	
Pertenças fechadas em espaços abertos: estratégias de (re)construção identitária de mulheres muçulmanas em Portugal	Maria Abranches	Fernando Luis Machado	2004	Comunicação, Cultura e Tecnologias da Informação,	X	

Modos de vida prisionais: o caso das mulheres presas em Tires	António Henrique da Silva Leite	2003	Sociologia	X
Moçambique, guerra civil e deslocadas: caso de luta pela sobrevivência das mulheres "chefes de família" no subúrbio do Maputo	Maria Fernanda M. S. Cardoso de Miranda	1999	Estudos Africanos,	X
O papel da mulher no desenvolvimento empresarial da Guiné-Bissau: empresárias do sector autónomo de Bissau e Quinhamel	Gláucia Maria de Ramos Pina Araújo Nhamajo	2003	Desenvolvimento Económico e Social em África	X
Género, empresariado e desenvolvimento em contextos não ocidentais: rabidantes do mercado Suecúpira em Cabo Verde	Marzia Grassi	2002	Economia	X
Efúko: ritual de iniciação feminina entre os Handa (Angola)	Rosa Maria Amélia João Melo	2001	Antropologia social	X
Trabalho feminino: que compromisso?	Maria António Correia Lourenço	2000	Sociologia do Trabalho, das Organizações e do Emprego	X
Mocidade portuguesa feminina (1937-1945)	Maria Manuela de Sousa Barbas	1998	-	X
Os media como produtos: estudo da informação e da publicidade na Imprensa Feminina	Maria da Assunção Caleiro Dias	1998	Comunicação, Cultura e Tecnologias da Informação	X
Situação e educação femininas na obra pedagógica de Bernardino Machado: propostas a favor da igualdade e da emancipação das mulheres	Elzira Maria Terra Dantas Machado Rosa	1996	História Social Contemporânea	X
O papel da mulher empresária angolana: contributo para uma reflexão	Marzia Grassi	1997	Desenvolvimento Social e Económico em África,	X
A mulher muçulmana em Portugal: processos psicossociológicos de diferenciação entre os sexos	Faramaz Keshavjee	1996	Psicologia social e Organizacional,	X
As representações sociais da gestora nos saberes e nas práticas da gestão	Neli Maria Castro de Almeida	1996	Psicologia Social e da Organizações na especialização em Cognição Social	X
Menina e moça: a construção social da feminilidade: séculos XVII-XIX	Teresa Joaquim	1994	Antropologia Social	X

UP

Título	Autor	Orientador	Ano	M	D
A avaliação do perfil factorial da personalidade de mulheres que sofreram um parto prematuro	Teresa Morais Botelho	José Luis Pais Ribeiro e Isabel Leal	2003		X
Qualidade de vida, respostas emocionais e estratégias de coping para lidar com a doença em mulheres com cancro ginecológico e da mama: um estudo comparativo	Helena Marta Baltar Lopes	José Luis Pais Ribeiro e Antero Ferreira Torres	2004		X
"Mulheres, espaços e mudanças: o pensar e o fazer na educação das novas gerações"	Maria José Magalhães	Helena Araújo	2005		X
Mulheres toxicodependentes: o género na desvincat : "a vida dela e a estrada e a vida dele e nas esquinas a arrumar carros"	Maria Susana Ribeirinha Cardoso de Carvalho	Celina Manita	2004	X	
Da acção a palavra ou a construção do sentido num trabalho de formação de mulheres	Maria Helena de Koning	Helena Costa Araújo	2001	X	
Olhar a cidadania através das subjectividades de mulheres portadoras de deficiência	Maria de Fátima Valente Gonçalves Pinto Miranda	Helena Araújo	2007	X	
Representações sociais da política, das mulheres políticas e dos homens políticos: implicações na fraca participação política das mulheres	Claudia Murias	Gabriela Poeschl	2005	X	
"Esta e tua casa, agora!": crianças, mulheres e violência : incursões etnográficas	Paula C. A. Nogueira	Luis Fernandes	2006	X	

A mulher e o poder na esfera da educação escolar em Portugal: 2 e 3 ciclos do ensino básico e ensino secundário : estudo de um caso: o Concelho de Vila Nova de Gaia	Ernesto Carolino Gomes	1995	Ciências da Educação (especialização em Educação, Desenvolvimento e Mudança Social)	X
As Mulheres e o Trabalho: abordagem às vivências de mulheres de Baão	Maria Manuela Pinto Soares de Freitas	2005	História Contemporânea	X
Ciência, tecnologia e comunicação: dimensões de género no ensino da engenharia	Paula Lobo	2005	Cultura e Comunicação	X
Viver no feminino: entre a família e o trabalho: em dois mundos sociais diferentes	Paula Cristina Lima Alves de Oliveira	2005	Sociologia	X
Família, trabalho e relações conjugais: perspetivas de dominação e de igualdade no feminino e no masculino	Maria Joana Vinagre Marques da Silva Patel	2005	Sociologia	X
Percursos da "nova mulher" sulista em Delta Wedding e The Optimist's Daughter de Eudora Welty	Maria Helena Cabral da Rocha de Lima Reis	2001	Literatura Norte-Americana	X
Masculino e feminino: uma dualidade obrigatória?: De The Subjection of Women de Stuart Mill a Herland de Charlotte Perkins Gilman	Ana Cristina Amaral Oliveira	2000	Estudos Anglo-Americanos	X
Servir: contexto histórico-social e suas implicações	Cláudia Susana Blanco Pimentel	1999	Relações Humanas Portugal, Brasil, África e Oriente	X
A mulher e o adultério nos romances Effi Briest de Theodor Fontane e o Primo Bazilio de Eça de Queirós	Maria Teresa Vilela Martins de Oliveira	1997	Literatura alemã	X
A presença da mulher na epigrafia romana do Conventus Scallabitanus	Luis da Silva Fernandes	1996	Arqueologia	X
Poder, caridade e honra: o Recolhimento do Anjo do Porto: 1672-1800	Elisabete M <sup>te</sup> Soares de Jesus	2006	Estudos Locais e Regionais	X
A moda e a beleza feminina no Portugal da 1 <sup>a</sup> República: conselhos e alvíres	Maria Helena Vilas-Boas e Alvim	1997	História Contemporânea de Portugal	X
Ser mulher - a construção social de um género: a representação social de mulher do século XVIII ao século XIX	Gabriela Macedo Moreira	2005	História Contemporânea	X
Amar, experienciar, transformar: Minnen, Varen, Verwandelien: três verbos místicos em Hadewijch de Antuérpia	Joana de Fátima Gonçalves Pita do Serrado	2004	Filosofia	X
O desporto no feminino: o pioneirismo do Porto entre 1930 e 1940	Maria José de Sousa Tavares Moreira Ferreira	2006	História da Educação	X
O papel das mulheres no período de transição para a democracia em Moçambique	Lúcia Maria Cabeça de Campos	2003	Estudos Africanos	X
Viagem pelo universo feminino de A Esmeralda Partida de Fernando Campos: o romance histórico como ponto de fuga	Cristina Maria da Costa Vieira	2000	Estudos Portugueses e Brasileiros	X
A comunidade feminina da ordem de Santiago: a comenda de Santos em finais do século XV e no século XVI: um estudo religioso, económico e social	Joel Silva Ferreira Mata	1999	História	X
Theudas e mantheudas: a criminalidade feminina no reinado de D. João II através das cartas de perdão: 1481-1485	Isabel Maria de Moura Ribeiro de Queirós	1999	História Medieval	X
O folheto de cordel: Mulher, família e sociedade no Portugal do séc. XVIII: 1750-1800	Maria José Moutinho Santos	1987	História Moderna	X

U.ABERTA

Título		Autor		Orientador		Ano		Programa		M		D	
Conhecimentos, atitudes e práticas sobre planeamento familiar de mulheres timorenses residentes em Portugal		Helena Isabel Borges Manuel		Maria Natália Ramos		2003		Comunicação em Saúde		X		X	





Na diáspora portuguesa: a intervenção da mulher em Goa (1750-1900)	Carmen d'Assa Castel-Branco	Maria de Jesus dos Mártires e Manuela Aguiar	1996	Relações interculturais	X
Amália Rodrigues: com que voz, cho(ra)rei meu triste fado!: a poesia no universo fadista de Amália	Rui Manuel Martins Ferreira	Anabela Galhardo Couto e Tito Lívio	2006	Estudos sobre as mulheres	X

U.AÇORES

Título	Autor		Programa	
	Ano	Orientador	Ano	Programa
Mater ou femina: as personagens femininas da ficção narrativa de David Mourão-Ferreira	1992		1992	Literatura Portuguesa Contemporânea

U.AVEIRO

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Emancipação da mulher na China	Anabela Rascão Pereira dos Santos	Judith Shapiro	2001	: Estudos Chineses	X	
A pedagogia de Teresa de Saldanha: um contributo para a história da formação pessoal e social em Portugal no séc. XIX	Helena Costa Pinto dos Reis Miranda		1993	Ciências da Educação, na especialidade de Formação Pessoal e Social	X	

