

# **Impacto da Violência Baseada no Género na Saúde Mental da Mulher**

**Ana Carolina Da Silva Canêdo**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(mestrado integrado)

Orientador: Dra. Maria Teresa Salgado Lameiras Carvalhão Santos Pinto  
Co-orientador: Dr. Vítor Hugo Jesus Santos

**maio de 2024**



## **Declaração de Integridade**

Eu, Ana Carolina Da Silva Canedo, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 41825 do Mestrado Integrado de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 07/05/2024

Ano Carolina Da Silva Canedo



## **Dedicatória**

Às mulheres da minha vida. À minha mãe, avós, Catarina e Isabel, por serem exemplos da força e garra feminina e por me demonstrarem, todos os dias, que ser mulher é a forma mais bonita de se ser.

A todas as mulheres vítimas de violência baseada no gênero, por elas, para elas.



## **Agradecimentos**

Aos meus pais e irmão, por serem o meu porto de abrigo mais seguro, por terem sempre uma palavra de alento e conforto, por me permitirem alcançar todos os meus sonhos e, principalmente, pelo carinho e motivação que sempre me deram. Tudo o que sou, tudo aquilo em que me tornei, a vocês o devo.

À vó Dília e “bi” Gostinho, às minhas estrelinhas vó Guida e “bi” Canedo pela infância bonita que me proporcionaram, por serem todos os dias força motriz na minha vida, pelo exemplo de vida que me transmitem e pelo orgulho todos os dias demonstrado.

Aos meus amigos, os de longa data e aos que conheci durante estes 6 anos.

Um agradecimento especial à minha Catarina que, mais do que amiga, é irmã, pilar e companheira de vida. À minha Isabel, ao Gui e ao Rui, o meu mais sincero agradecimento por me terem acompanhado e motivado ao longo do processo de escrita deste trabalho. A amizade move mesmo montanhas.

À Covilhã e à Faculdade de Ciências da Saúde por terem sido casa durante estes 6 longos anos.

Por fim, um agradecimento muito especial à Dra. Teresa Carvalhão e ao Dr. Vítor Santos, pela atenção, disponibilidade e ajuda imprescindíveis à realização desta dissertação.



## **Resumo**

A violência Baseada no Gênero (VBG), reconhecida pela OMS como uma violação dos direitos humanos, tem-se revelado um problema de saúde pública global. Para além do impacto na saúde física, a violência baseada no gênero provoca efeitos a curto e longo prazo na saúde mental. Os Profissionais de Saúde devem estar preparados para prevenir, identificar e responder de forma eficaz à violência praticada contra as mulheres, nomeadamente, no que diz respeito às formas mais comuns de violência: violência em relações de intimidade e violência sexual. Com este trabalho, pretende-se analisar o impacto da VBG na Saúde Mental da mulher e as suas principais manifestações psiquiátricas, bem como avaliar os fatores de risco e protetores inerentes a esta problemática, identificando de que forma podem os médicos desenvolver um papel mais ativo na diminuição dos efeitos da Violência Baseada no Gênero na Saúde Mental da Mulher.

## **Palavras-chave**

saúde mental; mulher; violência; psiquiatria forense



## **Abstract**

Gender-based violence (GBV), recognized by the WHO as a violation of human rights, has become a global public health problem. In addition to the impact on physical health, GBV has short- and long-term effects on mental health. Health professionals must be prepared to prevent, identify and respond effectively to violence against women, particularly with regard to the most common forms of violence: intimate partner violence and sexual violence. The aim of this study is to analyze the impact of GBV on women's mental health and its main psychiatric manifestations, as well as to assess the risk and protective factors inherent in this problem, identifying how health professionals can play a more active role in reducing the effects of GBV on women's mental health.

## **Keywords**

mental health; female; violence; forensic psychiatry



# Índice

Dedicatória	
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Índice	xi
Lista de Figuras	xv
Lista de Tabelas	xvii
Lista de Acrônimos	xix
Capítulo 1 - Introdução	1
Capítulo 2 - Metodologia	4
Capítulo 3 – Violência Baseada no Gênero	6
3.1 Definição	6
3.2 Natureza dos Atos Violentos	6
3.2.1 Violência Física	7
3.2.2 Violência Psicológica	7
3.2.3 Violência Sexual	8
3.3 Tipologia e Contexto dos Atos Violentos	8
3.3.1 Violência autodirigida	9
3.3.2 Violência coletiva	9
3.3.3 Violência interpessoal	9
3.4 Violência em Relações de Intimidade	11
3.4.1 Definição	11
3.4.2 Prevalência e Incidência Global	12
3.4.3 O ciclo vicioso da Violência em Relações de Intimidade	13
Capítulo 4 – Fatores de Risco para ocorrência de Violência Baseada no Gênero contra mulheres e sua perpetuação	15
4.1 Definição e Contextualização	15
4.2 Modelo Ecológico da Violência	15
4.3 Fatores de Risco para Violência Baseada no Gênero contra Mulheres	17
4.3.1 Fatores Individuais/Pessoais	17
4.3.2 Fatores Relacionais	18
4.3.3 Fatores Comunitários	18
4.3.4 Fatores Sociais	19

Capítulo 5 – Saúde Mental da Mulher vítima de Violência Baseada no Género	21
5.1 Contextualização	21
5.2 Impacto da VBG	22
5.3 Impacto da VBG consoante a Natureza da Violência praticada	26
5.4 Depressão e Perturbação de Stress Pós-Traumático: as manifestações mais comuns	27
5.4.1 Depressão	27
5.4.2 Perturbação de Stress Pós- Traumático	28
5.5 Tipos de Violência contra Mulheres e impacto na saúde mental	30
5.5.1 Violência Sexual	30
5.5.2 Violência em Relações de Intimidade	31
Capítulo 6 – Violência Baseada no Género e Serviços de Saúde	36
6.1 Contextualização	36
6.2 Identificação das vítimas de VBG	37
6.3 Abordagem à mulher vítima de Violência Baseada no Género	40
6.3.1 Prevenção Primária	41
6.3.2 Prevenção Secundária	42
6.3.3 Prevenção Terciária	45
6.4 Abordagem à vítima de Violência Baseada no Género em Portugal	46
Capítulo 7 – Conclusão e Perspetivas Futuras	50
Capítulo 8 – Bibliografia	53

## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b> – Tipos de Violência contra Mulheres .....	10
<b>Figura 2</b> – Ciclo de Violência .....	13
<b>Figura 3</b> – Modelo Ecológico .....	16



## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b>	– Resumo dos Fatores de Risco para VBG baseados no Modelo Ecológico ...	19
<b>Tabela 2</b>	– Resumo das consequências para a saúde da mulher vítima de VBG .....	25
<b>Tabela 3</b>	– Indicadores clínicos da presença de VBG .....	39
<b>Tabela 4</b>	– <i>Cues: Addressing Domestic and Sexual Violence in Health Settings</i> .....	44



## **Lista de Acrónimos**

<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>VBG</b>	Violência Baseada no Gênero
<b>VCM</b>	Violência Contra Mulheres
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>VRI</b>	Violência em Relação de Intimidade
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>SM</b>	Saúde Mental
<b>PSPT</b>	Perturbação de Stress Pós-Traumático
<b>TCC</b>	Terapia Cognitivo Comportamental
<b>CSP</b>	Cuidados de Saúde Primários
<b>SU</b>	Serviço de Urgência



# Capítulo 1

## Introdução

A sociedade global é pautada por relações de gênero construídas com base no exercício de poder por parte do homem e na marginalização da mulher. Como resultado desta dinâmica patriarcal surgem diversas consequências, nomeadamente, a desigualdade de gênero, problemática que se manifesta numa desigual oportunidade de acesso e em discriminação. Apesar de os homens também serem passíveis de serem vítimas de violência baseada no gênero, as mulheres são mais frequentemente expostas a episódios repetidos e severos de violência. É com base na desigualdade de gênero e na manutenção de modelos retrógrados de papéis associados a gênero que a violência contra mulheres se tem vindo a perpetuar ao longo dos anos (1).

Recentemente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que pelo menos uma em cada três mulheres em todo o mundo já sofreu violência física ou sexual por parceiro íntimo ou violência sexual por não parceiro e assumiu estes casos como um grave problema de Saúde Pública, a nível mundial, os quais constam na Classificação Internacional de Doenças (2,3).

A Violência Contra Mulheres (VCM) manifesta-se das mais variadas formas, sendo a Violência em Relações de Intimidade (VRI) e a violência sexual as mais prevalentes. Por se associar a fatores de elevada carga emocional esta é muitas vezes mascarada e ocultada pelas vítimas, o que perpetua as condições nefastas da violência e conduz a processos sinérgicos de vitimização que aumentam ainda mais o risco de desenvolver doença mental (4).

Por se revelar uma prática recorrente de violação dos direitos humanos e constituir um verdadeiro problema de Saúde Pública que conduz a danos físicos, psicológicos e sociais, esta problemática merece a atenção e preocupação dos profissionais de saúde (5). As evidências revelam que a depressão, a perturbação de stress pós-traumático e a perturbação de ansiedade generalizada são condições que se desenvolvem mais frequentemente em mulheres vítimas de violência. Desta forma, os profissionais de saúde devem estar aptos para reconhecer, sinalizar e responder adequadamente a qualquer prática de violência, revelando-se premente o investimento na prevenção primária e secundária dos vários tipos de violência contra mulheres.

As formas mais prevalentes de violência variam consoante a localização geográfica e culturas, sendo que encontramos práticas como a mutilação genital feminina e crimes de honra (homicídio de mulheres que alegadamente humilharam a sua família) mais circunscritas a áreas mais específicas do globo, tais como África, Médio Oriente e Ásia (6). No entanto, as formas globalmente mais prevalentes são a violência em relações de intimidade (VRI) e a violência sexual. A natureza e dinâmica da violência, apesar de tudo, apresentam muitas semelhanças entre culturas e países, particularmente no que diz respeito às normas de género (7).

Assim, o presente trabalho pretende relacionar o impacto da violência baseada no género na saúde mental da mulher e tem como objetivo identificar as principais consequências que esta acarreta para a saúde mental da vítima, bem como avaliar o papel preponderante dos médicos nesta temática.



## Capítulo 2

### Metodologia

Para a elaboração deste trabalho foi realizada uma análise abrangente da literatura existente sobre a Violência Baseada no Género e os seus efeitos na saúde mental feminina. Recorreu-se a bases de dados como PubMed, ScienceDirect, Medscape, B-On e Google-Scholar. Cada artigo foi selecionado com base na sua credibilidade e amplitude de informação. A busca destes artigos não se limitou a um período temporal específico, mas deu-se prioridade a artigos mais recentes escritos em língua inglesa.

As palavras e termos utilizados para a pesquisa foram “mulher”; “violência”; “saúde mental” e “psiquiatria forense”.

Foram também analisadas outras fontes, tais como associações portuguesas que visam a proteção dos direitos das mulheres enquanto direitos humanos, autoridades de saúde e bases de dados internacionais. Teve-se ainda em conta o Código Penal Português e o Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

A pesquisa foi realizada entre setembro de 2023 e janeiro de 2024.



## Capítulo 3

# Violência Baseada no Gênero

### 3.1 Definição

A Violência Baseada no Gênero define-se como a violência dirigida contra uma pessoa devido ao seu gênero ou como violência que afeta desproporcionalmente pessoas de um determinado gênero. No caso específico do gênero feminino esta define-se como atos ou ameaças de atos destinados a ferir ou a fazer sofrer fisicamente, psicologicamente ou sexualmente as mulheres e que as afetem apenas pelo facto de serem mulheres ou de forma desproporcionada por serem mulheres(8).