U. LISBOA

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
A política educativa no Estado Novo em relação à mulher, no tempo do ministro António Faria Carneiro Pacheco (1936-1940): contributo para a História do género em Portugal	Maria Elsa dos Santos Costa Máximo	Miguel Corrêa Monteiro	2007	Didáctica da História	X	
The status of women in Jewish tradition: a close reading and evaluation of biblical, rabbinic and related texts pertaining to the socio-religious vicissitudes of women	Isaac S. D. Sassoon	Peter Damian Francis Stilwell	2007	Estudos Literários (Teoria da Literatura),		X
Efeitos dum programa com actividade física na síndrome metabólica de mulheres pré-menopausadas pré-obesas ou obesas	Luis Ribeiro Themudo Barata.	Alberto Galvão Teles, Luis Bettencourt Sardinha	2006	Medicina (Medicina Interna)	X	
A presença da mulher na legislação medieval portuguesa	Vitaline Maria Correia de Lacerda Ramalho Cardoso Ferreira	Manuela Mendonça	2007	História Medieval	X	
Contributos da formação para mulheres grávidas em risco de exclusão social	Maria João Canastra Janeiro	Belmiro Cabrito	2006	Ciências da Educação (Área de especialização em Formação de Adultos),	X	
A singularidade modernista de Mina Loy	Dina Manuela Mendes Oliveira	Aleinda Pinheiro de Sousa	2006	Estudos de Anglistica	X	
O retrato da mulher portuguesa à luz da sabedoria popular	Carla Patrícia Dias Rijo	Malaca Casteleiro	2007	Língua e Cultura Portuguesa	X	
A importância do retrato materno na construção de personagens na História Augusta	Cristina Maria Nuno Brandão Marques de Sá.	Maria Cristina de Castro Maia de Sousa Pimentel	2006	Estudos Clássicos	X	
Christine de Pizan: construction d'une nouvelle image de la femme	Maria Helena Marques Antunes		2005	Estudos Românicos	X	
Lucille Ball uma mulher americana	Marta Margarida Santos Dionísio de Azevedo		2005	Estudos Anglisticos	X	
Goblin Market e Nick, Hero de Christina Rossetti: no centro e nas margens do mercado	Ana Rosa Nobre Gonçalves	Aleinda Pinheiro de Sousa	2005	Estudos Anglisticos	X	
Do moderno ao pós-moderno: projecções da mulher nos espelhos deformantes: Gustave Flaubert e Agustina Bessa-Luis	Marina Graça Martins Marques	Maria de Lourdes Cância Martins	2005	Literatura Comparada	X	
Princesas e infântas de Portugal (1640-1736): estatuto, honra e poder	Ana Cristina Duarte Pereira	Maria Paula Marçal Lourenço	2006	História Moderna	X	

De Contes à Ninon a nouveaux Contes à Ninon: a (r)evolução do olhar de Zola sobre a mulher	Dulce Teresa Leão da Silva Brás Fernandes dos Santos		2005	Literaturas Românicas	X
O silêncio ganha voz em Lady's maid de Margaret Foster	Maria Cláudia Borda d'Água Serrano		2005	Estudos de Anglistica	X
Zofloya; or, the Moor de Charlotte Dacre: transgressão e educação da mulher na viragem do século XVIII para o século XIX	Raquel Sara Simões	Alcinda Pinheiro de Sousa	2005	Estudos Anglisticos	X
Criaturas terríveis: ficcionando (sobre) as mulheres em Praxis e Big Women de Fay Weldon	Maria Teresa Gonzaga Gomes Cardoso de Albuquerque		2004	Mestrado em Estudos Anglisticos	X
Representações do feminino na cultura chinesa: a mulher nos discursos filosófico, religioso e sociopolítico	Ana Cristina Ferreira de Almeida Rodrigues Alves	Carlos João Correia	2004	Filosofia (Filosofia da História da Cultura e da Religião),	X
Women and war: poética e política de uma exposição	Célia Maria da Costa Baixa		2004	Estudos Anglisticos	X
Colonialismo e mulheres em Moçambique: anos 50/60: mulheres brancas em terra de negros	Angela Maria Agostinho da Conceição		2004	História de África	X
Entre Eva e Maria: as imagens do feminino no Livro de José de Arimateia	Maria de Fátima Leifão Camilo dos Prazeres Cabaco Ferreira		2004	Línguas e Literaturas Românicas	X
Dona Brites: uma mulher da Casa de Avis	Maria Odete Banha da Fonseca Sequeira		2005	História Medieval	X
Permanência e mudanças nas relações de género no discurso empresarial: das representações às práticas de chefia - um estudo de análise crítica do discurso	Maria Carminda Bernardes Silvestre	Emília Ribeiro Pedro	2004	Linguística (Linguística Aplicada)	X
A figura feminina nos três primeiros romances de Fernanda Botelho: inovação e protagonismo	Joana Freire de Andrade Marques de Almeida.		2003	Literaturas Românicas	X
Entre a casa e a caixa: um estudo sobre as trabalhadoras da linha de caixa de uma grande superfície	Sofia Alexandra Cruz	José Manuel Sobral	2002	Ciências Sociais (Sofrimento: perspectivas socioculturais),	X
O universo feminino em António Aurélio Gonçalves	Maria João Alves Borges da Gama		2004	Literaturas Africanas de Expressão Portuguesa	X
Mary Robinson: reconfigurações do feminino no caso de setecentos	Paula Alexandra Lima Bento Gonçalves		2003	Estudos Anglisticos	X
Transições familiares e construção da identidade das mulheres	Maria Piedade Lima Lalandia Gonçalves Mano	Karin Elizabeth Wall Gago	2003.	Ciências Sociais (Sociologia Geral)	X
Le morte Darthur de Sir Thomas Malory: figuras da mundividência masculina quatrocentista na representação do feminino	Célia Margarida Maia Varela Soares.		2004	Estudos Anglisticos	X
D. João e Julieta de Natália Correia: o produto de uma arte de vulcões	Marina dos Santos Salgueiro Tomás Teixeira		2003	Literaturas Românicas	X
(Re)visionar a mulher subvertendo convenções: um estudo crítico de três romances de Eliza Haywood	Marina Estevão Tiago		2004	Estudos Anglisticos	X
Guerra colonial: o papel das mulheres : a ausência da presença?	Maria Augusta Faria da Costa		2002	História de África	X
O estatuto da mulher e o casamento em Deífoe: padrão e desvio	Cristina Faria Santos		2002	Estudos Anglisticos	X
Caracterização desenvolvimentista de significações de doença e de confronto em mulheres com cancro da mama	Luzia dos Santos Travado		2002	Psicologia (Psicoterapia e Psicologia da Saúde)	X
Condição humana e condição feminina segundo Maria Judite de Carvalho e Lygia Fagundes Telles	Dora Maria Macedo Pinheiro de Lima		2002	Literatura Comparada	X
Vinculação em mulheres com história de interrupção espontânea da gravidez - estudo exploratório	Ana Ribeiro Moreira	João Justo	2001	Psicologia (Psicologia Clínica)	X

Outros diários: as mulheres e o movimento estudantil no início da década de 60 na Universidade de Coimbra	Carla Alexandra Ribeiro Martins Augusto	António Nóvoa	2000	Ciências da Educação (História da Educação/Educação Comparada), em Filosofia em Portugal	X
Emancipação da mulher e regeneração social no século XIX segundo Lopes Praça	Helena de Fátima Gonçalves de Castro		2000		X
Para além da eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada	Rosa Ferreira Novo	Damilo Rodrigues Silva	2000	Psicologia (Psicologia Clínica)	X
La femme et le plaisir: un parcours à travers quelques contes de Guy de Maupassant et de Fialho de Almeida	Leonor da Fonseca Martins Coelho		1998	Literatura Comparada	X
Contributos shavianos para uma tradição literária feminista: 1891-1903	Pedro Paraizo Martins		1998	Literatura Inglesa	X
A separação conjugal em mulheres e os contributos para a qualidade da relação entre os ex-cônjuges	Maria Helena dos Santos Afonso	Adelina Natércia Cunha Lopes da Silva	1997	Psicologia (Psicoterapia e Aconselhamento)	X
A dramatização do feminino em Their eyes were watching God de Zora Neale Hurston	Maria Manuela Jales Composana de Araújo		1997	Literatura e Cultura Norte-Americana	X
Imagens de desejo e de renúncia: perspectivas do feminino na obra de Jacob Michael Reinhold Lenz	Luisa Suzete Afonso Soares			Literatura Alemã	X
O gótico como estratégia de subversão feminista radical em Zofloya: or, The moor de Charlotte Dacre	Maria do Rosário Frade Durrão		1995	Literatura Inglesa	X
The mirror gave black all her loveliness: o feminino para lá do espelho na pintura pré-rafaelita	Maria da Graça de Albuquerque Barreto Bigotte Chorrão		1995	Estudos Anglo-Americanos	X
O falso neutro em geografia humana: género e relação patriarcal no emprego e no trabalho doméstico	Isabel Maria Sabino Ferreira		1995	Literatura Portuguesa	X
Sir Gawain and the Green Knight: magias do feminino	Isabel Margarida de Almeida André		1993	Geografia Humana	X
Mater ou femina: as personagens femininas da ficção narrativa de David Mourão-Ferreira	Maria Angélica Varandas Vílca Marlene Vieira		1993	Literatura Inglesa Medieval	X
Mulheres, direito, crime ou a perplexidade de Cassandra	Maria Teresa Couceiro Pizarro Beleza		1992	Literatura Portuguesa Contemporânea	X
A mulher em Fastígia de Tomé Pinheiro da Veiga	Maria Teresa Couceiro Pizarro Beleza		1993	Direito (Ciências Jurídicas)	X
	Leonor Ribeiro Perdigão		1991	Literatura Portuguesa	X

U. MADEIRA

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Albino de Meneses e o fascínio do feminino	Dália Maria Gouveia Pestana	Amaldo Saraiva	2004	Ensino de Língua e Literatura Portuguesas	X	
A mulher na Reforma da Igreja em Inglaterra: o protestantismo como factor dinamizador do processo de democratização política e dos sexos	Maria Zina Gonçalves de Abreu		1999	Cultura Inglesa		X
Narrative technique in postmodernist british fiction: a narratological analysis of selected novels by John Fowles and Peter Ackroyd: The collector (1963); The french lieutenant's woman (1969); A Maggot (1985); Hawkmoor (1985)	Dominique Marie Figueira Curado Castanheira da Costa		2000	Literatura inglesa		X

UBI

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D	OBS
Vergílio Ferreira e o universo feminino nas obras Alegria breve e Para sempre	Maria Isabel Cabral Mendes da Fonseca Lebres	Maria Antonieta Garcia	2004	Língua, Cultura Portuguesa e Didáctica	X		
A construção da personagem e o seu deambular pelo espaço e pelo tempo, em Manhã submersa e Estrela polar, de Vergílio Ferreira	Anabela Morgado Pereira Matias	Maria Antonieta Garcia Baptista	2004	Língua, Cultura Portuguesa e Didáctica	X		

A construção das personagens femininas em Histórias de mulheres de José Régio	Maria José Marcelino Madeira d'Ascensão	Maria Antonieta Garcia	2003	Língua, Cultura Portuguesa e Didáctica	X	
A escola portuguesa e o papel das mulheres como professoras na mudança de valores e atitudes	Maria Estela de Jesus Serafim	Maria Johanna Christina Schouten	2000	Sociologia	X	

U. NOVA

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
A cultura da vida e a cultura da escola: histórias de mulheres da freguesia de Grândola 1940-2005	Maria do Céu de Sousa Campos Pinto	Moisés Espírito Santo	2006	Estudos Portugueses	X	
Cultura e modelos de educação familiar numa região alentejana em processo de mudança	Lucinda Andrade Elias Correia Pilo Simões	Moisés Espírito Santo	2006	Estudos Portugueses	X	
Tecendo por trás do espelho: representações identitárias de imigrantes brasileiras em Portugal	Kachia Téchio	José Gabriel Pereira Bastos	2006	Antropologia	X	
Elizabeth Siddal: musa ou artista pré-rafaelita?	Cristina Isabel Marques Fernandes da Costa	Miguel Nuno Mercês de Mello de Alarcão e Silva	2006		X	
A correspondência jesuítica e a imagem da mulher indígena no Brasil quinhentista	Margarida Portela Costa Pereira	Ángela Domingues	2006		X	
Barregãs e bastardas regiões da I dinastia portuguesa	Ana Cristina Tavares da Fonseca	Bernardo Vasconcelos e Sousa	2005		X	
Corpos deslocados: vulnerabilidade e processos de exotização das mulheres imigrantes brasileiras em Lisboa, Portugal	Luciana Pontes Pinto	Maria Cerdeira da Silva	2005	Antropologia do Espaço	X	
O rosto feminino em Gil Vicente	Rita Diana de Sá Lobato Moreira	António Moniz	2005	Estudos Anglo-ingleses	X	
Vulnerabilidade diferencial e insegurança	Eduardo Manuel Viegas Ferreira	Isabel Guerra	2004	Sociologia		X
Educação tradicional da mulher alentejana: as mulheres da Aldeia de São Luís: 1940-2000	Teresa Luísa Lindo Maceo Pereira da Cruz Santana	Moisés Espírito Santo	2004	Estudos Portugueses, variante de Culturas Regionais	X	
O jornalismo no feminino nas décadas de 30 e 40 na revista Modas & Bordados e a personalidade de Maria Lamas	Maria Luzia Fouto Prates	Cecília Barreira	2003	Cultura Portuguesa	X	
A mulher e o amor no Egíptio Antigo: a senhora da casa (nbt pr), a senhora do amor	Clara da Conceição Melão Pinto	Maria Helena Trindade Lopes	2003	História das Civilizações Pré-Clássicas, Área Egiptologia	X	
Fenomenologia de um discurso crítico: Elina Guimarães (1904-1991)	Eulália Maria Guerreiro de Faria Gonçalves	José Henrique Dias	2002	História Cultural e Política	X	
Portugueses e africanos nos Rios de Sena: os Prazos da Coroa nos séculos XVII e XVIII	Maria Eugénia Alves Rodrigues	Artur de Teodoro de Matos	2002			X
Feminização dos sem abrigo	Luís Artur Ribeiro Gomes	Iva Maria Miranda Pires	2002	Ecologia Humana e Problemas Sociais Contemporâneos	X	
Do feminino na educação em Moçambique: as representações da mulher nos manuais de Português do 3º ao 5º ano, em vigor no Estado Novo, e da 7ª à 9ª classe, na década de noventa	Maria João Duarte Silvestre	Ana Maria Martinho	2002	Estudos Portugueses / Literatura e Cultura dos Países Africanos de Expressão Portuguesa	X	

Género, empresariado e desenvolvimento em contextos não ocidentais: rabidantes do Mercado Sucupira em Cabo Verde	Marzia Grassi	Joana Pereira Leite	2001	Economia, especialidade de Economia de Desenvolvimento,		X
Percurso femininos na Crónica da vida lisboeta: estudo sobre a mulher de 1926 a 1956	Virgínia da Conceição Sousa Bruno Dias	Maria Leonor Carvalho Buescu	1999	Estudos Anglo-Portugueses (Literatura Portuguesa - Séc. XX),		X
Teofânia de Janus: breve prisma de existências ambivalentes e espaços paralelos	João Carlos Pereira Neto Lopes	Hélder Godinho	1999	Literaturas Comparadas Portuguesa e Francesa		X
Visões do império: os ingleses na Índia	Isabel Maria do Nascimento Simões Ferreira	Maria Leonor Machado de Sousa	1999	Literatura Inglesa		X
As representações da mulher na cronística medieval portuguesa: séculos XII a XIV	Ana Maria Tavares da Silva Rodrigues Oliveira	Luis Krus	1997	História Medieval de Portugal		X
A construção social das identidades da mulher judia: Belmonte - de cristãs novas a judias novas	Maria Antónia Gomes Baptista Garcia	Moisés Espírito Santo	1998	Sociologia das Religiões e Sociologia da Cultura		X
Heróis em revista: 1916-1926: leitura de uma época através dos periódicos de interesse literário	Maria Elisabete Alhadas Correia Reis Rodrigues	Maria Laura Bettencourt Pires	1997	Literaturas Comparadas Portuguesa e Francesa - séculos XIX e XX,		X
A ecologia no feminismo americano	Isilda Melo Seabra Alves	Maria Laura Bettencourt Pires	1996	Estudos Americanos		X
O universo feminino na obra A Demanda do Santo Graal	Ana Cristina Pires dos Santos Trindade Baptista	Ana Cristina Pires dos Santos Trindade Baptista	1996	Literatura Portuguesa		X
Género e poder entre os Tsonga de Moçambique	Ana Maria Loforte	José Fialho Feliciano	1996	Antropologia		X
Redes e entredos na Rua de Mil Habib: tácticas e enunciados da contemporaneidade entre as mulheres da medina de Salé	Maria dos Anjos Maltez Cardeira da Silva	Jill Rosemary Dias	1996	Antropologia		X
Corpo, sexualidade e violência sexual na modernidade: contributos para uma análise contextualizada da violência sexual na sociedade portuguesa	Marlene Braz Rodrigues Lourenço	Aldaiza Sposati	2001	Serviço Social, convénio celebrado entre o Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa e a Pontifícia Universidade Católica de S. Paulo		X
Modelos femininos na sociedade medieval: entre Le livre des trois vertus e o Espelho de Cristina	Elsa Videira da Cunha Rebelo		1996	Literaturas Comparadas Portuguesa e Francesa		X
O domínio de Santa Maria do Lorvão no século XIV: gestão feminina de um património fundiário	Maria Leonor Ferraz de Oliveira Silva Santos		1997	História Medieval		X
Contributos para a história das mulheres no Estado Novo: as organizações femininas do Estado Novo: a "Obra das Mães pela Educação Nacional" e a "Mocidade Portuguesa Feminina": 1936-1966	Irene Flunser Pimentel	Fernando Rosas	1996	História Contemporânea (século XX)		X
A educação feminina: entre o particular e o público: o ensino secundário nos anos 30	Maria Cristina Tavares Teles da Rocha		1989	Sociologia Aprofundada e Realidade Portuguesa		X
A imigrante cabo-verdiana no Senegal: integração e subsistências socioculturais	Maria Manuela Melo e Sousa Pardal		1996	Literatura e Cultura dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa		X
Mulheres e espaços: alguns aspectos sobre as vivências das mulheres em Portugal, do séc. XVI ao século XVIII	Helena Neves		1995	Sociologia Aprofundada da Realidade Portuguesa,		X
A mulher, o amor, a morte em António Feijó	Marina Fernandes Pinheiro		1994	Literaturas Comparadas		X
Pensar o feminino: Alice Pestana e a educação	Isabel Maria dos Santos Baptista da Câmara	Zília Osório de Castro	1996	História Cultural e Política		X

A mulher açoriana: religião, feminilidade, sociedade (1850-1900)	Maria do Céu Baptista Lopes	Zília Osório de Castro	1996	História Cultural e Política	X
A visão imaginária do feminino em António Maria Lisboa	Maria João Mesquita Marçal Carneira	Maria Teresa Sousa de Almeida	1995		X
Memória da rainha: Portugal e Angola no século XVII	Maria Isabel Figueira Freire		1995	Literatura e Cultura Portuguesas, Época Moderna	X
Aves ilustradas, de sóror Maria do Céu: edição actualizada precedida de um comentário	Maria Carneiro Tavares Paulo		1994	Literatura e Cultura Portuguesas	X
Quotidianos femininos, 1900-1933	Paulo Jorge Alves Gumote		1994	História Contemporânea, século XX	X
Um sonho que ainda não se realizou: o movimento das mulheres nos Estados Unidos, dos anos cinquenta até aos nossos dias	Ana Maria Coelho Freire Pegado da Silva Neto		1994	Estudos Americanos	X
O mosteiro de Chelas: uma comunidade feminina na Baixa Idade Média: património e gestão	Maria Filomena Pimentel da Carvalho Andrade		1993		X
Imagens do príncipe: discurso normativo e representação: 1525-1549	Ana Isabel Buescu		1994	História	X
Imagens de mulheres: estudo das representações femininas nos provérbios açorianos e nos contos de Dims da Luz	Maria de Jesus Maciel		1993	Literatura e Cultura Portuguesa (época contemporânea), Estudos Anglo-portugueses	X
Da tradição à revolução: Mary Wollstonecraft e o radicalismo setecentista	Eugénia Maria Duarte Nunes		1993		X
O universo imaginário dos Fabliaux	Ana Paula Morais		1989	Literatura Francesa	X
Menina e moça: a construção social da feminilidade séculos XVII-XIX	Teresa Joaquim		1994	Antropologia Social	X
A casa do descanso pelo caminho da prudência: a imagem da mulher casada na Carta de Guia de Casados, 1651, e sua recepção em The Governement of a Wife, 1697	Pedro Emanuel Rosa Grincho Serra		1994	Estudos Anglo-Portugueses	X
Mulheres, retórica e democracia	Regina Maria Machado Marques		1992	Comunicação Social	X
Valores masculinos e femininos na Grécia Antiga abordagem antropológica da sociedade e de textos mitológicos e trágicos	Ana Isabel M. Ribeiro da Silva Rodrigues		1992	Antropologia Cultural e Social e Sociologia da Cultura	X
A frigideira sagrada e o fio de algodão: a prática vrata cathã numa comunidade hindu gujarati do sul do Saurashtra: Diu	Susana Salvaterra Trovão Pereira Bastos		1992	Antropologia Cultural e Social e Sociologia da Cultura	X
Universos femininos em Portugal: retrato da burguesa em Lisboa : 1890-1930	Cecília Maria Gonçalves Barreira		1991	História Cultural e das Mentalidades	X
Práticas da educação feminina nas classes superiores	Maria Manuel Baptista Vieira da Fonseca		1988	Sociologia Aprofundada da Realidade Portuguesa	X
A liga republicana das mulheres portuguesas : uma organização política e feminista: 1908-1919	João Gomes Esteves		1988	História dos Séculos XIX e XX	X
Carcinoma do colo do útero: factores de prognóstico e determinantes da sobrevivência: estudo de uma coorte de mulheres seguidas na Consulta Externa do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil	Maria Manuela Rodrigues Cardoso Paramés		2000.	Saúde Pública	X
Efectividade de uma intervenção psicopedagógica breve para interrupção tabágica em grávidas fumadoras	Ana Carina Jorge dos Santos Ferreira Borges	J. G. Sampaio Faria	2002.	Saúde Pública	X
Importância do suplemento com ácido fólico na fase periconcepcional para a prevenção dos defeitos do tubo neural: nível de conhecimentos e adesão nas mulheres em idade fértil	Paula Maria dos Santos Braz de Sousa Marques		2005	Saúde Pública	X