Assim, surge o termo Violência Contra Mulheres (VCM) que engloba um conjunto múltiplo de abusos diretamente dirigido a meninas e mulheres ao longo da sua vida(5). A Declaração das Nações Unidas para a Eliminação da Violência contra Mulheres define a violência contra as mulheres como qualquer ato de violência com base no gênero que resulte ou possa resultar em danos físicos, sexuais ou psicológicos ou em sofrimento para as mulheres, incluindo ameaças, coerção ou privação de liberdade(9). Assim, revela-se enquanto um conjunto de práticas prejudiciais que causam ou têm potencial de causar dano às vítimas. Torna-se relevante ressaltar que uma vez que estas práticas são baseadas no gênero são constantemente amplificadas pela desigualdade existente entre homens e mulheres. Assim, podemos concluir que ambas as definições colocam a VCM como uma causa direta da desigualdade de gênero (5).

Desta forma, revela-se necessário identificar e definir os tipos de violência existentes, de modo a facilitar a sua identificação e reconhecimento, visando a criação de meios eficazes para os prevenir.

### 3.2 Natureza dos atos violentos

O documento “*World report on violence and health*” elaborado pela OMS define a natureza dos atos violentos através dos termos violência física, violência psicológica, violência sexual ou violência que implique privação ou negligência, no entanto dado que

esta última pode ser considerada uma forma de violência psicológica, focamos o nosso interesse apenas nas três primeiras categorias mencionadas(10).

Apesar de optar-se por as dividir de forma a ser mais claro defini-las, a verdade é que na maioria das vezes estas não ocorrem de forma isolada e as vítimas raramente estão sujeitas apenas a um tipo de violência. Estabelece-se assim uma combinação complexa que conduz a piores resultados em saúde em mulheres vítimas de vários tipos de violência. Coker *et al.* revelaram que mulheres que sofreram violência física e sexual combinadas obtiveram escalas mais elevadas de carga de doença do que mulheres que sofriam apenas um tipo isolado de violência (11).

### 3.2.1 Violência Física

A violência física é definida como qualquer ato agressivo (pontapear, esmurrar, estrangular, esbofetear, entre outros) intencionalmente infligido à vítima, que pode ter como resultado múltiplas lesões ou até mesmo a morte, sendo esta a consequência mais nefasta(12). Assim, podemos definir este tipo de violência como qualquer agressão física ou atentado contra a integridade física que pode ou não resultar em lesão corporal. Nakamura *et al.* acerca da prevalência de violência física contra mulheres brasileiras revelou que pelo menos uma em cada cinco mulheres brasileiras já sofreram de violência física ao longo da sua vida. O femicídio é muitas vezes uma consequência da violência física (13). Este termo refere-se ao homicídio de uma mulher, baseado apenas no seu género(2). Globalmente, a literatura mostra que até 38% dos assassinatos de mulheres são cometidos por um parceiro íntimo do sexo masculino (2).

### 3.2.2 Violência Psicológica

A violência psicológica pode ser também mencionada como violência mental e/ou emocional. Este tipo de violência descreve atos que promovem sofrimento psicológico e que se associam a cargas emocionais negativas. São vários os exemplos de atos considerados violência psicológica, dos quais destacamos como exemplo proibir a mulher de ver a família ou amigos, atitudes de humilhação, restrições económicas e sociais, ameaças ou violência contra pessoas ou objetos queridos da vítima e qualquer forma de controlo de atitudes e comportamentos da mulher. Assim, podemos dividir a violência psicológica em três categorias principais: controlo coercivo, violência emocional/verbal e isolamento. É importante considerar que a violência psicológica pode variar consoante a

área geográfica e torna-se assim difícil de definir por se verificar extremamente variável entre culturas e países (5).

### 3.2.3 Violência Sexual

A violência sexual define-se como qualquer ato sexual, tentativa de consumir um ato sexual ou outro ato dirigido contra a sexualidade de uma pessoa por meio de coerção, por outra pessoa, independentemente da sua relação com a vítima e em qualquer âmbito (2). A escala de conceitos incluídos na violência sexual é ampla e inclui, mas não se limita a violação (por estranhos ou conhecidos da vítima), incentivos sexuais não desejados, abuso sexual ou assédio sexual. Este termo inclui ainda escravatura sexual, prática comum em contexto de conflitos armados. A violência sexual pode ocorrer nos mais variados contextos, no entanto, o mais prevalente é a sua ocorrência dentro das relações de intimidade por parceiro íntimo (5). O estudo multipaís da OMS revelou que uma em cada quatro mulheres com mais de 15 anos nas Américas já sofreu de violência sexual (2). Na Europa, o inquérito sobre os Direitos Fundamentais da União Europeia concluiu que 5% (o correspondente a 9 milhões) de mulheres já tinham sido violadas e que 0,8% (1,5 milhões) tinham sido violadas no ano anterior à realização do inquérito (14).

## 3.3 Tipologia e contexto dos atos violentos

O documento *“World report on violence and health”* elaborado pela OMS define a tipologia dos atos violentos em três grandes categorias, de acordo com as características de quem comete o ato violento, sendo que esta pode ocorrer em qualquer uma das naturezas definidas anteriormente. Desta forma, podemos dividir a violência em:

- Violência autodirigida
- Violência interpessoal
- Violência coletiva

Esta definição pode aplicar-se a qualquer tipo de violência exercida, seja contra homens ou mulheres, em qualquer idade. No entanto, destacamos as suas particularidades para a VCM. As mulheres podem experienciar todos estes tipos de violência, apesar de a interpessoal se revelar mais prevalente e variar na sua apresentação consoante a idade da mulher (5,10).

### 3.3.1 Violência autodirigida

A violência autodirigida pode ser definida como a violência infligida pela própria pessoa. Esta varia desde comportamentos autolesivos até comportamentos suicidas, que incluem ideação suicida, tentativas de suicídio e os suicídios consumados. Apesar de à partida este não ser o tipo de violência que associamos mais facilmente a violência de género, este surge muitas vezes como consequência da elevada carga emocional e baixo apoio social a que as vítimas são sujeitas (10). McManus *et al.* demonstraram que entre os suicídios cometidos, aproximadamente 50% estavam relacionados com pessoas que experienciaram violência em relações de intimidade durante a sua vida (15).

### 3.3.2 Violência colectiva

A violência coletiva subdivide-se em violência social, política e económica. Ao contrário das outras duas grandes categorias, as subcategorias de violência coletiva sugerem possíveis motivos para a violência cometida por grupos maiores e organizados de indivíduos. No caso concreto da VCM, este tipo de violência baseia-se nos modelos sociais patriarcais que colocam a mulher numa posição de inferioridade face ao homem (10). Como breves exemplos destacamos a atribuição de menor remuneração nas mesmas atividades laborais, a persistência da ideia de que a mulher deve ser responsável pela educação dos filhos e realização das tarefas domésticas e a manutenção da ideologia social de que a mulher é um ser mais frágil. Esta forma de violência culmina, muitas vezes, na dependência financeira da mulher (3).

### 3.3.3 Violência interpessoal

A violência interpessoal define-se como a violência praticada por um indivíduo ou por um pequeno grupo de indivíduos. Esta divide-se em duas grandes categorias principais: Violência Doméstica/Violência em Relações de Intimidade e Violência Comunitária. As primeiras referem-se à violência praticada por membros da família da vítima e por parceiro, respetivamente, e, normalmente, ocorrem dentro de casa ou em espaços conhecidos da vítima enquanto a violência comunitária refere-se à violência praticada por indivíduos sem qualquer relação de parentesco e que podem ou não conhecer a vítima, geralmente ocorrendo fora de casa. A violência interpessoal é o tipo de violência mais prevalente contra mulheres e podemos dividir as suas manifestações consoante a idade das mesmas.

- Nas idades mais jovens, destacamos a preferência em alguns países do mundo pelo nascimento de filhos homens, o que conduz a abortos seletivos de fetos do sexo feminino ou até mesmo ao infanticídio de meninas. Nos países e regiões em que

isto acontece (China, Taiwan, Coreia do Sul, Índia, Paquistão, entre outros) surge assim um rácio de mulheres inferior ao de homens, o que conduz naturalmente a uma perturbação do curso natural da vida e induz consequências sérias como o aumento do tráfico humano de mulheres (10). Salientamos ainda a realização de Mutilação Genital Feminina, uma prática definida pela OMS como “a prática que envolve a remoção (parcial ou total) ou lesão dos órgãos genitais femininos externos por motivos não médicos”. Por norma, a realização da mesma prende-se com crenças tradicionais e culturais e é mais comum em países de África e Médio Oriente, no entanto, esta também se mantém presente em comunidades imigrantes na Europa (16). De acordo com estimativas do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), cerca de 200 milhões de meninas/mulheres foram submetidas a esta prática a nível mundial. Um estudo realizado em 2015 pelo Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa revelou que cerca de 5246 mulheres em idade fértil residentes em Portugal foram submetidas a esta prática. A grande maioria era proveniente da Guiné-Bissau (91%) e residia no distrito de Lisboa (70%) (16).

- Durante a idade reprodutiva as formas mais comuns de violência interpessoal revelam-se diferentes das definidas anteriormente, assumindo-se a violência em relações de intimidade e a violência de natureza sexual como as mais prevalentes. Tendo em conta a elevada incidência destas, iremos abordá-las de forma mais pormenorizada nos próximos subcapítulos(5).
- No que diz respeito a mulheres com idade superior a 65 anos verifica-se uma menor prevalência de violência em relações de intimidade e de violência sexual (ao contrário das idades reprodutivas), mas observa-se um aumento da violência psicológica e controlo económico (4). As evidências revelam ainda que existe um risco aumentado de Violência Doméstica e abuso em mulheres com demência (17).

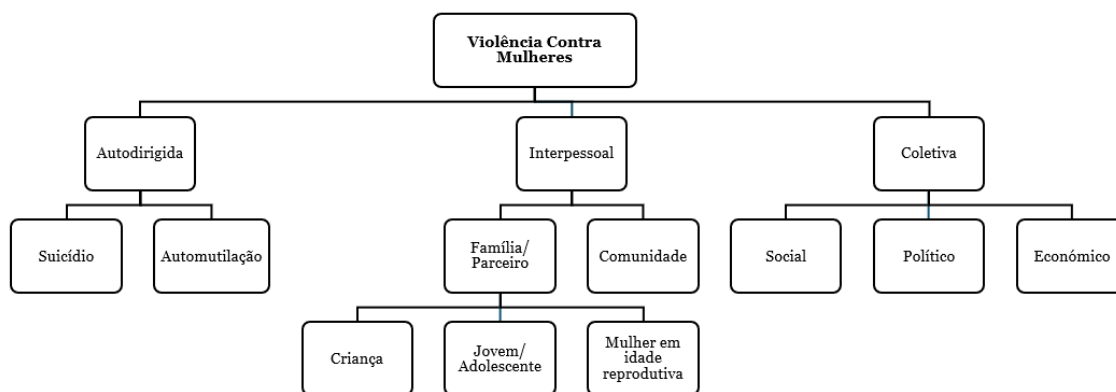


Figura 1. Tipos de Violência contra Mulheres. [Adaptado de Krantz et al. (5)]

### **3.4 Violência em Relações de Intimidade**

#### **3.4.1 Definição**

A violência em Relações de Intimidade (VRI) é uma das formas mais comuns de Violência Baseada no Gênero (VBG) que afeta mulheres, em todo o mundo, independentemente do país ou cultura vigente. As mulheres têm um risco três vezes superior de sofrer VRI quando comparadas aos homens (4). Esta é, muitas vezes, confundida com o conceito amplamente difundido de Violência Doméstica e, apesar de ambas serem semelhantes na dinâmica e impacto, torna-se premente diferenciá-las. A Violência Doméstica diz respeito à violência que ocorre no seio de um agregado familiar e que pode envolver qualquer membro da família. Já a VRI é mais restrita em definição e identifica a violência exercida por um parceiro que pode ou não viver com a vítima. Pretende assim, retratar, qualquer dano, seja ele físico, psicológico ou sexual causado por um parceiro ou cônjuge, atual ou anterior, e inclui todas as práticas de abuso, ameaça e violência em qualquer tipo de relação íntima (18). A VRI afeta as mulheres com uma prevalência de 15 a 71% ao longo da sua vida (19).

Apesar da distinção entre os dois conceitos supracitados, grande parte dos estudos realizados aplica-os de forma sinónima. No entanto, embora não exista um consenso internacional sobre a terminologia ideal, a grande maioria dos estudos realizados dá enfoque ao papel da VRI, mesmo quando terminologicamente se refere a VD. Torna-se também relevante mencionar que a maioria dos estudos tem como base relações heterossexuais, sendo que o conhecimento destas práticas em relações homossexuais é ainda pouco representativo da realidade(20).

A VRI assume várias formas e é importante ressaltar que, por norma, uma mulher vítima deste tipo de violência raramente está sujeita apenas a uma única natureza de violência. A violência assume assim padrões mistos que induzem inúmeras consequências físicas, psicológicas e socioeconómicas. Além disso, é importante ter consciência de que os dados apresentados são muitas vezes subestimados, dado que muitos casos de VRI não são reportados.

Para todos os tipos de violência, exceto a perseguição, as mulheres relataram que eram mais frequentemente vitimadas por homens que conheciam, nomeadamente o seu parceiro atual ou anterior(21).

### 3.4.2 Prevalência e Incidência Global

O estudo “ *Global, regional and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018*” realizado pela OMS que cobriu 90% da população feminina mundial com 15 ou mais anos revelou que a VRI é uma prática altamente prevalente em todo o globo – mais de uma em quatro mulheres (27%) entre os 15 e os 49 anos que já tiveram um parceiro íntimo experienciaram violência física e/ou sexual pelo menos uma vez na vida e uma em sete mulheres teve essa experiência no ano anterior ao estudo. Assim, considera-se que em 2018, aproximadamente 492 milhões de mulheres entre os 15 e os 49 anos que já tiveram um parceiro íntimo sofreram VRI pelo menos uma vez na vida (1).

Este estudo alerta ainda para os valores crescentes de VRI em idades mais jovens, revelando que uma em cada seis mulheres (16%) com idade entre os 15 e os 24 anos sofreu de VRI no ano que antecedeu a realização do estudo. Estes valores demonstram-se altamente preocupantes quando avaliamos a importância das fases de vida contempladas nestas idades para a construção de relações baseadas em comportamentos saudáveis (1).

Outro achado relevante deste estudo é a distribuição variável da VRI entre diferentes países e regiões. As três regiões com mais baixa prevalência de VRI são a Europa Central (16%), Ásia Central (18%) e Europa Ocidental (20%), contudo estes valores continuam a ser elevados. No que diz respeito às regiões com mais prevalência destaca-se a Oceânia (49%), África Subsariana central (44%) e a América Latina (38%). Estes resultados são compatíveis com os fatores que potenciam e perpetuam a VRI. Nomeadamente nos países com valores de prevalência mais elevados destaca-se a instabilidade económica, normas desiguais de género, elevada carga de estigma social, leis discriminatórias e serviços de suporte inadequados como fatores que potenciam a violência (1).

É de notar que este estudo foi realizado antes da pandemia por COVID-19, fator que se pensa ter agravado e exacerbado a prática de VRI e que veio contrariar os esforços anteriores para mitigar esta prática. Lyons *et al.* demonstraram que a pandemia por COVID-19 aumentou a prevalência de VRI. Os departamentos de polícia reportaram um aumento de chamadas a denunciar crimes de violência doméstica de 27% desde que foram estabelecidas medidas de isolamento e ordens para permanecer nas habitações, situações que perpetuaram o contacto das vítimas com os agressores e que, ao mesmo tempo, diminuíram o suporte social (22,23).

### 3.4.3 O ciclo vicioso da Violência em Relações de Intimidade

A Violência em Relações de Intimidade (VRI) tem tendência a ocorrer e recorrer de forma cíclica. Walker (1979) estabeleceu que a violência pode ocorrer naquela que designou “Teoria do Ciclo de Violência”, que visa explicar de que forma a dinâmica e interação entre casais se pode manifestar de forma violenta. Esta teoria permite ainda justificar o “como” e o “porquê” das vítimas permanecerem em relações abusivas (24).

O ciclo da violência pode definir-se sistematicamente em três fases que variam temporalmente e em intensidade consoante as características particulares de cada casal. Por norma, esta começa por uma fase de tensão, onde a raiva do agressor aumenta gradualmente e se traduz em discussões, culpabilização da vítima, ciúmes e obsessões. De seguida, surge a fase da violência propriamente dita, onde o agressor pratica de forma notória violência de natureza física, psicológica e/ou sexual. A última fase deste ciclo é a chamada “lua de mel”, onde após os episódios de violência, o agressor demonstra arrependimento, pede desculpa pelos seus atos, culpabiliza a vítima e promete nunca mais voltar a agir de forma violenta. Como consequência desta última fase, a vítima acaba por se conformar com a situação e acreditar que efetivamente não se voltará a repetir, não partindo assim para a denúncia e afastamento do agressor. Uma característica importante desta teoria é que a fase de “lua de mel” tem tendência a diminuir e conseqüentemente desaparecer à medida que os ciclos de violência se perpetuam no tempo, o que torna o risco e possíveis consequências para a vítima cada vez mais alarmantes (19).

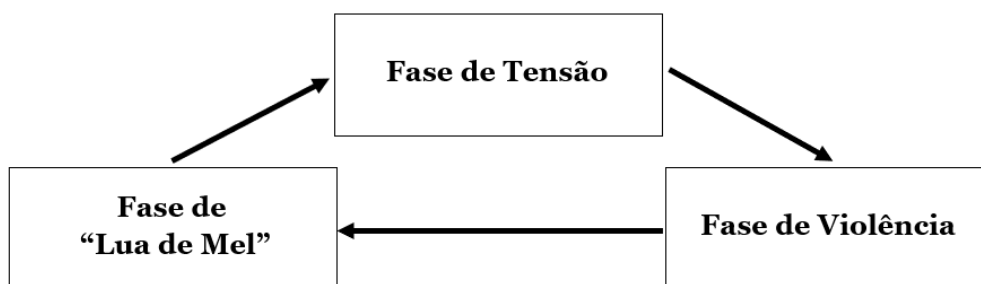


Figura 2. Ciclo de Violência. [Adaptado e traduzido de Lutgendorf et al. (19) ]



## **Capítulo 4**

# **Fatores de Risco para ocorrência de Violência Baseada no Gênero contra mulheres e sua perpetuação**

### **4.1 Definição e Contextualização**

A Violência Baseada no Gênero (VBG) atinge mulheres independentemente da sua idade, país, classe socioeconômica, grau de escolaridade, orientação sexual ou religião, no entanto, existem situações predisponentes à ocorrência desta (25). Neste contexto, definimos fatores de risco como possíveis variáveis intrínsecas à vítima, ao agressor ou ao meio em que estão inseridos que aumentam a probabilidade de existirem episódios de violência (24).

Reconhecer os fatores de risco é fundamental para sinalizar os grupos populacionais de maior risco e que, portanto, necessitam de maior atenção e estratégias de prevenção (26). De modo a definir os fatores de forma mais clara podemos agrupá-los em várias categorias, nomeadamente: fatores pessoais; fatores relacionais; fatores da comunidade/culturais e fatores sociais. É importante ressaltar que muitos destes fatores, por si só, já são também fatores de risco para o desenvolvimento de doença mental, o que exacerba a estrita relação entre violência e saúde mental (4).

### **4.2 Modelo Ecológico de Violência**

Porque é que a violência é mais prevalente em alguns locais do que outros?

Para responder a esta questão, ao longo do tempo, os investigadores sentiram a necessidade de encontrar teorias e modelos passíveis de estabelecer relações e conclusões transversais entre diferentes regiões do globo. Tendo isto em conta, a OMS sugeriu a utilização de um modelo ecológico de modo a compreender a violência em todas as suas facetas. O Modelo Ecológico da Violência foi descrito, pela primeira vez, em 1970 e pode ser aplicado a qualquer situação de violência, no entanto, neste trabalho vamos focar-nos apenas nas suas particularidades para a VBG contra mulheres. Partindo desta teoria torna-se perceptível perceber porque é que algumas sociedades e alguns indivíduos são

mais violentos e porque é que as mulheres são de forma tão consistente vítimas de VBG (27).

O modelo ecológico encara a violência como uma complexa rede de interações entre diferentes fatores de risco e como resultado de todas as possíveis interações entre estes. O recurso a este modelo permite agir mais facilmente de forma preventiva(28,29). Este modelo pode ser dividido em várias esferas de fatores e divide-os em diferentes níveis: individuais/pessoais, relacionais, comunitários e sociais (30).

O nível individual diz respeito às características individuais de um indivíduo que o podem tornar mais vulnerável a ser uma vítima ou agressor e às características individuais que vão condicionar as suas atitudes num relacionamento (30).

O segundo nível, o relacional, visa representar de forma concreta o espaço onde a violência tem lugar (frequentemente por familiares ou parceiros íntimos) e centra-se no tipo de relação que a vítima estabelece com o/os perpetrador(es) de violência (28,30).

O papel da comunidade também demonstra elevada importância neste modelo, que engloba o papel das estruturas e instituições envolventes, nomeadamente, vizinhos, local de trabalho, amigos, redes sociais, entre outros. As características da comunidade onde os indivíduos se inserem acabam por influenciar quer as suas escolhas pessoais, quer as atitudes que os mesmos adotam na vida pessoal, fator que tem um marcado impacto na perpetuação da violência (28).

Por fim, o quarto nível aborda os fatores sociais que podem ter impacto nas taxas de violência de determinada região e incluem: ideologias sociais, económicas e culturais (30,31).

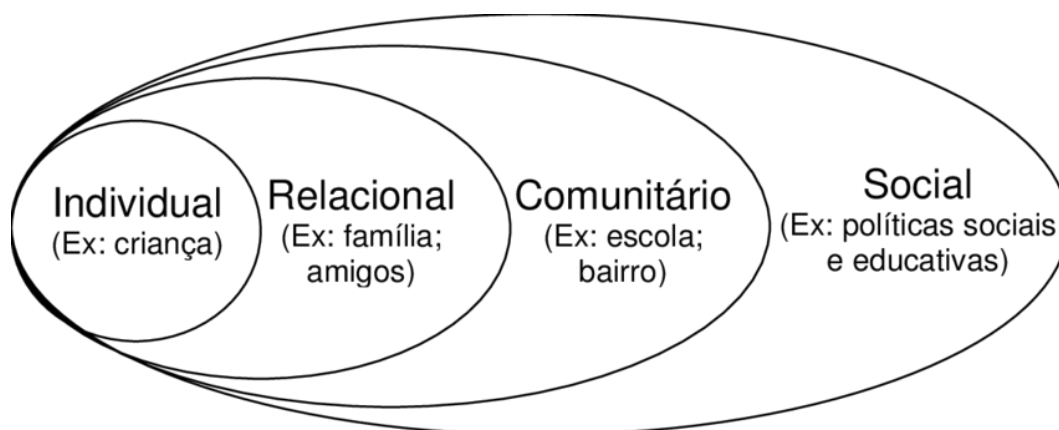


Figura 3. Modelo Ecológico. [Adaptado de Krug et al. (10)]