Mulher e o álcool: hábitos alcoólicos na mulher grávida do concelho de Gaia	Maria Manuela R. A. Garrido Pais	1988	Curso de Saúde Pública	
A saúde mental da grávida: avaliação do estado de saúde mental, estudo caso-controlo e de factores de risco psico-social na mulher grávida	António Manuel Pires de Sousa	1988.	Curso de Saúde Pública	
Estudo descritivo das prevalências dos factores de risco nas grávidas adolescentes no triénio de 1997, 1998, 1999, no Concelho de Setúbal	Hermenegilda dos Santos Domingos	2000	Curso de Especialização em Saúde Pública	
Estudo experimental do seguimento da grávida infectada pelo HIV na Maternidade Lucrecia Paím de Luanda entre o período de Janeiro de 2003 e Dezembro de 2004, seguindo a experiência da Maternidade Dr. Alfredo da Costa de Lisboa	Julietta Fernanda Ferreira da Cunha Simões	2001.	Curso de Especialização em Saúde Pública	
Sentido de coerência, ligação materno-fetal e estilo de vida da mulher durante a gravidez	Gisele Cristina dos Santos Carvalho	2005	Saúde Pública	X

#### UTAD

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Se os anjos escreverem: estratégias de valorização da mulher em papéis do século XVIII	Pedro Miguel Reboredo Marques	Fernando Moreira	2005	Cultura Portuguesa	X	
Exercício físico, composição corporal e factores de risco cardiovascular na mulher pós-menopáusia	Maria Helena Rodrigues Moreira		2002	Ciências do Desporto	X	
Estratégias de reprodução socioeconómica das unidades familiares camponesas, em regiões de montanha (Barroso, 1940-1990): um estudo de sociologia em que as mulheres também contam	Maria Manuela Macedo Ribeiro			Sociologia	X	

#### UTL

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Percepção social da mulher vítima de violência conjugal.	Dália Costa	Fernando Moreira	2002	Sociologia	X	

#### Descritor: ABUSO E VIOLAÇÃO

#### UMINHO

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Práticas educativas parentais: variáveis predictoras e moderadoras da punição física e do abuso físico	Ricardo Nuno S. Gonçalves Barroso	Miguel Gonçalves, Carla Machado	2007	Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica	X	
Abuso sexual de crianças: crenças sociais e discursos da psicologia	Ana Catarina Entrudo Pires de Almeida		2003	Psicologia da Justiça	X	
O discurso dos juízes sobre a violação	Cátia Ferreira		2003	Instituto de Educação e Psicologia	X	

#### U. COIMBRA

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Agressões e exames sexuais: contributo para uma nova metodologia pericial	Susana Pereira da Silva Tavares		2002	Medicina Legal	X	
Do crime de violação de segredo profissional no código penal de 1982	Rodrigo Santiago		1992			

U. PORTO

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Maus tratos as crianças: abusos e negligência: estudo das representações de pediatras, psicólogos, professores, educadores de infância e técnicos de serviço social	Maria Adelaide Miranda Pires Lombo	Pedro Lopes dos Santos	2000	Psicologia (especialização em Intervenção Precoce)	X	
A criança na justiça: trajetórias, significados e sentidos do processo judicial em crianças vítimas de abuso sexual intra-familiar	Catarina João Capela Ribeiro	Celina Manita	2006	Psicologia (especialização em Psicologia do Comportamento Desviante)	X	
Estudo de um caso de abuso sexual a luz da fenomenologia	Cátia Alves de Miranda	Marques Teixeira	2005	Psicologia (especialização em Psicologia do Comportamento Desviante: Violência, Crime e Vítimas)	X	

U. LISBOA

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Prevenção legal da recaída dos abusadores sexuais	Ana Caetano	Mário Simões	2007	Comportamentos Desviantes e Ciências	X	
Consumidores de Cannabis indicados de um processo de contra ordenação na Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência	Raquel Torres Lopes.	Carlos Poiates, Nuno Félix da Costa	2007	Comportamentos Desviantes e Ciências Criminais	X	
Os jovens e o álcool: uso, abuso ou dependência	Paula Cristina do Vale Lopes Pissarra	Gregoria Paixão von Amann, Lincoln Justo da Silva	2007	Saúde Escolar	X	
Confirmação da presença de drogas de abuso em amostras biológicas em contexto forense	João Miguel Gouveia Franco	Jorge Manuel Oliveira Soares	2006	Medicina Legal e Ciências Forenses	X	
A cláusula geral anti-abuso no direito tributário: contributos para a sua compreensão	Gustavo Lopes Courinha	Saldanha Sanches	2004	Ciências Jurídico-Económicas	X	
Comorbidade psiquiátrica em indivíduos que procuram tratamento em centros de atendimento de toxicodependentes	Francisco Moniz Pereira	Marco Paulino	2003	Psiquiatria	X	
Traumatismos dentários com interesse médico legal	João Manuel de Aquino Marques	Armando Santinho Cunha	1999	Medicina Dentária (Histomorfologia Oral)		X

UABERTA

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Violent femmes: Mackinnon, Roiphe e Marnet sobre a natureza política do feminismo	Maria Helena dos Santos Santana	António Feijó	1997	Estudos americanos	X	
Mulheres sobreviventes de violação	Susana Gabriela da Silva Maria	Teresa Joaquim	2001	Estudos sobre as mulheres	X	

U. AVEIRO

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Representações da violação na ficção feminina Africana	Célia Margarida da Silva Ribeiro	David Callahan	2005	Estudos Ingleses		x



**Descritor: FEMINISMO/FEMINISTA/FEMININO(A)**

UMINHO

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Associações entre ingestão nutricional, comportamento alimentar e densidade mineral óssea, numa amostra de adolescentes do sexo feminino, em escolas secundárias	Maria Manuela da Conceição Leite	Pedro Moreira	2006	Educação, área de especialização em Supervisão Pedagógica no Ensino de Ciências	X	
Do romance vitoriano pós-moderno : reescrita e problematização do feminino em A. S. Byatt	Margarida Isabel Esteves da Silva Pereira	Ana Gabriela Macedo	2006	Ciências da Literatura	X	X
Aprender com as mulheres : presenças do feminino no romance de aprendizagem portugueses do século XX /	Ana Maria da Silva Ribeiro	Maria da Penha Campos Fernandes	2006			
O Colégio Andaluz e a educação feminina : um contributo para o estudo do ensino primário particular em Santarém (1923-1975)	Isabel da Silva Martinho		2005	Educação, área de especialização História da Educação e da Pedagogia	X	
A (des)construção dos discursos genderizados sobre o amor, o poder e a violência nas relações íntimas : metodologias feministas na psicologia social crítica	Ana Sofia Antunes das Neves		2005	Psicologia Social		X
Códigos de honra e de vergonha nos universos feminino e masculino dos séculos XX e XXI	Paula C. Ferreira Campos		2004	Antropologia	X	
Hemodilúse no feminino : os efeitos de um tratamento na maternidade	Virgínia Barroso Henriques		2004	Sociologia, área de especialização em Sociologia da Saúde	X	
Climatérico feminino : representações, qualidade de vida e sintomatologia	Carla Serrão		2004	Psicologia, na área de especialização de Psicologia da Saúde	X	
Ao serviço da Nação : a prostituição feminina na Grã-Bretanha (1800-1885)	Paula Alexandra Cardoso Pinheiro Correia		2003	Instituto de Letras e Ciências Humanas	X	
A educação - função no feminino, no modelo pedagógico-familiar da Escola D. Luís de Castro	Maria Judite Rodrigues Costa		2003	Ciências da Educação, área de especialização História da Educação e da Pedagogia	X	
A participação feminina no mercado de trabalho e o consumo de serviços	Cândida Sofia Ferreira Machado		2003	Economia Industrial e da Empresa	X	
A feminização da gestão e o estereótipo do gestor : o caso dos estudantes de gestão da Universidade do Minho	Maria Emília Pereira Fernandes		2002	Gestão de Recursos Humanos	X	
As carreiras de gestão no feminino : o efeito "tecto de vidro" no sector bancário	Paula Maria Cortês Loureiro		2002	Gestão de Recursos Humanos	X	
Desempenhos escolares de género e afirmação feminina num concelho rural	Paulo A. S. Nogueira Pinto		2002	Educação - Sociologia da Educação e Políticas Educativas	X	
Percepções e vivências femininas do processo de separação e divórcio	Henrique Almeida Pinto		2002	Psicologia, especialidade de Psicologia da Justiça	X	
Retratos de mulher : construções sociais e representações visuais do feminino	Silvana Mota Ribeiro		2002	Sociologia da Cultura e dos Estilos de Vida	X	
A participação feminina em espaços de educação não formal	Maria Fernanda da Rocha Almeida de Moraes e Sousa		2002	Educação área de especialização de Educação de Adultos	X	
As fronteiras das ambivalências : controlo e poder institucionais sobre a prostituição feminina	Susana Manuela Ribeiro Dias da Silva		2001	Sociologia, especialização em Sociologia da Cultura e dos Estilos de Vida	X	
O papel das personagens femininas em As you like it e Twelfth night	Claudia Magali Alves Grilo		2000			
A mulher e a condição feminina em manuais de português do ensino secundário	Fernando Américo Monteiro da Rocha		2000	Educação, especialidade de Supervisão Pedagógica	X	
O lugar do feminino na memória da instituição do ensino liceal : Braga - 1930-1947	Maria Adília Bento Fernandes da Fonseca		1999	História das Instituições e Cultura Moderna e Contemporânea	X	