## **4.3 Fatores de Risco para Violência Baseada no Gênero contra Mulheres**

### 4.3.1 Fatores Individuais/Pessoais

Os fatores de risco individuais são numerosos e muito variáveis. Apesar da VBG poder ocorrer em qualquer fase de vida da mulher, vários estudos verificaram que esta se revela mais prevalente nas idades mais jovens (15-49 anos), estando assim a idade jovem da mulher estritamente relacionada com o aumento da probabilidade de sofrer VBG (20,25). A existência de deficiência mental também constitui um fator desta categoria. A fragilidade associada a estas condições expõe, muitas vezes, as mulheres a este tipo de eventos adversos. Esta condição pode ser explicada, nomeadamente devido à existência de menos sinais inibitórios descendentes do córtex pré-frontal fruto da perturbação do desenvolvimento intelectual, o que pode conduzir a um maior drive de apetência e comportamento impulsivo e menor controlo cognitivo. Isto pode traduzir-se em desinibição geral e, em certos casos, comportamento sexual mais impulsivo(4). O nível educacional e o estatuto socioeconómico também se revelam importantes fatores condicionantes de VBG. O baixo nível educacional e a não frequência do ensino secundário são fatores que propiciam a violência, enquanto a realização do ensino secundário quer por parte da mulher, quer por parte do seu companheiro é um fator protetor para a VBG (25). No que diz respeito ao estatuto socioeconómico, como seria de esperar, estudos revelam que um estatuto mais elevado constitui um fator protetor. Jordan *et al.* revelaram que mulheres de baixo estatuto socioeconómico têm sete vezes mais probabilidade de sofrer violência sexual do que as de elevado estatuto (32). Quanto ao emprego, estudos realizados nos EUA revelaram que este é um fator protetor da mulher, por lhe conferir uma maior independência, no entanto, estudos realizados na Índia e Bangladesh demonstraram que uma mulher que trabalha fora de casa ou que tem mais estudos que o companheiro tem um maior risco de incidência de VBG, o que comprova que estes fatores e variantes apesar de individuais são condicionados pela sociedade e cultura vigente (33). Um fator individual de elevada importância é o consumo de álcool. No estudo realizado pela OMS que pretendia avaliar os fatores relacionados com a ocorrência de VRI, em todas os países analisados, a prevalência de VRI foi superior em casais onde um ou ambos apresentavam um consumo regular de álcool(25). A presença de perturbação mental apresenta uma relação bidirecional com a VBG, ambas se propiciam e potencializam – a doença mental está associada a um aumento do risco de perpetuar violência e, ao mesmo tempo, o risco de sofrer violência aumenta nas pessoas com doença mental (4). De acordo com a teoria psicológica das perturbações de personalidade, 80% dos homens que exercem violência nas suas esposas sofrem de algum tipo de

psicopatologia associado a baixo controle de impulsos ou baixa autoestima (34). Por outro lado, Howard *et al.*, num estudo realizado na Austrália, demonstraram que as mulheres que sofrem de depressão estão significativamente em maior risco de experienciar violência física, psicológica e /ou sexual do que as que não possuem esta patologia(20). Existe também alguma evidência de que, mulheres grávidas e migrantes podem estar mais sujeitas a violência que as restantes (20).

#### 4.3.2 Fatores Relacionais

No que concerne aos fatores relacionais, estes assumem grande importância, uma vez que justificam e permitem explorar a relação da vítima com o agressor. Uma história pessoal de abuso ou maus-tratos na infância, bem como a observação de outro membro feminino da família a sofrer VBG são acontecimentos que induzem na vítima um sentimento de normalização da violência, o que agrava o risco de VBG e diminui a probabilidade de denúncia (25,35). Os estudos realizados direcionam a sua atenção para os fatores relacionais intra-relações amorosas, uma vez que é neste contexto que mais vezes se manifesta a VBG contra mulheres. No caso mais particular da VRI há fatores próprios da relação que podem aumentar o risco da mulher sofrer VBG, nomeadamente, relações com duração inferior a 5 anos (relações mais longas constituem um fator protetor), viver com o parceiro antes de casar, relações em que existe considerável disparidade de idades e situações em que o parceiro tem relações extraconjugais (25). Além destes, relações onde são frequentes os desentendimentos, onde existe uma subvalorização do papel da mulher e onde o homem demonstra ciúmes e obsessões (25,26) são mais propícias ao desenvolvimento de práticas de VBG, uma vez que esta surge, na maioria das vezes de uma percepção de poder e controlo do homem sobre a mulher (34).

#### 4.3.3 Fatores Comunitários

Os fatores comunitários determinam um vasto leque de condições que podem propiciar a violência baseada no gênero contra mulheres. Comunidades com elevada densidade e heterogeneidade populacional, com elevadas taxas de desemprego e onde predomina o isolamento social estão mais recorrentemente associadas a maiores taxas de VBG (36). Ao mesmo tempo, sociedades associadas a criminalidade e tráfico de droga também revelam um risco acrescido (27). Os fatores comunitários não são estáticos e podem variar em função do tempo e condições vigentes em cada comunidade. A título de exemplo, Howard *et al.* realizaram um estudo na Palestina, um país que se encontra em clima de tensão e guerra, que revelou que as mulheres cujos maridos estão diretamente expostos e envolvidos neste conflito têm maior risco de sofrer violência perpetuada por estes do que as mulheres cujos maridos não estão diretamente expostos (20). Em situações de conflito

o rapto e violação de mulheres são usados como armas de guerra e constituem mais um exemplo de uma prática de VCM (7).

#### 4.3.4 Fatores Sociais

Revisões de estudos etnográficos têm demonstrado que quando o contexto social reflete predominantemente papéis de gênero restritos e estritamente definidos, as mulheres tornam-se mais suscetíveis de serem vítimas de VBG (7,28). Ao mesmo tempo, sociedades onde prevalece a normalização e aceitação cultural da violência também se demonstram mais propícias ao desenvolvimento de práticas de VBG contra mulheres(19). Além disso, sociedades onde prevalece a estigmatização das vítimas e baixos recursos de apoio social também constituem fatores de risco(1).

Tabela 1. Resumo dos Fatores de Risco para VBG baseados no Modelo Ecológico. [Adaptado e traduzido de Lutgendorf *et al.* (19)]

<b>Individuais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade mais jovem</li> <li>• Relações mais curtas</li> <li>• Doença mental</li> <li>• Educação limitada</li> <li>• Baixo estatuto económico</li> <li>• Consumo de álcool e/ou drogas</li> </ul>
<b>Relacionais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História de abuso na infância ou presenciar episódios de VBG contra mulheres na infância</li> <li>• Coabitação com o agressor</li> <li>• Relações extraconjugais</li> <li>• Desentendimentos frequentes</li> </ul>
<b>Comunitários</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevada densidade populacional e elevada heterogeneidade</li> <li>• Isolamento social</li> <li>• Criminalidade</li> <li>• Situações de conflito</li> </ul>
<b>Sociais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas culturais que validam a violência e desigualdade de género</li> <li>• Aceitação cultural de violência</li> <li>• Baixo suporte social</li> </ul>



## Capítulo 5

# Saúde Mental da mulher vítima de Violência Baseada no Gênero

### 5.1 Contextualização

De acordo com a OMS, Saúde Mental (SM) define-se como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”. Assim, a SM adquire um valor intrínseco e estrutural para a definição e perpetuação do bem-estar de qualquer indivíduo. Por depender de um conjunto variado de fatores, sejam eles individuais, familiares, estruturais ou sociais a definição de SM não é estática. Estes fatores, que podem ser prejudiciais ou protetores, interligam-se e tornam cada indivíduo mais ou menos resiliente ao desenvolvimento de patologia mental. Além disso, ao longo da vida o ser humano é exposto a situações adversas que podem condicionar em maior ou menor grau a sua Saúde Mental e que induzem o desenvolvimento de estratégias de *coping*.

As perturbações mentais são responsáveis por taxas de incapacidade e de mortalidade consideravelmente elevadas e o suicídio é a segunda causa de morte mais frequente entre os jovens a nível mundial(37).

Apesar de, globalmente, observarmos um largo progresso no que diz respeito à valorização da Saúde Mental, as pessoas com problemas de SM continuam a ser vítimas de estigmatização, discriminação e violação dos direitos humanos.

Um estudo realizado na Austrália em 2014 demonstrou que as mulheres veem a sua saúde, qualidade de vida e bem-estar consideravelmente condicionados por diversas situações (biológicas, socioculturais, psicológicas e do ambiente) que impactam a sua saúde mental. Adicionalmente, é ainda amplamente reconhecido que as mulheres constituem a maior parte dos pacientes consumidores de psicotrópicos e de serviços de saúde mental(38).

Desta forma, emerge a necessidade de avaliar a SM tendo em conta o gênero, uma vez que só assim é possível fornecer orientações e indicações adequadas às condições que impactam a SM das mulheres de uma forma mais direcionada(39).

Como referido, as condicionantes da saúde mental são várias, no entanto, a literatura aponta a VBG como uma das principais causas responsáveis pela carga de patologia mental nas mulheres. Segundo a OMS, a violência é a principal causa de depressão

relacionada com o gênero entre as mulheres (40). Revela-se, assim, importante os sistemas de saúde consciencializarem-se desta problemática e desenvolverem esquemas e estratégias que a considerem como foco de relevância médica(38).

## 5.2 Impacto da VBG

A Violência contra Mulheres foi considerada durante muitos anos como uma “*prática sem história*”, facto que se deve ao caráter privado e de invisibilidade que lhe era atribuído, nomeadamente, quando esta ocorria dentro da própria casa. Por se fomentarem nestes moldes, as teorias elaboradas anteriormente ao ano de 1970 focavam-se na ideia de que a violência contra mulheres era produto de quadros psicopatológicos (da mulher ou do seu perpetrador). No início do século XX acentuou-se a prática de culpabilizar a vítima pela violência à qual era exposta. Foram os movimentos feministas que eclodiam nessa época que permitiram redirecionar o olhar sobre estas situações e trazer o impacto da VBG na saúde mental das mulheres à preocupação dos investigadores. Durante muitos anos tentou encontrar-se justificações na própria vítima para justificar a ocorrência de violência, como por exemplo, a presença de perturbações de personalidade. Assim, as mulheres deixavam de ser apenas vítimas da violência propriamente dita, mas também de uma condição chamada “*vitimização secundária*”(41).

A VBG contra mulheres resulta em consequências físicas, psicológicas, reprodutivas e sexuais, sociais e financeiras, não só para a vítima diretamente envolvida, como para os seus familiares(26). A tabela 2 sumariza as consequências que têm vindo a ser documentadas na literatura relativas ao impacto da VBG em mulheres (42). No entanto, enquanto os efeitos físicos são, na grande maioria das vezes, mais notórios e fáceis de identificar, as consequências psicológicas da VBG contra mulheres são mais facilmente ocultadas e mascaradas (43). O impacto da VBG na Saúde Mental das mulheres pode apresentar-se de forma mais insidiosa que os seus efeitos físicos, no entanto, o seu caráter não é menos debilitador que as possíveis sequelas físicas (18).

As consequências físicas da VBG contra mulheres estão bem documentadas na literatura e englobam uma ampla gama de condições, nomeadamente, condições agudas como infeções respiratórias, urinárias e ginecológicas e condições crónicas como fibromialgia, doença pélvica crónica, alterações menstruais, doenças gastrointestinais e enxaquecas. De ressaltar que os estudos realizados neste âmbito demonstram incidências muito variáveis em consequência das diferentes manifestações que o trauma e stress desencadeiam em cada indivíduo. No entanto, não surgem dúvidas acerca do impacto da violência na saúde

das mulheres, quer a curto, quer a longo prazo (26). A morbidade a longo prazo está associada à influência do *stress* traumático no funcionamento normal de vários sistemas ligados à homeostasia do organismo. Esta exposição ao *stress* crônico favorece o desenvolvimento de disfunções orgânicas, tais como a hiperativação crônica do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, que influencia a resposta inflamatória e provoca alterações hormonais. Destas, o aumento da produção de cortisol, a diminuição da expressão dos seus recetores e o aumento do fator libertador de corticotrofina estão fortemente documentados na literatura. A disfunção deste eixo está fortemente associada ao desenvolvimento de doenças, quer físicas, quer mentais(44).

P. Romito *et al.* realizaram um estudo que pretendeu encontrar uma relação entre a experiência de violência e a perceção pessoal do estado geral de saúde, assim, verificou-se que a grande maioria das mulheres vítimas de VBG classificaram o seu estado de saúde como “*mau*”. Este resultado leva-nos a concluir que as mulheres vítimas de VBG têm perceção do impacto que a violência desenvolve na sua saúde (45). Um estudo realizado no Brasil constatou que a prevalência de psicopatologia em mulheres que sofreram qualquer tipo de violência era 49% enquanto nas que nunca sofreram VBG era de 19,6% (40).

Os estudos realizados nas últimas décadas revelaram que a VBG tem um elevado impacto na saúde da mulher, a curto e a longo prazo. Alguns dos efeitos na saúde mental desta prática incluem sintomas depressivos, perturbações de ansiedade, irritabilidade, dificuldades na memória e concentração, ideação suicida e abuso de álcool e outras substâncias(46,47). A manifestação destes problemas apresenta elevada diversidade em severidade e complexidade e, desta forma, a sua apresentação inicial pode variar desde sintomas muito discretos, como estados de angústia, até sintomas severos e consequente patologia diagnosticada (32). Um fator que merece atenção é o facto de que os estudos realizados acerca desta temática atribuem o seu enfoque à frequência e severidade da violência praticada e tendem a menosprezar a história e antecedentes pessoais de violência aos quais as mulheres vítimas de VBG foram expostas, aspetos que, como referidos em capítulos anteriores, por si só, já condicionam a sua saúde mental (48).

Vários estudos pretenderam avaliar se existia alguma diferença na manifestação de quadros psicopatológicos consoante a natureza de violência à qual a vítima é exposta. Assim, apesar da linha que distingue a violência física, psicológica ou sexual ser muito ténue e, na grande maioria das vezes estas ocorrerem em simultâneo, conclui-se que existem patologias mais propensas a cada uma (40,47,49). No entanto, apesar da violência psicológica apresentar uma elevada prevalência global, poucos estudos exploraram o

impacto desta, por se considerar que a sua definição era demasiado variável entre culturas e países e pelo facto das suas manifestações serem menos perceptíveis que as características da violência física e sexual (46). Por esta razão, uma revisão sistemática realizada em 2022 pretendeu contrabalançar este facto e analisar a relação entre a violência psicológica e a manifestação direta de patologia mental (50). A. B Ludermir *et al.* verificaram que a presença de perturbação mental em mulheres vítimas de qualquer tipo de violência era 49%, enquanto nas mulheres que nunca foram expostas a este fator era de 19,6%. Constatou-se ainda que o risco de desenvolver perturbação mental era aproximadamente 30,6% para as mulheres vítimas de violência física e 62,9% para as vítimas de todas as formas de violência em conjunto. Assim pretendeu-se comprovar o caráter sinérgico e cumulativo das diferentes naturezas de violência (40).

Um fator bastante relevante é o de que vários estudos encontraram uma relação bidirecional entre perturbação mental e VBG contra mulheres. Estabelece-se assim uma relação causal entre estas em ambas as direções (4,20). Uma mulher com patologia depressiva está significativamente em maior risco de sofrer violência física, psicológica ou sexual em comparação a outra que não sofra de qualquer patologia mental (20). No entanto, também se observou que mulheres com diagnóstico de depressão têm mais probabilidade de permanecer numa relação abusiva do que as restantes, um aspeto que permite revalidar a maior probabilidade de mulheres com patologia já diagnosticada sofrerem de violência baseada no género (51). Contudo, enquanto os primeiros estudos realizados neste âmbito atribuíam à perturbação mental um papel muito mais predisponente do que consequente para a ocorrência de VBG, estudos mais recentes têm vindo a contrariar esta premissa (18).

Karakurt *et al.* observaram que as mulheres vítimas de VBG podem ser classificadas em três grupos distintos: mulheres que estão prontas a mudar (consequências ligeiras na saúde mental); mulheres focadas nos sintomas negativos (consequências moderadas para a saúde mental) e mulheres focadas nos sentimentos de culpa (consequências severas para a saúde mental). Assim, permitiram concluir que além das consequências diretas da violência, um fator que tem impacto na saúde mental é a perceção pessoal da mulher face à violência sofrida (52).

Outro achado muito relevante em vários estudos é o de que uma mulher que é vítima de mais de um tipo de violência ao mesmo tempo, tem um risco acrescido de desenvolver patologia mental (4). Além disso, uma mulher que é constantemente exposta a violência também revela um risco superior face a uma mulher vítima de um episódio isolado de violência (20). É de notar que os abusos repetidos são mais comuns em áreas de baixos

recursos, reduzido apoio social e propensos aos mesmos fatores elencados anteriormente como fatores de risco para a ocorrência e perpetuação da VBG contra mulheres, tornando-se assim também mais comum a prevalência de perturbação mental provocada por VBG nestas regiões do globo (18).

Tabela 2. Resumo das consequências para a saúde da mulher vítima de VBG. [Adaptado e traduzido de *Krug E et al.* (42)]

<b>Físicas</b>	Lesões torácicas/abdominais; Lesões do crânio e oculares; Hematomas e lacerações; Fraturas; Síndromes de dor crónica; Incapacidade e redução da capacidade física; Fibromialgia; Perturbações gastrointestinais; Síndrome intestino irritável
<b>Sexuais e Reprodutivas</b>	Doenças ginecológicas; Infertilidade; Doença inflamatória pélvica; Complicações na gravidez/abortos; Doenças sexualmente transmissíveis; Abortos clandestinos; Gravidez indesejada
<b>Psicológicas e Comportamentais</b>	Abuso de álcool e drogas; Tabagismo; Depressão; Ansiedade; Perturbações alimentares e do sono; Perturbação de stress pós-traumático; Sentimentos de vergonha e culpa; Fobias e Perturbação de Pânico; Baixa autoestima; Perturbações psicossomáticas; Comportamento suicida e de automutilação; Comportamentos sexuais inseguros
<b>Condições Fatais</b>	Mortalidade relacionada com SIDA; Mortalidade Materna; Homicídio; Suicídio

### **5.3 Impacto da VBG consoante a Natureza da Violência praticada**

É necessário avaliar de que forma as diferentes naturezas de violência impactam o bem-estar e saúde das mulheres. Durante muitos anos os estudos realizados focaram-se maioritariamente nas formas mais severas de violência, ignorando os efeitos negativos das restantes (43). No entanto, esta avaliação torna-se difícil, uma vez que na grande maioria das vezes, como já foi referido anteriormente, as mulheres estão sujeitas a mais de uma natureza de violência que atuam de forma sinérgica no impacto na sua saúde mental. Ainda assim, revela-se importante avaliar de que forma a extensão, severidade e natureza da violência praticada impactam a saúde mental da vítima e em que medida a alteração destas condições altera a sintomatologia consequente (53). Fanslow *et al.* observaram que a experiência de violência moderada está associada a um risco 2,5 vezes maior de *distress* emocional, enquanto a violência severa se associa a um risco quatro vezes maior, revelando-se pertinente a avaliação da severidade da violência, independentemente da sua natureza (54).

Pico-Alfonso *et al.* compararam 3 grupos de mulheres – não sujeitas a violência (grupo de controlo); sujeitas a violência física e psicológica; sujeitas apenas a violência psicológica – e constataram que as mulheres que experienciaram violência física e psicológica e as que experienciaram apenas violência psicológica revelaram incidência e severidade muito mais altas de patologia mental do que as mulheres do grupo de controlo, sem grandes diferenças de valores entre os dois grupos de mulheres vitimizadas. Este estudo pretendeu comprovar que ao contrário do que se especulava em estudos anteriores, a violência psicológica, ao contrário do que se pensava inicialmente, pode ser tão nefasta quanto a violência física para a saúde da mulher (55). No que diz respeito às particularidades da violência psicológica Dokkedahl *et al.* verificaram que o controlo coercivo se associa mais fortemente à PSPT enquanto a violência verbal, dominação e isolamento estão mais conectados à depressão (50).

Apesar da escassez de estudos nesta vertente, Walker-Descartes *et al.* referiram que as mulheres vítimas de abuso relatam que o stress emocional provocado pela violência psicológica é substancialmente maior que o provocado pela violência física (18). Um estudo realizado por A.B Ludermir *et al.* corroborou estudos anteriores ao concluir que a violência psicológica é mais frequente que a violência física e sexual e que quando ocorre de forma isolada, está mais frequentemente associada ao desenvolvimento de patologia mental do que a violência física isolada (40).

Um estudo realizado por K. Ishida *et al.* revelou que os maus-tratos que implicam medo do perpetrador de violência têm um efeito promotor do risco de perturbações depressivas e ansiedade, enquanto os maus-tratos que implicam força física aumentam o risco de ideação suicida (47). De qualquer forma, os valores mais elevados de carga de doença associam-se às mulheres que reportaram a experiência de violência física, psicológica e sexual em simultâneo, o que permite, uma vez mais, comprovar o efeito cumulativo da violência (40).

Assim, podemos concluir que se torna fundamental avaliar todas as particularidades dos atos violentos e caracterizá-los, de modo a orientar a vítima da forma mais personalizada possível, atendendo a padrões e patologias mais comumente associadas, a depressão e a perturbação de stress pós-traumático.

## **5.4 Depressão e Perturbação de Stress Pós-Traumático: as manifestações mais comuns**

### 5.4.1 Depressão

As perturbações depressivas são a segunda principal causa de patologia mental em mulheres com idade compreendida entre os 15 e os 44 anos em todo o mundo (51). Dentro do espectro das perturbações depressivas, destacamos o conceito de depressão major, vulgarmente apelidada apenas como depressão – a depressão é um diagnóstico amplo e heterogêneo cujo cerne é o humor deprimido e/ou a perda de prazer nas atividades. A sua gravidade é avaliada pelo número e gravidade dos sintomas, bem como pelo grau de incapacidade funcional. No entanto, a persistência de sintomas abaixo dos critérios de limiar (CID-11 e DSM-5-TR) pode ser na mesma angustiante e incapacitante para o indivíduo (56). Um dos principais efeitos adversos da violência contra mulheres é o aumento da probabilidade de desenvolvimento de quadros depressivos. A depressão afeta significativamente o sono e níveis de energia, tendo assim impacto na capacidade de funcionamento do indivíduo. Em acréscimo esta patologia aumenta ainda o risco de ideação suicida e suicídio (52).

Golding *et al.* descreveram que o risco de desenvolver depressão após episódios de violência diminui ao longo do tempo desde a cessação da violência e que a severidade e duração destes quadros depressivos estão intimamente relacionados com a duração e severidade da violência praticada sobre a mulher (20,57). Assim, quanto maior a duração e quanto mais intensa a sua severidade, maior será o impacto de VBG na saúde mental da mulher.

Um fator comumente referido na literatura como predisponente ao desenvolvimento de perturbações depressivas e que, por si só, também pode surgir como consequência da VBG contra mulheres é a baixa autoestima. O conceito “*autoestima*” define-se como a atitude de uma pessoa em relação a si própria, que pode ser positiva, neutra ou negativa e que se encontra dependente de vários fatores (58). As vítimas de violência têm tendência a sentir-se envergonhadas e a autoculpabilizar-se pelos acontecimentos. Este mecanismo gera um ciclo vicioso que culmina na criação de uma autoimagem negativa, fator que induz uma menor probabilidade de tomar medidas para sair ou evitar o perpetrador de violência, acabando assim por aumentar a probabilidade de recorrência de episódios violentos (52). De acordo com Ludermir *et al.* a VCM tem um impacto muito prejudicial na autoestima das mulheres e daí surge uma elevada predisposição para a deterioração da sua saúde mental (40). A humilhação, os maus-tratos, a discriminação, os insultos e todos os restantes atos de violência perpetuam o sentimento de subordinação da mulher, uma situação que compromete severamente a sua autoestima (2). Além do impacto específico da baixa autoestima, esta constitui ainda um fator de risco para o desenvolvimento de perturbação mental e é utilizada em várias patologias como critério de diagnóstico das mesmas (59).