"The Woman Warrior" de Maxine Hong Kingston e "The Joy Luck Club" de Amy Tan : a inscrição da voz feminina "à margem" de dois continentes	Maria Amélia Ribeiro de Carvalho	1998	Língua, Literatura e Cultura Inglesas	X
Perturbações do comportamento alimentar : estudo da prevalência junto de uma população universitária feminina	Sónia Ferreira Gonçalves	1998	Psicologia	X
Sociabilidade feminina : enquadramento religioso no quotidiano da sociedade bracarense setecentista	Maria Ivone da Paz Soares	1997	História das Instituições e Cultura Moderna e Contemporânea	X
Um novo olhar sobre as relações sociais de género : perspectiva feminista crítica na psicologia social	Maria da Conceição de Oliveira Carvalho Nogueira	1996	Psicologia Social e das Organizações	X

#### U.COIMBRA

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Entre Atenas e Esparta : mulheres, paz e conflitos violentos	Tatiana Gonçalves Moura		2003	Sociologia	X	
Paz na terra, guerra em casa : feminismo e organizações em Moçambique	Isabel Maria Alçada Padez Cortesão Casimir		1999	Sociologia	X	
Mulheres de "má vida" ou a má vida das mulheres na ficção de Sandra Cisneros	Anabela da Cunha Alves	Maria Isabel Carvalho Caldeira	2007	Estudos Americanos (Literatura, Cultura e História)	X	
O movimento feminista em Inglaterra	Maria Luisa Patrocínio		1962	Filologia Germânica	?	?
Norma e transgressão : destinos femininos em obras narrativas de Arthur Schnitzler	Carla de Vieira Pereira Paiva.	Maria Teresa Paula Santos Delgado Mingocho.	2006	Estudos Germanísticos (Literatura e Cultura Alemãs)	X	
Feminização do ensino secundário : 7º-12º anos de escolaridade implicações no estatuto socioprofissional e Burnout	Maria Isabel Vaz Magalhães Bernardino		1997	Psicologia e Ciências da Educação	X	
Educação e desenvolvimento do género : os trilhos percorridos na família	Cristina Maria Coimbra Vieira	António Simões.	2003	Ciências da Educação (Psicologia da Educação)		D

#### ISCTE

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Ana de Castro Osório e as origens do feminismo em Portugal	Dulce Maria Baptista Moacho	Fátima Sá Melo Ferreira	2003	História Social Contemporânea	X	
Corações de pedra : discursos e práticas da masculinidade numa Aldeia do Sul de Portugal	Miguel Vale de Almeida		1994	Antropologia Social		X

#### UP

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Violência conjugal feminina : contextos, motivos e consequências	Luísa Augusta Antunes Sousa	Carla Machado e Celina Manita	2006	Psicologia (especialização em Psicologia do Comportamento Desviantes: Violência, Crime e Vítimas)		X
Etnicidade, género e escolaridade : estudo preliminar em torno da socialização do género feminino numa comunidade cigana de um bairro periférico da cidade do Porto	Maria José Casa-Nova	Stephen R. Stoer	1999	Ciências da Educação (especialização em Educação e Diversidade Cultural)	X	
Movimento feminista e educação : em torno da análise dos discursos sobre educação, em Portugal, nas décadas de 1970 e 1980	Maria José de Sousa Magalhães		1995	Ciências da Educação (especialização em Educação, Desenvolvimento e Mudança Social)	X	
O corpo e o cuidar no feminino : construção feminina da noção do corpo e das experiências da gravidez	Maria Fernanda Neves Cardoso Pereira	Helena Costa Araújo	1996	Ciências da Educação (especialização de Formação e Desenvolvimento para a Saúde)	X	
Dis(cursos) no feminino : influências da educação	Maria Manuela de Jesus Ferreira Alves	Helena Costa Araújo	2007	Ciências da Educação (especialização em educação, género e cidadanias)	X	

O ensino feminino da burguesia na Cidade do Porto: (1840-1928) : o Colégio de Nossa Senhora da Estrela	Maria de Lurdes Pereira da Costa	Margarida Maria Pereira dos Santos Louro Felgueiras	2007	Ciências da Educação (especialização em Educação e Herança Cultural)	X
Two kinds of people : a demanda na obra utópica de Charlotte Perkins Gilman	Maria de Fátima Nogueira de Sousa		2004	Anglo-americanos (Cultura Inglesa),	X
O desporto no feminino : o pioneirismo do Porto entre 1930 e 1940	Maria José de Sousa Tavares Moreira Ferreira		2006	História da Educação	X
Viver no feminino : entre a família e o trabalho : em dois mundos sociais diferentes	Paula Cristina Lima Alves de Oliveira		2005	Sociologia	X
Família, trabalho e relações conjugais : perspectivas de dominação e de igualdade no feminino e no masculino	Maria Joana Vinagre Marques da Silva Patel		2005	Sociologia	X
Masculino e feminino: uma dualidade obrigatória? : De The Subjection of Women de Stuart Mill a Herland de Charlotte Perkins Gilman	Ana Cristina Amaral Oliveira.		2000	Estudos Anglo-Americanos	X
Viagem pelo universo feminino de A Esmeralda Partida de Fernando Campos : o romance histórico como ponto de fuga	Cristina Maria da Costa Vieira		2000	Estudos Portugueses e Brasileiros	X
O Mosteiro de Corpus Christi de Vila Nova de Gaia : arquitectura, pintura e escultura num espaço dominicano feminino : 1675-1873	Luisa Fernanda Ferreira Rodrigues		1998	História de Arte	X
A arte da Fuga em Maria Ondina Braga ou o feminino em Contraponto	Maria Manuela da Mota Vale Braga de Oliveira		1995.	Faculdade de Letras	X
Um mosteiro cisterciense feminino : Santa Maria de Celas	Maria do Rosário Barbosa Morujão		1991.	História Medieval	X

U.ABERTA

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Hillary Rodham Clinton: de activista liberal a arquétipo do poder feminino	Alice Gomes Garcia	Maria Laura Bettencourt Pires	1998	Estudos americanos	X	
Violent femmes : Mackinnon, Roiphe e Mamet sobre a natureza política do feminismo	Maria Helena dos Santos Santana	António Feijó	1997	Estudos americanos	X	
Ntozake Shange: percursos de uma identidade	Cândida Maria de Almeida Grijó Pinto dos Santos	Mário Avelar	2002	Estudos americanos	X	
Fitness e feminismo a propósito de women coming of age	Helena Maria Fernandes Pereira Amador Costa Tomé	Maria Filipa Palma dos Reis	2001	Estudos americanos	X	
A Guerra Colonial e a escrita feminina	Carina Faustino Santos	Rui de Azevedo Teixeira	2001	Estudos portugueses interdisciplinares	X	
O universo feminino na obra de Matilde Rosa Araújo	Maria Vanda A. C. Pinto de Almeida	Maria Emília Ricardo Marques	1999	Estudos sobre as mulheres	X	
Madalena libertada: matriz possível para um comportamento místico feminino: séc. XVI-XVIII	José Manuel Torres Alves.	Teresa Joaquim	2003	Estudos sobre as mulheres	X	
O Conselho Nacional das Mulheres Portuguesas (1914-1947) : uma organização feminista	Célia Rosa Batista Costa	Anne Cova	2007	Estudos sobre as mulheres	X	
Adelaide Cabete: 1867-1935: biografia de uma professora feminista	Joaquim Mário Cortes Eduardo	Anne Cova	2004	Estudos sobre as mulheres	X	
Adeus, até ao teu regresso: o Movimento Nacional Feminino na Guerra Colonial : 1961-1974	Silvia Maria Vargas Espírito Santo	Anne Cova	2001	Estudos sobre as mulheres	X	
Imagens femininas: a situação das mulheres portuguesas nos textos jurídicos, canónicos e moralistas dos séculos XVI e XVII	Maria de Fátima Freire Martins Madaleno	Maria Beatriz Nizza da Silva	1998	Estudos sobre as mulheres	X	