No que concerne a fatores de risco pessoais, aliados à VBG, para o desenvolvimento de patologia mental, existem poucos estudos que os mencionem e avaliem, no entanto, Bauer *et al.* verificaram que os sintomas depressivos reportados no estudo realizado eram relativamente mais elevados em mulheres mais velhas e mulheres não casadas. Verificaram ainda que estes sintomas não variavam significativamente consoante a etnia, nível educacional ou empregabilidade (60).

Alguns estudos demonstraram que, apesar de nem todas as mulheres serem diagnosticadas com depressão em consequência da VBG, a grande maioria relata estados emocionais característicos, nomeadamente, tristeza, insegurança, auto e heterodestrutividade, irritabilidade, labilidade emocional, intolerância e agressividade. Emoções que quando não são devidamente exploradas podem ser um fator que contribui para o desenvolvimento de patologia mental (61).

#### 5.4.2 Perturbação de Stress Pós-Traumático

A Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) é definida como uma condição que se pode desenvolver depois da exposição a um evento traumático e que mesmo após este ter

cessado, o indivíduo exposto reage como se a ameaça continuasse presente. Assim, é característico que se desenvolva um conjunto de sintomas intrusivos, evitantes e de hiperexcitação, tais como, memórias intrusivas do evento, reações dissociativas (indivíduo age ou sente como se estivesse a reviver o acontecimento traumático) e constante *stress* quando exposto a estímulos que o relembrem do trauma. É de ressaltar que estes sintomas para serem classificados como PSPT devem persistir por um período superior a um mês (62).

De forma geral, podemos então concluir que a PSPT é definida maioritariamente como uma reação exagerada a uma situação traumática passada, à qual o indivíduo já não está exposto no momento do diagnóstico (62).

Aplicando ao caso específico da VBG contra mulheres, a PSPT é uma condição que apresenta elevada prevalência em todas as naturezas e tipologias de violência, mas que, no entanto, se manifesta de forma mais marcada após situações de violência sexual. Esta é uma patologia associada a elevada carga emocional, uma vez que a mulher revive continuamente as situações de violência às quais foi exposta no passado. No entanto, uma realidade muito comum nos casos específicos de VRI é a vítima continuar a ser alvo de perseguição e ameaças, mesmo após cessar a relação com o agressor. Nestas circunstâncias, a PSPT torna-se muito mais complexa, uma vez que não existe uma cessação total do estímulo e os sintomas amplificam-se, o que se transfigura numa dificuldade para as intervenções terapêuticas comuns para a PSPT (62). Assim, demonstra-se necessário repensar o caso particular das reações ao trauma destas mulheres e desenvolver estratégias adequadas para gerir a sua sintomatologia e impulsionar os seus mecanismos de  *coping* (62,63).

O diagnóstico de PSPT está associado a um aumento da probabilidade de desemprego, reporte de mais dias passados na cama e diminuição do estado de saúde física – condições que, por si só, induzem um elevado risco de deterioração do estado mental. Desta forma, concluímos que a PSPT que se pode desenvolver na sequência de VBG contra mulheres, pode por si só vir a culminar em condições crónicas de debilidade mental e física que se traduzem numa diminuição da qualidade de vida da mulher – assim torna-se premente a avaliação multidimensional destas consequências, de modo a evitar a sua exacerbação (62).

Apesar da PSPT estar patente em qualquer uma das naturezas de violência e poder ser consequência das mesmas, vários estudos têm apontado para um papel preponderante da violência sexual, associação que vamos explorar adiante (14).

## **5.5 Tipos de violência contra mulheres e impacto na saúde mental**

Apesar de, como referido anteriormente, a VBG contra mulheres se manifestar em variadas tipologias, os estudos sobre o impacto da VBG na saúde mental da mulher realizados nas últimas décadas centram-se no papel dos tipos de violência mais comuns, a violência em relações de intimidade e a violência sexual por parceiro não íntimo. O recente relatório da OMS sobre “*Estimativas Globais e Regionais da Violência contra Mulheres*” demonstrou que tanto a violência em relações de intimidade como a violência sexual por qualquer perpetrador estão presentes de forma generalizada em todas as regiões do globo e têm importantes efeitos na saúde física, sexual, reprodutiva e mental destas mulheres (1,64). Desta forma, a informação deste subcapítulo basear-se-á de forma mais concreta no impacto que estas duas apresentações mais frequentes de violência têm na saúde mental da mulher.

### **5.5.1 Violência Sexual**

Como já referido em capítulos anteriores, o espectro da violência sexual é vasto e engloba conceitos como abuso sexual, violação, assédio sexual e outras práticas violentas que resultam em prejuízos à saúde física e mental da vítima. A literatura demonstra que a violência sexual está fortemente associada ao desenvolvimento de patologia mental. No entanto, apesar de vasta, esta não distingue concretamente as diferentes consequências da violência sexual caso esta seja praticada por parceiro íntimo ou por não parceiro, além disso, a violência sexual, por se apresentar nas mais variadas vertentes, está dependente daquilo que a própria vítima reconhece como violência. Nomeadamente, no que remete ao assédio sexual, as estatísticas são variáveis (14).

A literatura é consistente ao afirmar que a PSPT é a patologia mais comumente associada à violência sexual. Campbell *et al.* concluíram que 7 a 65% das mulheres com história pessoal de violência sexual desenvolvem PSPT ao longo da vida(29). No entanto, este estudo também ressalva que as vítimas de agressão sexual ou de abuso severo são as que mais provavelmente desenvolverão este quadro clínico. O diagnóstico de PSPT está mais centrado no desenvolvimento de sintomas após experiências traumáticas e inclui sequelas que recriam o medo e evitamento sob a forma de respostas fisiológicas controladas pelo sistema nervoso autónomo. Assim, torna-se urgente que os médicos sejam capazes de intervir em fases precoces do diagnóstico, de modo, a diminuir a sintomatologia de PSPT a longo prazo (32).

Khalifeh *et al.* observaram que 40% das mulheres que procuravam serviços de saúde mental no Reino Unido já tinham sofrido alguma forma de violência sexual e que mais de metade delas já tinham experienciado ideação suicida em consequência dessas experiências (65). Neste estudo, 77% das vítimas relataram que os perpetradores de violência não eram parceiros íntimos. Assim, é importante ressaltar que a violência sexual assume um importante papel no risco de suicídio, já que K. Ishida *et al.* realizaram um estudo no Paraguai que lhes permitiu concluir que a violência sexual é um dos fatores de risco mais importantes para a ideação suicida, sendo que o risco é maior perante relações sexuais forçadas fisicamente (47).

Além disso, a experiência de violência sexual também se encontra fortemente associada ao consumo de álcool e drogas e consequente dependência dos mesmos. Cerca de 6 a 16% das mulheres assumiram uma relação causal entre o consumo de estupefacientes e a vivência deste tipo de violência (14).

Satyanarayana *et al.* argumentaram que o trauma sexual, em particular, está fortemente associado à presença de sintomas somáticos (66). A somatização define-se como uma condição caracterizada pela DSM-5-TR como a manifestação de um ou mais sintomas físicos acompanhados de pensamentos, emoções e/ou comportamentos excessivos relacionados com o sintoma, que causam sofrimento e/ou disfunção significativos. Outro relato várias vezes identificado é a dor crônica (19).

Em adição, este tipo de violência, além de afetar diretamente a saúde da mulher, tem impacto significativo na sua produtividade, capacidade de cuidar de si mesma e da família, no seu sentido de autonomia e na capacidade de agir independentemente. Um aspecto relevante é que estes fatores são exacerbados quando a violência sexual é praticada pelo próprio parceiro (64).

### 5.5.2 Violência em Relações de Intimidade

A Violência em Relações de Intimidade (VRI), incluindo ameaças, perseguição, agressão psicológica, física e sexual, tem uma influência significativa no bem-estar de qualquer mulher, independentemente da sua raça, etnia, contexto social e económico. A literatura tem vindo a documentar uma forte associação entre a VRI e baixos níveis de saúde e bem-estar entre as mulheres vítimas desta condição(43).

O vasto número de estudos que têm correlacionado a VRI com a Saúde Mental das mulheres tem encontrado uma maior suscetibilidade ao desenvolvimento de condições como depressão, PSPT, perturbações de ansiedade e perturbação de consumo de álcool e substâncias. Uma mulher vítima de VRI tem três vezes mais risco de desenvolver

perturbações depressivas, quatro vezes mais risco de desenvolver perturbação de ansiedade e sete vezes mais risco de desenvolver PSPT do que uma mulher que nunca tenha sofrido VBG(4).

Ainda assim, a depressão e a PSPT verificam-se as condições mais fortemente associadas a VRI, sendo que Dienemann *et al.* constataram que entre as mulheres diagnosticadas com depressão, aproximadamente 60% apresentam história de violência(67).

A depressão e a PSPT são descritos pela literatura como as duas patologias mentais mais comumente associadas à vitimização em relações de intimidade. Entre as mulheres diagnosticadas com patologia depressiva, aproximadamente 60% apresentavam história pessoal de abuso(43). Acredita-se que o *stress* traumático seja o principal mecanismo pelo qual a VRI se associa a depressão e tentativas de suicídio subsequentes. Os acontecimentos traumáticos são geradores de medo, *stress* e isolamento, características favoráveis para o desenrolar de patologia mental (51). Howard *et al.* realizaram um estudo em mulheres israelitas que provou que as mulheres que sofriam de VRI tinham um risco 52% maior de desenvolver PSPT e outros quadros psicopatológicos face às mulheres que não estavam sujeitas a violência (53). Além destas, a VRI está ainda fortemente relacionada com outras condições tais como, comportamento suicida, perturbações do comportamento alimentar e do sono, disfunção social, exacerbação de sintomatologia psicótica e abuso de álcool e drogas (53).

Walker-Descartes *et al.* constataram que aproximadamente um em cada cinco homicídios de mulheres ocorre em consequência da VRI, comprovando que o homicídio é, muitas vezes, uma consequência final da violência em relações de intimidade e que, nos Estados Unidos da América, os assassinos de mulheres são na sua grande maioria parceiros íntimos (18). Stockl H *et al.* constataram que a nível global, aproximadamente 38% dos homicídios de mulheres são cometidos pelo seu parceiro íntimo (68). As mortes associadas a VRI não se remetem apenas a situações de homicídio, já que um estudo transversal realizado na Inglaterra demonstrou que entre as mulheres que tinham tentado o suicídio no ano anterior à realização do estudo, aproximadamente 50% tinham experienciado VRI ao longo da sua vida e que 23% destas tinham experienciado VRI no ano anterior à realização deste estudo - o que prova que episódios de violência recentes constituem um fator de risco importante para a ocorrência de suicídio e demonstra assim que o risco de suicídio diminui à medida que o estímulo de violência cessa (15).

A depressão é duas vezes mais frequente em mulheres que experienciam VRI do que em mulheres que nunca foram sujeitas a este tipo de violência (26). Tal como a violência, a depressão promove a redução da capacidade para trabalhar, a perda de relações afetivas e o isolamento social, aspetos que conspiram para o aparecimento de sentimentos de perda

de identidade e que prejudicam ainda mais o bem-estar destas mulheres (59). A perturbação de ansiedade generalizada sucede à depressão e à PSPT na lista de patologias mais comumente associadas a VRI. Mais de 40% das mulheres vítimas de VRI relataram ter recebido um diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Generalizada (59). É de salientar que a violência, quer física, quer psicológica, quando praticadas por parceiro íntimo estão ambas associadas a aumento do risco de perturbações de ansiedade, no entanto, os valores mais elevados associados a esta condição foram associados à violência sexual praticada por parceiro íntimo (69,70).

A relação entre a VRI e o consumo de substâncias está estritamente documentada, sendo que as mulheres vítimas de VRI têm um risco cerca de seis vezes maior de desenvolver perturbação do consumo de substâncias do que as mulheres não expostas a esta condição. Esta relação desenvolve-se, muitas vezes, na premissa utilizada pelas vítimas de que o consumo de álcool e substâncias surge na tentativa de aliviar o sofrimento provocado pelas consequências da VRI, mas que culmina muitas vezes na dependência (26). Além, do próprio risco associado à dependência de álcool, tabaco ou drogas, sabemos que todas estas substâncias concorrem para um risco acrescido de uma variedade de doenças e condições prejudiciais à saúde da mulher (36).

Howard *et al.* através de uma revisão sistemática e meta análise reportaram um risco cerca de três vezes maior para o desenvolvimento de quadros depressivos, quatro vezes maior para perturbações de ansiedade e sete vezes maior para PSPT em mulheres vítimas de violência em relações de intimidade (20).

A elevada perpetuação da VRI, decorre na grande parte das vezes, do tipo de relação que a vítima estabelece com o agressor. Um estudo realizado em El Salvador descreveu que, muitas vezes, em relações íntimas as mulheres normalizam a violência e acabam por não se reconhecer como vítimas, o que se traduz num menor reporte de casos de violência em relações de intimidade mesmo quando apresentam sintomas claros de depressão associada à violência (46).

A gravidade da VRI é ainda exacerbada pelo facto de a vítima viver cronicamente exposta ao perpetrador da sua violência, situação que se associa a confinamento, repressão e isolamento. Desta forma, estas mulheres acabam por ter menos acesso a informação e serviços, bem como a suporte emocional que lhes permita uma tomada de decisão mais clara. Todas estas condições se interligam e se potenciam no agravamento da saúde mental das mulheres (46). Apenas metade das mulheres (52%) vítimas de VRI reportaram que receberam diagnóstico de patologia mental em consequência da violência, com apenas

43% destas a serem diagnosticadas ainda durante a VRI e 44% só depois da violência ter cessado, ainda assim, 84% destas revelaram que consultaram um médico durante este período, pelo que podemos concluir que continua a persistir um subdiagnóstico destas problemáticas (59).

Assim, de forma geral, é possível retirar três conclusões primordiais: independentemente da natureza e tipo de violência praticada observam-se impactos diferenciais consoante a severidade e duração da violência; o impacto da violência na saúde mental é cumulativo quando se associa mais do que uma forma de violência; a influência dos estímulos violentos persiste (embora vá diminuindo em função do tempo) após a cessação da violência (49).



## Capítulo 6 - Violência Baseada no Gênero e Serviços de Saúde

### 6.1 Contextualização

As diretrizes internacionais, incluindo da OMS, recomendam que os profissionais de saúde devem estar atentos e facilitar a identificação de casos de VBG contra mulheres, garantindo a sua segurança, apoio e o tratamento de patologias físicas e mentais que surjam neste contexto (4). Apesar de inicialmente a problemática da VBG ter sido caracterizada apenas como problema de cariz social, hoje sabemos que a vitimização é um processo muito mais complexo que não pode ser caracterizado separadamente como um fenómeno somente clínico, social ou legal, mas antes reconhecida como um conjunto de condições que exigem a multidisciplinaridade e coordenação entre estas diferentes áreas (32).

Uma característica relevante da vitimização, aplicada ao caso particular da VBG, é o seu carácter de versatilidade e diversidade que se transfigura num verdadeiro desafio para os médicos. Os seus diferentes graus de complexidade não permitem a elaboração de um modelo sólido e imutável de reconhecimento, uma vez que os profissionais são confrontados com vítimas que alternam entre sintomas mínimos até clínicas graves (32). Na tentativa de facilitar aos médicos o reconhecimento e identificação das mulheres vítimas de VBG, alguns autores defenderam o termo “*síndrome da mulher maltratada*” como categoria diagnóstica. No entanto, esta tem vindo a ser amplamente criticada, pois implica a estigmatização do que é uma reação normal à violência e não permite aplicar-se a cada particularidade. Como já referido, a VBG não é um problema meramente médico, no entanto, a medicina assume um papel essencial na diminuição e tratamento das suas consequências e uma deteção precoce de casos de VBG é fundamental para a diminuição dos danos na saúde da vítima (70).

Giulia Ferrari *et al.* defendeu que a apresentação de sintomas de patologia mental, quer na prática da Medicina Geral e Familiar, quer nos serviços psiquiátricos deve constituir um indicador de potencial existência de casos de VGB, pelo que os médicos devem seguir as recomendações da OMS sobre violência – “*Os prestadores de cuidados de saúde devem perguntar sobre a exposição à violência perpetuada por parceiros quando avaliam doenças que podem ser causadas ou complicadas por ela*”, incluindo sintomas de PSPT, depressão, perturbações de ansiedade, perturbações do sono ou alimentação e risco de

suicídio e comportamentos autolesivos (70). Torna-se assim premente que em qualquer situação suspeita, o médico possa excluir ou confirmar a prática de VBG.

## 6.2 Identificação das Vítimas de VBG

O reconhecimento das mulheres em situações de VBG é fundamental para uma abordagem indicada por parte dos profissionais de saúde. Estes adquirem um papel crucial ao detetar a presença de violência e ao comunicá-la às autoridades competentes. Neste contexto, os serviços de urgência (SU) e os cuidados de saúde primários (CSP) adquirem uma função de extrema relevância por constituírem, na grande maioria das vezes, a porta de entrada nos serviços de saúde para estas vítimas. O serviço de urgência é o local onde as vítimas se dirigem frequentemente para tratar as suas lesões agudas e está comprovado que as mulheres vítimas de VBG recorrem a este serviço três vezes mais do que as mulheres que não são vítimas de violência. Já os médicos de CSP, através da sua abordagem holística e da elevada relação de familiaridade que possuem com a vítima e com a sua família, adquirem um papel chave na identificação destes casos. Além disso, o tipo de relação médico-doente destes profissionais permite-lhes que a vítima mais facilmente confie neles para revelar situações de VBG. Torna-se, no entanto, relevante, que qualquer médico seja capaz de detetar precocemente estes eventos, apoiando a vítima e sendo capaz de a orientar para as entidades competentes e serviços especializados (44).

No entanto, apesar desta crença global da necessidade primordial de identificar as vítimas, Roberts *et al.* verificaram que estudos anteriores demonstravam que existiam baixas taxas de identificação de vítimas de VBG por parte dos médicos e restantes profissionais de saúde nos departamentos de urgência, o que poderia revelar uma falha da vítima ao não revelar ou não reconhecer a sua condição ou do médico ao não a inquirir nem suspeitar do assunto (71). Apesar da elevada prevalência de mulheres vítimas de VBG entre os utentes que procuram serviços de saúde mental, Howard *et al.* observaram que apenas 10 a 30% destas eram corretamente identificadas pelos médicos, internacionalmente (20).

São várias as justificações apresentadas para esta baixa taxa de identificação de mulheres vítimas de violência, nomeadamente, destaca-se por parte da vítima:

- As questões socioculturais que persistem sobre os comportamentos violentos, levando a que algumas mulheres não reconheçam a violência nem se identifiquem como vítimas;
- A relação íntima e de proximidade com o agressor, mais comum no caso da VRI e que, na maioria das vezes, está assente numa relação de dependência emocional;

- A submissão da mulher e a resignação face ao controlo e violência, associada ao medo e vergonha de assumirem publicamente o processo de vitimização ao qual estão sujeitas.

Todas estas situações colocam grandes desafios na deteção, diagnóstico e prevenção da violência, permitindo compreender que em alguns casos a vítima não é capaz de procurar auxílio para sair da sua situação de VBG(3).

Um estudo realizado no Reino Unido verificou que existem inúmeras razões que desmotivam a vítima a revelar a sua condição, nomeadamente, o medo das consequências diretas, o receio do envolvimento dos serviços sociais e dos consequentes processos de proteção das crianças, a crença de que os profissionais de saúde não vão acreditar na sua revelação, a vergonha e o medo constante de que o agressor tenha conhecimento que a vítima revelou uma situação de violência (7).

No entanto, esta baixa identificação das vítimas de VBG em serviços de saúde não se justifica apenas por condições da própria mulher. A literatura tem vindo a reportar alguma inaptidão por parte dos médicos para gerir este tipo de situações. Algumas justificações encontradas para este achado incluem a falta de confiança e capacidade dos médicos para gerir as revelações das vítimas, a escassa compreensão do fenómeno de abuso e dinâmica de poder e controlo ao qual a vítima é exposta e a falta de clareza acerca do papel que devem desempenhar nestas condições. Algumas vítimas de VBG afirmaram que se sentiram incompreendidas, fator agravado pelas poucas oportunidades que viram disponíveis para discutir a violência sofrida durante as consultas, que, na sua opinião, se centravam exclusivamente no diagnóstico e tratamento dos seus sintomas psiquiátricos, não encontrando um reconhecimento da extensão dos seus maus-tratos (4).

Ainda assim, existem diferenças no que diz respeito à identificação das diferentes naturezas de violência baseada no género. Um estudo realizado na Suécia revelou que a violência sexual tem menor probabilidade de ser reconhecida pelos serviços de saúde mental do que a violência física ou psicológica(72). Já Hughes *et al.*, tendo em conta a evidência patente no Reino Unido e Austrália, reportaram que grande parte dos profissionais de saúde mental não perguntam rotineiramente sobre violência sexual, aspeto fulcral na identificação e prevenção de desenvolvimento, manutenção e agravamento de patologia mental. As justificações mais comumente elencadas passam pelo receio de provocar *distress* ao inquirir sobre estas situações, ausência de tempo, ausência de algoritmos indicados à temática e pouco à-vontade para inquirir temas de tamanha intimidade. Hughes *et al.* verificaram ainda que as formas de violência sexual são raramente medidas ou quantificadas em ensaios sobre saúde mental, apesar de serem

importantes moderadores de resposta em saúde (73). Como Sweeney *et al.* salientaram é necessário produzir e conduzir investigações por sobreviventes de violência sexual de modo a compreender de que forma os serviços de saúde mental estão a corresponder às necessidades das vítimas e explorar o potencial das abordagens utilizadas com o seu impacto na adequação dos cuidados e orientação (74).

Por norma, médicos e restantes profissionais de saúde tendem a só questionar pacientes sobre possíveis situações de VBG quando denotam lesões físicas. A maioria dos estudos realizados observa que as vítimas não tendem a revelar as situações de abuso a menos que sejam diretamente questionadas sobre isso (18).

Um aspeto de especial relevo é o de que as vítimas de VBG apresentam níveis mais elevados de custos em saúde que as não-vítimas. Rivara *et al.* demonstraram que a VRI tem um impacto substancial na utilização e nos custos dos serviços de saúde. As mulheres com história pessoal de VRI aumentaram a utilização de todos os tipos de serviços de saúde em 19% em comparação com as mulheres sem historial de VRI. Este aumento dos custos verificou-se mais elevado durante o período em que a VRI ocorreu, no entanto, persistiu, em média, durante mais 5 anos após a cessação da violência (75).

Desta forma, revela-se necessária a instituição de abordagens que permitam identificar e gerir a vitimização resultante da VBG, de modo a melhorar os resultados em saúde destas mulheres e, ao mesmo tempo, prevenir que a vítima continue exposta a violência.

Macmillan *et al.* argumentaram que quando existem indicadores de VBG, os médicos devem rapidamente estar alerta e antes de questionar diretamente a paciente, devem introduzir questões gerais em relação ao seu bem-estar(76). Além disso, de modo a facilitar esta abordagem, elencaram de forma estruturada o conjunto de sintomas aos quais os profissionais de saúde devem estar particularmente atentos, explanados na tabela

3.