Mulheres e cidadania: alguns perfis e acção política 1949-1973	Maria José Barradas Maurício	Anne Cova	2003	Estudos sobre as mulheres	X
Dimensões do feminismo na Fiel e verdadeira relação que dá dos sucessos de sua vida a creatura mais ingrata a seu creador por obediencia de seus padres espirituales e novamente tornada a escrever...	Dalila Maria Teixeira Milheiro	Anne Cova e Anabela Galhardo Couto	2004	Estudos sobre as mulheres	X
Maria Veleda (1871-1955): uma professora feminista, republicana e livre-pensadora: caminhos trilhados pelo direito de cidadania	Natividade da Conceição André Monteiro	Anne Cova	2004	Estudos sobre as mulheres	X
A estética do cuidar no feminino	Maria de Lourdes Martins Saraiva da Silva Nunes	Maria Luísa Ribeiro Ferreira	2004	Estudos sobre as mulheres	X
Justiça: futuro domínio feminino?	Patrícia Nunes	Teresa Joaquim	1999	Estudos sobre as mulheres	X
O ensino técnico industrial feminino em finais do século XIX: a Escola Damião de Goes em Alenquer	Maria Teresa Valente Pinto	Anne Cova	1998	Estudos sobre as mulheres	X
A imprensa feminista e feminina e a Grande Guerra	Maria Manuela Palma Raposo	Anne Cova	2001	Estudos sobre as mulheres	X
Associação feminina portuguesa para a paz: delegação do Porto: 1942-1952	Maria Lúcia Marques Serralheiro	Anne Cova	2002	Estudos sobre as mulheres	X
Género e enfermagem: da tradição no feminino ao presente masculino	Joaquim Simões	Lúgia Amâncio e Teresa Joaquim	1999	Estudos sobre as mulheres	X
Movimentos de mulheres em Portugal após Abril de 1974	Maria Manuela Paiva Fernandes Tavares	Anne Cova	1998	Estudos sobre as mulheres	X

#### U.AÇORES

Título	Autor	Orientador		Programa	
		Ano 1993	Ano 1993	Antropologia Cultural	M D
A cerâmica modelada feminina dos Açores : sistemas produtivos, formas de articulação e processos de mudança	Rui de Sousa Martins				X

#### U.AVEIRO

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Leituras dialógicas do grotesco : textos contemporâneos do excesso = Dialogical readings of the grotesque : texts of contemporary excess	Maria Sofia Pimentel Biscaia	Kenneth David Callahan e de Maria Aline Salgueiro Seabra Ferreira	2005	Literatura		X
O nacionalismo, pós-colonialismo e feminismo em três romances de Margaret Atwood	Ana Paula Barreira Lourenço	Maria Aline Salgueiro Seabra Ferreira	2003	Estudos Ingleses	X	
Identity, art and truth in the fiction of Marian Engel	Silas Oliveira Granjo	David Callahan.	1999	Estudos Ingleses	X	
Masculino e feminino em Eça e Machado : duas visões de século XIX	Regina Aparecida Berardi Osório	António Manuel Ferreira	2006	Estudos Portugueses	X	
Representações do masculino e do feminino na sinalética	José Pedro Barbosa Gonçalves de Bessa	Maria da Conceição de Oliveira Lopes	2005	Design		X
Histórias contadas no feminino em três romances de Jane Urquhart	Ana Maílda Oliveira Nogueira	Maria Aline Salgueiro Seabra Ferreira	2005.	Estudos Ingleses	X	
O universo feminino em Tendres stocks de Paul Morand	Maria Manuela Ruas de Oliveira	Otilia da Conceição Pires Martins e Christian Petr	2005	Estudos Franceses	X	
Representações da violação na ficção feminina Africana	Célia Margarida da Silva Ribeiro	David Callahan	2005	Estudos Ingleses	X	
Aspectos da vida quotidiana presentes nos Annales de Tâctio : uma caracterização da sociedade imperial no principado de Tibério	Cristina Pragasosa Ferreira	João Manuel Nunes Torrão	2006	Estudos Clássicos,	X	
Maternidade, fuga e realização pessoal na obra de Sindiwe Magona	Elsa Carina da Silva Escobar	David Callahan	2004	Estudos Ingleses	X	
A narrativa como terapia em obras de autoras africanas contemporâneas	Ana Luísa Oliveira Gonçalves Pires	David Kenneth Callahan	2004	Estudos Ingleses	X	

O género, a academia e a gestão [Texto policopiado] : o caso da Universidade de Aveiro	Maria Arcelina Chamtip Clementino de Santiago	António Manuel Magalhães Evangelista de Sousa	2004	Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas,	X
O renascimento de Eva [Texto policopiado] : a desconstrução do mito de Eva na ficção de Angela Carter	Isabel Maria Figueiredo Moraes	Maria Aline Ferreira	2003	Estudos Ingleses	X
Emancipação da mulher na China	Anabela Rascão Pereira dos Santos	Judith Shapiro	2001	Estudos Chineses	X
Giving voice to silent endurance in selected short stories by contemporary South African women	Luisa de Miranda			Estudos Ingleses	X

U. LISBOA

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Género, império e raça na ficção de Olive Schreiner : Undine e The story of an African farm	Ana Maria Campos Parente		2002	Estudos Anglisticos	X	
Angela Carter responde a William Shakespeare num contexto de pós-modernidade	Maria José Pereira Pires		2003	Estudos Anglisticos	X	
A vindication of the rights of woman : da cidadania feminina à revolução	Isabel Cristina Marques Neves	Teresa Malafaia	1997	Cultura Inglesa	X	
A educação no feminino (Portugal, 1900-2000): discursos, números e olhares	Paulo Jorge Alves Guinote	Rogério Fernandes	2006	Ciências da Educação (História da Educação).		X
Nathaniel Hawthorne's Hester Prynne : a cry for emancipation	Sandra Maria Ferreira de Albuquerque		2006	Estudos de Anglistica	X	
The subjection of women : contributos de John Stuart Mill para a emancipação feminina	Eunice Dilena Fernandes	Maria Teresa de Ataíde Malafaia		Estudos de Anglistica	X	
Educação feminina no século XIX em Portugal : em busca de uma consciência	Carlota Maria Conceição Aires Pedro	Rogério Fernandes		Ciências da Educação (Área de especialização em História da Educação),	X	
Apologias da educação feminina no século XVIII : do conservadorismo de Mary Astell ao radicalismo de Catharine Macaulay	Ana Patricia Antunes Fanha Rodrigues	Adelaide Meira Serras	2006.	Estudos de Anglistica	X	
Christine de Pizan : construction d'une nouvelle image de la femme	Maria Helena Marques Antunes		2005	Estudos Românicos	X	
Criaturas terríveis : ficcionando (sobre) as mulheres em Praxis e Big Women de Fay Weldon	Maria Teresa Gonzaga Gomes		2004	Estudos Anglisticos	X	
As coisas (não) são o que parecem : ambivalência, androginia, simbiose e metamorfose nas representações da identidade sexual feminina em Possession, Morpho Eugenia e Cold de A. S. Byatt	Cardoso de Albuquerque Alexandra Isabel Bugio Bonito Battista Cheira		2004	Estudos Anglisticos	X	
Entre Eva e Maria : as imagens do feminino no Livro de José de Arimateia	Maria de Fátima Letão Camilo dos Prazeres Cabaco Ferreira		2004	Línguas e Literaturas Românicas	X	
A figura feminina nos três primeiros romances de Fernanda Botelho : inovação e protagonismo	Joana Freire de Andrade Marques de Almeida		2003	Literaturas Românicas	X	
O universo feminino em António Aurélio Gonçalves	Maria João Alves Borges da Gama		2003	Literaturas Africanas de Expressão Portuguesa	X	
O pesadelo da repetição : imagens da condição feminina em contos de Doris Lessing	Amélia Maria da Conceição Miranda Joaquim		2003	Estudos Anglisticos		
Transições familiares e construção da identidade das mulheres	Maria Piedade Lima Lalandia Gonçalves Mano	Karin Elizabeth Wall Gago	2003	Ciências Sociais (Sociologia Geral)		X
Realidade e símbolo : a figura feminina na Menina e moça de Bernardim Ribeiro	Lillian Baruffi de Oliveira		2003	Estudos Românicos	X	

Millicent Garrett Fawcett : uma vida pela emancipação feminina	Paula Cristina Lampreia Lopes Pinto Duarte	2002	Estudos Anglisticos	X
Mulheres em tempos sombrios : oposição feminina ao Estado Novo	Vanda Gorção	2002	Ciências Sociais - Transições Políticas em Portugal e na Europa, séculos XIX e XX	X
O género marca a diferença : percurso educativo das órfãs da Casa Pia de Lisboa (1833-1889)	Susete Augusta Gouveia	2002	Mestrado em Ciências da Educação (História da Educação)	X
Configurações do feminino e reflexão sobre a linguagem : Simultan de Ingeborg Bachmann	Maria Helena Baptista Custódio e Pais Martins.	2002	Estudos Alemães	X
One of their own sex : o feminino em Jude the obscure, de Thomas Hardy	Maria João G. Sousa	2002	Estudos Anglisticos	X
Condição humana e condição feminina segundo Maria Judite de Carvalho e Lygia Fagundes Telles	Dora Maria Macedo Pinheiro de Lima.	2002	Literatura Comparada	X
Outros diários: as mulheres e o movimento estudantil no início da década de 60 na Universidade de Coimbra	Carla Alexandra Ribeiro Martins Augusto	2000	Ciências da Educação (História da Educação/Educação Comparada),	X
A construção da personagem feminina no universo narrativo de Histórias do desencontro de Lygia Fagundes Telles	Isabel Maria Abranches B. Ramos	1989	Literatura Brasileira e Literaturas Africanas de Expressão Portuguesa	X

U.MAD

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Albino de Meneses e o fascínio do feminino	Dalila Maria Gouveia Pestana	Arnaldo Saraiva	2004	Ensino de Língua e Literatura Portuguesas	X	
Do silêncio à voz : a personagem feminina em A Vocation and a Voice de Kate Chopin	Sofia Marta Pestana Sá Vieira Fernandes		2003	Literatura Norte-Americana	X	
Mater ou Femina : as personagens femininas da ficção narrativa de David Mourão-Ferreira	Vilca Mariene Vieira		1992	Literatura Portuguesa Contemporânea		X

U.NOVA

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Charlotte Perkins Gilman: uma utopia WASP	Jorge Maurício Machado Alves	Teresa Botelho	2006	Estudos Ingleses e Norte-americanos	X	
Elizabeth Siddal: musa ou artista pré-rafaelita?	Cristina Isabel Marques Fernandes da Costa	Miguel Nuno Mercês de Mello de Alarcão e Silva	2006		X	
Ana Augusta Plácido e George Sand: um diálogo a várias vozes	Arlete Maria Videira Teixeira	Paula Costa	[2005]	Literaturas Românicas, Área de Literatura Comparada Portuguesa e Francesa	X	
Génese e desenvolvimento do movimento feminista português: (1890-1930)	Maria de Fátima da Silva Mariano		2004	História do Século XIX e XX, secção Século XX.	X	
Fenomenologia de um discurso crítico: Elina Guimarães (1904-1991)	Eulália Maria Guerreiro de Faria Gonçalves	José Henrique Dias	2002	História Cultural e Política	X	
Dark continents em She e The story of an African farm	Ana Cristina Gomes dos Reis Oliveira	Maria Teresa Pinto Coelho	2002	Literatura Inglesa	X	
Percursos femininos na Crónica da vida lisboeta: estudo sobre a mulher de 1926 a 1956	Virgínia da Conceição Sousa Bruno Dias	Maria Leonor Carvalhão Buescu	1999	Estudos Anglo-Portugueses (Literatura Portuguesa-Séc. XX	X	

Teofania de Janus: breve prisma de existências ambivalentes e espaços paralelos	João Carlos Pereira Neto Lopes	Hélder Godinho	1999	Literaturas Comparadas Portuguesa e Francesa	X
A construção social das identidades da mulher judia: Belmonte - de cristãs novas a judias novas	Maria Antónia Gomes Baptista Garcia	Moisés Espírito Santo	1998	Sociologia das Religiões e Sociologia da Cultura	X
A ecologia no feminismo americano	Isilda Melo Seabra Alves	Maria Laura Bettencourt Pires	1996	Estudos Americanos	X
Pensar o feminino: Alice Pestana e a educação	Isabel Maria dos Santos Baptista da Câmara	Zília Osório de Castro	1996	História Cultural e Política,	X
Um sonho que ainda não se realizou: o movimento das mulheres nos Estados Unidos, dos anos cinquenta até aos nossos dias	Ana Maria Coelho Freire Pegado da Silva Neto		1994	Estudos Americanos	X
Da tradição à revolução: Mary Wollstonecraft e o radicalismo setecentista	Eugénia Maria Duarte Nunes		1993	mestrado em Estudos Anglo-portugueses	X
A liga republicana das mulheres portuguesas: uma organização política e feminista: 1908-1919	João Gomes Esteves		1988	História dos Séculos XIX e XX	X
Auto-imagem quanto à aparência física da população feminina em idade escolar: abordagem na óptica da capacitação para autogerir a saúde e seus factores	Laurinda Pereira de Queirós	Isabel Loureiro	2000	Saúde Pública	X
Contributo para uma abordagem de gestão integrada do cancro da mama feminina na área abrangida pelo IPOFG - CRO de Lisboa	Ana Sofia Baganha Lobato Crespo	Vitor Ramos	2003	Curso de Especialização em Administração Hospitalar	
Controlo do cancro da mama feminina na área do centro de saúde de Odivelas: abordagem económica de duas estratégias alternativas	Eugénio Ferreira Neves Cordeiro		1988.	Curso de Saúde Pública	
A substituição feminina e o sida na freguesia da Sé: que conhecimentos, atitudes e comportamentos?	Maria Neto de Miranda Araújo		1988.	Curso de Saúde Pública	
Estudo do absentismo na população feminina de uma empresa de confecção	Jacinta Martins Paula de Campos Vieira Pires		1993	Curso de Medicina do Trabalho	
Estudo comparativo da prática do aleitamento materno entre uma população feminina de origem Cabo-Verdiana e outra Portuguesa, ambas utentes da Maternidade do Hospital São Francisco Xavier e dos Centros de Saúde da Unidade Coordenadora Funcional - UCF	Rosa Maria Soares Silva	Isabel Loureiro.	2003.	Saúde Pública	X
Rastreio mamográfico de cancro da mama feminina: análise de dados do IPO de Lisboa: projecto de investigação aplicada	Ana Cristina Urrpina Portugal		2005.	Curso de Especialização em Administração Hospitalar	
Implicações sócio-familiares do trabalho feminino nocturno: estudo comparativo de dois turnos fixos numa empresa de cablagens	Cristina Maria de Moura Alves Ferreira Bastos		1996	Curso de Medicina do Trabalho	

UTAD

Título		Autor		Orientador		Ano		Programa	
Dimensão simbólica da figura feminina e do amor na poesia de Camilo Pessanha		Palmira da Silva Correia		Maria Luísa de Castro Soares		2006		Ensino da Língua e Literatura Portuguesas	
								M	D
								X	

**Descritor: RAPARIGA(S)**

**UMINHO**

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Aptidão física e composição corporal : estudo em raparigas dos 11 aos 15, praticantes e não praticantes de Futsal	Maria Manuela do Paço	Beatriz Ferreira Leite de Oliveira Pereira, Jorge Mota	2006	Educação Física e Lazer	X	

**U.PORTO**

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Vozes, silêncios e ruídos na educação escolar das raparigas	Maria Laura Pereira da Fonseca	Helena Costa Araujo	2005	Ciências da Educação		X
A reeducação de raparigas menores em contexto de reclusão : Convento Corpus Christi (1927-1992)	Branca do Carmo Teixeira de Oliveira Santos	Margarida Maria Pereira dos Santos Louro Felgueiras	2007	Ciências da Educação (especialização em Educação e Herança Cultural)	X	

**U.ABERTA**

Título	Autor	Orientador	Ano	Programa	M	D
Queremos jogar : o acesso das raparigas ao desporto federado na Área Metropolitana de Lisboa	João Vasco dos Santos Ribeiro.	Teresa Joaquim	2006	Estudos sobre as mulheres	X	
A obra de protecção às raparigas: um exemplo de associativismo católico de mulheres : 1914-1945	António Ferreira de Sousa	Anne Cova	2004	Estudos sobre as mulheres	X	



**ANEXO K - Seleção de Estudos sobre Mulheres e Violência (Estudo I)**

	Título	Autor(a)	Orientador(a)	Ano	Programa
1	Discursos culturais e violência conjugal: o olhar dos media sobre a mulher, as relações de género e a violência - de 1965-2006	Ana Rita Conde Dias	Carla Machado	2006	Mestrado em Psicologia Clínica
2	Violência nas relações de intimidade: estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher	Marlene Alexandra Veloso de Matos	Miguel Gonçalves	2006	Doutorado em Psicologia da Justiça,
3	A (des)construção dos discursos genderizados sobre o amor, o poder e a violência nas relações íntimas: metodologias feministas na psicologia social crítica	Ana Sofia Antunes das Neves		2005	Doutorado em Psicologia Social
4	O discurso dos juizes sobre a violação	Cátia Ferreira		2003	Mestrado em Psicologia
5	Violência conjugal: o processo de construção de identidade da mulher	Marlene Alexandra Veloso de Matos		2000	Mestrado em Psicologia da Justiça
6	Estudo descritivo dos sistemas de crenças, valores e necessidade sentidas pelas mulheres vítimas de maus tratos	Elena Fernández Martínez	Teresa Maria Salgado Magalhães e Margarida Pedroso de Lima	2006	Mestrado em Ciências da Educação
7	A violência contra as mulheres nos Media: lutas de género no discurso das notícias	Rita Joana Basílio de Simões		2005	Mestrado em Comunicação e Jornalismo
8	A violência doméstica contra as mulheres enquanto problema de saúde pública: as representações sociais dos profissionais de saúde portugueses face a esta questão	Ana Sofia Alves Tello-Gonçalves		2004	Mestrado em Saúde Pública
9	Agressões e exames sexuais: contributo para uma nova metodologia pericial	Susana Pereira da Silva Tavares		2002	Mestrado em Medicina Legal
10	Violência conjugal feminina: contextos, motivos e consequências	Luisa Augusta Antunes Sousela	Celina Manita	2006	Mestrado em Psicologia do Comportamento Desviante: Violência, Crime e Vítimas
11	"Esta e a tua casa, agora!": crianças, mulheres e violência: incursões etnográficas	Paula C. A. Nogueira	Luis Fernandes	2006	Mestrado em Psicologia do Comportamento Desviante: Violência, Crime e Vítimas
12	Estudo de um caso de abuso sexual a luz da fenomenologia	Cátia Alves de Miranda Rodrigues	Marques Teixeira	2005	Mestrado em Psicologia do Comportamento Desviante: Violência, Crime e Vítimas
13	Família, trabalho e relações conjugais: perspectivas de dominação e de igualdade no feminino e no masculino	Maria Joana Vinagre Marques da Silva Patel		2005	Mestrado em Sociologia

	14	Percepções de conflito e violência conjugal	Cidália Maria Neves Duarte	Maria Emilia Costa	2005	Doutorado em Psicologia
	15	Representações e práticas de violência doméstica em famílias de diferentes meios socioprofissionais	Maria Isabel Correia Dias		2002	Doutorado em Sociologia
	16	Violência familiar contra a mulher e saúde mental	Isilda Maria Oliveira Carvalho Ribeiro	João Barreto	2002	Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental
	17	Violência conjugal	Cidália Maria Neves Duarte	Maria Emilia Costa	1998	Mestrado em Psicologia
U. ABERTA	18	Mulheres sobreviventes de violação	Susana Gabriela da Silva Maria	Teresa Joaquim	2001	Mestrado em estudos sobre as mulheres
	19	Mulheres agredidas pelos maridos: de vítimas a sobreviventes	Fátima Jorge Monteiro	Teresa Joaquim	2000	Mestrado em estudos sobre as mulheres
	20	Traumatisms dentários com interesse médico legal	João Manuel de Aquino Marques	Armando Santinho Cunha	1999	Doutoramento em Medicina Dentária
	21	Representações sociais da violência conjugal	Claudia Casimiro Costa	Ana Nunes de Almeida	1998	Mestrado em Ciências Sociais
U. NOVA DE LISBOA	22	Violência de género nas relações amorosas: uma análise sociológica dos casos detectados nos Institutos de Medicina Legal de Coimbra e do Porto	Zélia Maria Barroso	Manuel Lisboa	2005	Mestrado em Sociologia
	23	Corpo, sexualidade e violência sexual na modernidade: contributos para uma análise contextualizada da violência sexual na sociedade portuguesa	Marlene Braz Rodrigues Lourenço	Aldaíza Sposati	2001	Doutorado em Serviço Social (no âmbito do convénio celebrado entre o Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa e a Pontifícia Universidade Católica de S. Paulo)
	24	Rupturas violentas da conjugalidade: os contextos do homicídio conjugal em Portugal	Elza Maria Henriques Deus Pais	Nelson Lourenço	1996	Mestrado em Sociologia
	25	Violência conjugal numa zona degradada do Porto: Bairro da Sé: O Centro de Saúde da Batalha - Porto	Manuel Fernandes Pinheiro		1985	Especialização em Saúde Pública
U. TÉCNICA DE LISBOA	26	Percepção social da mulher vítima de violência conjugal	Dália Costa	Óscar Soares Barata	2002	Mestrado em Sociologia

### Anexo L - Grelha de Análise de Teses e Dissertações sobre Mulheres e Violência (Estudo I)

Nº	Ano	Sexo Aut.	Univ	Orient.	Domínio Científico	Subdomínio	Nível	Tema	Métod. do Estudo	Instrumentos	Bases Teóricas	Abordagem feminista	Abordagem de gênero
1**	2006	F	UM	Carla Machado	Psico.	Clinica	M	Discursos culturais veiculados pelos <i>media</i> sobre a mulher, relações de gênero e violência	Exploratório. Metod. <i>Grounded Theory</i>	Amostragem de revistas voltadas para público feminino, juvenil, masculino e em geral	Construcionismo Social	Não explicita	Sim
2**	2006	F	UM	Miguel Gonçalves	Psico.	Justiça	D	Mudança psicoterapêutica a na mulher vítima de violência	Exploratório Metodologia mista	Estudo de processos clínicos de psicoterapia (registros em áudio-vídeo), Inventário de Sintomas Psicopa-tológicos (Brief Symptom Inventory), Inventário de aliança terapêutica (Working Alliance Inventory), Escala de Crenças sobre Violência Conjugal, Estudo dos Resultados Únicos (RUF's)	Metáfora narrativa e re-autoria	Apenas na fundamentação teórica	Não
3**	2005	F	UM	Conceição Nogueira	Psico.	Social	D	Discursos genderezados sobre amor, poder e violência nas	Exploratório Metod. Mista	Grupos de discussão, entrevistas de histórias de vida, inquérito	Psicologia Social e Feminista Crítica	Sim, explicita desde o título	Sim



14*	2005	F	UP	M <sup>a</sup> Emília Costa	Psico.	-	D	Conflito e violência conjugal	Metod. Quantitativa	Questionário de Vinculação ao pai e à Mãe (Matos & Costa, 2001); Inventory of Specific Relationships Standards – III (Baucom, Epstein, Rankinn & Burnett, 1993); Conflict Resolution Inventory (Kurdek, 1994); Non-Physical Abuse of Partner Scale e Partner Abuse Scale (Garner & Hudson, 1997)	Não focaliza nenhuma perspectiva particular, pois as bases teóricas no domínio ainda emergem. Apresenta os seguintes modelos: sócio-estruturais (perspectivas feministas e diferenças de género, aprendizagem social), tipologias do casamento, modelos sistémicos e teoria da vinculação.	Não descrita no resumo	Não descrita no resumo
17*	1998	F	UP	M <sup>a</sup> Emília Costa	Psico.	-	M	Violência Conjugal	Exploratório Metod. Quantitativa	Conflicts Tactic Scale (Straus, 1979, 1990); Enriching and Nurturing Relationship Issues, Communication and Happiness (Olson et al, 1985)	Não descrita no resumo	Não descrita no resumo	
18**	2001	F	UAB	Teresa Joaquin	Estudos s/ mulheres	-	M	Violação	Exploratório Metod. Qualitativa	Entrevistas estruturadas	<i>Feminist Participatory Model</i>	Sim	Sim
19***	2000	F	UAB		Estudos s/ mulheres	-	M	Mulheres sobreviventes à violência doméstica	Exploratório Metod. Qualitativa	Entrevistas semi-estruturadas	Análise sociocultural de influência feminista	Sim	Sim

20**	1998	M	UL	Santinho Cunha	Med. Dentária	-	D	Traumatismos dentários com interesse médico-legal	Exploratório Metod. Mista	Relatórios periciais, relatórios da Amnistia Internacional (Portugal), questionários	Medicina Dentária Forense	Não	Não
21**	1998	F	UL	Ana Nunes de Almeida	Ciências Sociais	Famílias: olhares interdisciplinares	M	Representações sociais da violência conjugal	Exploratório Metodologia qualitativa	Entrevistas	Sociologia da Família	Não	Não
22***	2005	F	UNL	Manuel Lisboa	Ciências Sociais e Humanas	Violência, Crime e Sociedade	M	Violência de género: análise dos casos detectados nos Institutos de Medicina Legal	Exploratório Metodologia quantitativa	Processos clínicos e relatórios sociais dos atendimentos prestados nos Institutos de Medicina Legal	Sociologia do género e da vida privada	Informação não disponível	Informação não disponível
23**	2001	F	PUC SP/ ISSS L	Aldaíza Sposati	S. Social	-	D	Violência sexual	Exploratório Metodologia mista	Análise de documentos, de dados estatísticos e entrevistas a mulheres violadas	Foucault	Sim, mas não explicitamente	Sim, mas não explicitamente
24***	1996	F	UNL	Nélson Lourenço	C. Soc. e Hum.	Sociol. do crime e da violência	M	Homicídio conjugal	Exploratório Metodologia mista	Questionários e entrevistas	Sociologia da Família, Sociologia da violência e do crime, Estudos do género e estudos da modernidade	Não explicitamente	Sim
26**	2002	F	UTL	Oscar Barata	C. Soc. e Hum.	-	M	Percepção social da vitimação de mulheres pelo marido/companheiro em contexto familiar	Exploratório Metodologia quantitativa	Entrevistas semi-estruturadas	Sociol. da família, Sociol. do desvio (criminalidade e vitimologia), Interacionismo Simbólico	Não (apenas faz referências às abordagens feministas ao problema na Fundamentação Teórica)	Não

\* Informações obtidas apenas a partir do resumo.

\*\* Informações obtidas a partir do texto completo do trabalho.

\*\*\* Informações obtidas a partir da tese/dissertação publicada sob a forma de livro.

OBS: os números estão relacionados à tabela anterior. Os faltantes referem-se a trabalhos com os quais não foi possível entrar em contacto.

**ANEXO M - Artigos com Descritor “Violência” (RPSP) (Estudo II)**

<b>Edição</b>	<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Nº ocorrências “violência”</b>	<b>Violência de género/mulher</b>	<b>Outro tipo de violência</b>
Julho/Dezembro 2000	Miguel Trigo	Modelos em saúde: perspectiva crítica sobre as origens e a história	01	Não	-
Janeiro/Junho 2001	Maria Antónia Frاسquilho,	Dia Mundial da Saúde Mental [Editorial]	01	Sim (superficialmente)	Social
	Maria Isabel dos Santos Resgate Gomes	Diversidade e comportamentos juvenis: um estudo dos estilos de vida de jovens de origens étnico-culturais diversificadas em Portugal	02	Não	Social
Julho/Dezembro 2001	Maria Izabel Simões Germano & Edméa Rita Temporini	Promoção de saúde em AIDS: percepção de equipe escolar	01	Não	Social
Janeiro/Junho 2003	António Correia de Campos	Hospital-empresa: crónica de um nascimento retardado [em foco]	01	Não	Profissionais de saúde-pacientes
Julho/Dezembro 2003	Constantino Sakellarides,	Saúde pública prospectiva: editorial	01	Não	Futebol
Volume Temático nº 3 (2003)	Marcelo Gurgel Carlos da Silva	Economia da saúde no Brasil: em foco	01	Não	Social
Janeiro/Junho 2004	Maria Adelaide Brissos	O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde	01	Não	Social
Julho/Dezembro 2004	Isabel Loureiro	A importância da educação alimentar: o papel das escolas promotoras de saúde	01	Não	Agressividade/violência
Julho/Dezembro 2005	Maria Antónia Frاسquilho	Medicina, uma jornada de 24 horas?: stress e burnout em médicos: prevenção e tratamento	05	Não	Local de trabalho
Julho/Dezembro 2006	Baltazar Nunes & Maria João Branco	Incidência de acidentes domésticos e de lazer no Continente, em 2002	03	Não	Em geral

**ANEXO N - Artigos com Descritor “Violência” (RPCG) (Estudo II)**

<b>Edição</b>	<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Nº ocorrências “violência”</b>	<b>Violência de gênero/mulher</b>	<b>Outro tipo violência</b>
Mar/Abr 05	Miguel Trigo	O que provoca realmente a mudança nos fumadores? Algumas reflexões	1	Não	-
Jul/Ago 05	Patrícia Coelho	Violência conjugal: violência física conjugal nas mulheres que recorrem aos cuidados de saúde primários	30	Sim	-
Mar/Abr 06	José Precioso	Boas práticas em prevenção do tabagismo no meio escolar	1	Não	-
Mai/Jun 06	Miguel Trigo	Terapia para a prevenção da recaída na dependência de substâncias: os modelos de Alan Marlatt e de Terence Gorski. Aplicações à nicotino-dependência	1	Não	-
Nov/Dez 06	Célia Afonso Gonçalves	Idosos: abuso e violência	9	Não	Contra Idosos
	Cristina Galvão	Actividades preventivas no idoso	2	Não	Contra Idosos
	Cristina Galvão	O envelhecimento e cuidados geriátricos em medicina familiar	1	Não	Contra Idosos
Mar/Abr. 07	José A. Carvalho Teixeira	Comunicação em contexto clínico	1	Não	-
	Manuela Agostinho	Ecomapa	1	Não	Violência Familiar
Mai./Jun. 07	Luis Rebelo	Genograma familiar. O bisturi do médico de família	3	Não	Violência Familiar
	Guilherme Ribeiro	A circuncisão masculina está associada a um menor risco de infeção pelo VIH (Clube de Leitura)	1	Não	-
Jul./Ago. 07	Isabel Jesus	Violência doméstica-até onde podemos ir? (Resumos de Congressos)	5	Sim	-