Tabela 3. Indicadores clínicos da presença de VBG. [Adaptado de Macmillan H *et al.* (76)]

<b>Gerais</b>	Sinais e sintomas vagos e pouco coerentes; História não consistente com os achados do exame físico; Relutância na procura de cuidados de saúde e cancelamento de consultas; Parceiro constantemente presente nas visitas aos serviços de saúde; Paciente receosa/ansiosa.
<b>Físicos</b>	Lesões, incluindo hematomas múltiplos,

	nomeadamente se estes se localizarem em várias regiões do corpo e em diferentes estádios de evolução; Lesões associadas a zonas específicas como cabeça e face; Condições físicas crónicas, dor inespecífica e sintomas funcionais.
<b>Psicológicos</b>	Sintomas de depressão, ansiedade e perturbação de stress pós-traumático; Uso de substâncias, ideação suicida e lesões autoinfligidas.
<b>Reprodutivos e Sexuais</b>	Infeções sexualmente transmissíveis; Disfunções sexuais; Gravidez indesejada; Complicações na gravidez

É importante referir que estes fatores de suspeição são meramente probabilísticos, não devendo ser utilizados para diagnóstico imediato, mas sim para levantar suspeitas sobre a presença de violência ou, pelo menos, sobre um possível risco de violência. Assim, sempre que estes indicadores estiverem presentes, torna-se premente a realização de uma investigação mais pormenorizada (3).

No entanto, reconhecer uma vítima de VBG é apenas o primeiro passo de uma cadeia de eventos onde os profissionais de saúde devem saber atuar. É necessário ter presentes os procedimentos jurídico legais e atuar coordenadamente com estas diferentes áreas. É, portanto, premente que se criem planos devidamente elaborados de modo a ser possível e mais fácil coordenar todos estes setores (77).

### **6.3 Abordagem à mulher vítima de Violência Baseada no Gênero**

A literatura verificou que a abordagem dos profissionais de saúde às vítimas de VBG passava maioritariamente pelo tratamento e medicalização da sua sintomatologia, sem focar nem avaliar as causas estruturais que estariam por detrás da sintomatologia clínica. Desta forma, verificou-se que este tipo de posição poderia conduzir à perpetuação da violência contra as mulheres (46). Assim, este trabalho não visa a abordagem às terapias farmacológicas e psicoterapêuticas adotadas para cada patologia associada à VBG, mas antes a reflexão sobre de que forma podem os profissionais de saúde ter um verdadeiro impacto no reconhecimento das vítimas de VBG e na diminuição da prevalência de

violência. Focarmo-nos apenas nos sintomas das mulheres, sem procurar saber a sua causa torna o abuso invisível (59).

A literatura é bastante clara acerca das intervenções que devem ser aplicadas para cada patologia mental possivelmente associada a situações de VBG, no entanto, existem muito poucas evidências sobre a eficácia das intervenções psicológicas, comportamentais ou farmacológicas nas vítimas de VBG quando a violência não foi revelada ou quando esta não é considerada o foco de intervenção(4). No entanto, a investigação acerca de intervenções específicas para sobreviventes de VBG tem vindo a aumentar e revisões sistemáticas mais recentes concluíram que as intervenções baseadas na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e no processamento cognitivo parecem estar associadas a uma melhoria da PSPT e dos sintomas depressivos em vítimas de violência baseada no género que já não se encontram em relações abusivas. Poucos estudos avaliaram se estas mesmas intervenções são uteis na redução da sintomatologia de mulheres que permanecem em risco de serem vítimas de VBG, no entanto, estes também parecem revelar melhoria dos sintomas e possível redução dos maus-tratos (4). Assim, tendo em conta o elevado impacto da perpetuação da violência, mesmo quando a mulher já está a receber tratamento adequado para o seu quadro psicopatológico, este trabalho pretende avaliar que atitudes médicas concorrem para o apropriado reconhecimento da violência e sua gestão.

Como já referido, a prevenção é a estratégia mais eficaz e preponderante na diminuição do impacto da VBG na saúde mental das mulheres. A prevenção primária permite reduzir o seu risco através de estratégias educacionais e de literacia que visam consciencializar toda a população acerca desta problemática. Já a prevenção secundária diz respeito aos rastreios dirigidos que devem ser efetuados quer em serviços específicos, quer em serviços generalistas, de modo a ser possível identificar as vítimas e ter uma noção real da prevalência de VBG contra mulheres. A prevenção terciária remete para toda e qualquer intervenção que permita fornecer à mulher vítima de VBG os cuidados médicos adequados, o encaminhamento para serviços de saúde especializados e a prevenção adicional de novos episódios de violência (78).

### 6.3.1 Prevenção Primária

No que diz respeito à prevenção primária, prática que visa a diminuição do risco de ocorrência de VBG, Garcia-Moreno *et al.* argumentaram que o papel da literacia é particularmente importante na prevenção primária em contexto de medidas de Saúde Pública que permitam alertar para as desigualdades de género e discriminação patentes

globalmente. Ainda assim, o setor da saúde adquire um papel preponderante na prevenção secundária e terciária, papel que deve ser potenciado pela sensibilização dos profissionais de saúde para os problemas inerentes à VBG, pela formação e desenvolvimento de capacidades para mais facilmente identificar as vítimas e pelo rastreio e encaminhamento destas(7).

### 6.3.2 Prevenção Secundária

A prevenção secundária, que concerne à deteção precoce de situações de VBG, tem apresentado valores favoráveis nesta temática, pelo que o recurso a rastreios amplificados de possíveis vítimas tem sido uma prática impulsionada nos últimos anos. Quando implementado de forma eficaz, o rastreio de vítimas de VBG está correlacionado com altas taxas de abandono de relações abusivas. O papel do rastreio universal de vítimas de VBG em serviços como CSP e SU, onde por norma ocorre o primeiro contacto da vítima com os serviços de saúde, tem vindo a ser analisado e os resultados demonstram-se encorajadores. Por outro lado, dado que prevalência das vítimas de VBG é elevada nos serviços de saúde mental, é recomendada uma investigação mais pormenorizada nestes. Um fator relevante é o de que a literatura é bastante coerente quanto ao facto de que estes inquéritos devem ser feitos apenas por profissionais que receberam formação específica e que reconhecem eficazmente a melhor forma de encaminhar a vítima para serviços especializados (4).

O projeto *“Women’s Evaluation of Abuse and Violence Care (WEAVE)”* foi o primeiro ensaio baseado na prática da medicina geral e familiar que testou o impacto do rastreio e intervenção na VRI na saúde e bem-estar das mulheres. Os resultados deste estudo foram semelhantes aos anteriores revelando que existe uma forte associação entre VRI e o desenvolvimento de patologia mental e consequentemente maior procura de serviços de saúde. Este estudo permitiu ainda concluir que, apesar de muitas mulheres estarem a receber tratamento para a sua patologia mental, os cuidados não são adaptados às experiências e gravidade dos maus-tratos a que são sujeitas. Desta forma, concluíram que é fundamental que os profissionais de Medicina Geral e Familiar (MGF) sejam capazes de orientar estas mulheres para serviços mais especializados em VBG. É necessária mais investigação para entender a razão de tão poucas mulheres vítimas de VRI procurarem serviços mais direcionados para a sua problemática. É premente que através da boa relação médico-doente os profissionais de saúde saibam lidar com os sintomas da VRI e consigam diminuir o estigma associado à procura de serviços de saúde nestas situações (79).

Ao longo dos anos, foram utilizadas várias estratégias de rastreio com o objetivo de tornar a abordagem dos médicos mais sistematizada. Embora a literatura apoie o recurso ao rastreio, existe muito pouca evidência acerca da melhor ferramenta a ser utilizada (26). Cochrane *et al.*, após avaliarem as práticas de rastreios, concluíram que os rastreios de rotina aumentam a identificação de doentes vítimas de VBG, mas que, no entanto, não revelam um impacto substancial na qualidade de vida destas. Apesar destas conclusões, foi esclarecido que os resultados deste estudo estão associados a algumas limitações, como por exemplo, o não fornecimento de tempo de acompanhamento suficiente para mostrar a verdadeira eficácia do rastreio no que concerne ao aumento da qualidade de vida das vítimas. De qualquer forma, revela-se necessária a realização de mais estudos que permitam avaliar esta temática (80).

Por outro lado, a OMS não recomenda o rastreio universal a todas as mulheres, mas sim a todas aquelas cujos médicos suspeitem de consequências ou condições relacionadas com a VBG. No entanto, a forma como se deve abordar esta temática deve ser cuidada, de modo a não quebrar a relação médico-doente e deve ocorrer sempre num espaço que garanta a privacidade e segurança da possível vítima de VBG (81).

É importante ressaltar que a abordagem em consulta desta temática exige uma elevada capacidade de comunicação e compreensão por parte do médico, assim a Organização Mundial de Saúde delineou uma estratégia de cinco passos denominada “*LIVES: listen, inquire, validate, enhance safety and support*” que deve ser usada como primeira linha no atendimento da mulher em risco de VBG com o objetivo de orientar os profissionais de saúde nas necessidades práticas e emocionais da abordagem à vítima de VBG: ouvir (com empatia); inquirir (sobre as necessidades e preocupações da vítima); validar (mostrar que compreende); aumentar a segurança (discutir um plano que vise a segurança futura) e apoiar (conjuntamente com oferecer informações). No entanto, a literatura tem observado que apesar da importância do médico discutir com a doente as suas necessidades, preocupações e opções imediatas, este deve priorizar aquilo que é a vontade da doente e respeitar qualquer que seja a sua decisão, primando pela empatia. Ressalva-se também a importância do acompanhamento à vítima, oferecendo sempre os cuidados necessários com base nas necessidades e preferências desta (81).

A organização *Futures Without Violence*, uma organização sem fins lucrativos que trabalha com o objetivo de acabar com a violência contra mulheres e crianças, criou o algoritmo “*CUES, Confidentiality, Universal Education, Empowerment and Support*” para ajudar os profissionais de saúde a debater o tema da violência contra mulheres. Esta abordagem tem como base a empatia e o suporte e defende que este tipo de abordagem

deve ocorrer em espaços seguros e de confiança (26). A tabela 4 sumariza os passos desta abordagem e exemplifica aquilo que seria considerado uma possível abordagem correta.

Tabela 4. *Cues: Addressing Domestic and Sexual Violence in Health Settings*. [Adaptada de “Futures Without Violence” (26)]

	<b>Descrição</b>	<b>Exemplo</b>
<b>Iniciação</b>	Iniciar a conversa através da história social da paciente, particularmente a história de relações interpessoais. Pedir permissão para avançar no diálogo.	“Obrigado por me falar acerca da sua relação. Por vezes as relações estão associadas a problemas e isso pode gerar violência. É aceitável para si falarmos um bocadinho sobre este tema?”
<b>Confidencialidade</b>	Assegurar de que a paciente está sozinha e pode falar livremente. Explicar os limites da confidencialidade.	“Antes de começarmos quero explicar-lhe que aquilo que me disser ficará entre nós, a menos que exista alguma situação que coloque em perigo a sua vida ou de terceiros”
<b>Educação Universal</b>	Fornecer informação sobre aquilo que é uma relação saudável, sobre os problemas comuns numa relação e recursos disponíveis para vítimas de VRI. Explicar à pessoa que é normal falar disto com todos os pacientes, de modo a diminuir o estigma.	“Apesar de ser normal existirem problemas nas relações, a violência nunca é justificável. Eu faço questão de explicar a todos os meus pacientes a forma como a violência tem um impacto negativo na saúde. Quero que você saiba que estou disponível em qualquer momento para falar sobre isto”
<b>Capacitação e Suporte</b>	Se a paciente escolher contar a sua história, agradecer-lhe pela partilha, validando a sua experiência, mantendo sempre a empatia.	“Muito obrigada por partilhar a sua história comigo. Eu quero que saiba que não é culpada por nada do que está a

		passar. Estou sempre disponível para abordar este assunto e gostaria que pensasse sobre as seguintes recomendações (...) que tenho para lhe dar”
--	--	--

### 6.3.3 Prevenção Terciária

A prevenção terciária diz respeito às práticas que visam minimizar as complicações e que almejam a reabilitação da vítima de VBG. No entanto, um entrave é o de que muitos médicos ainda adotam um modelo paternalista da medicina, focado na doença e seus sintomas, não valorizando a pessoa como um ser individual dentro do seu próprio modelo biopsicossocial. Assim, apesar da medicalização poder fazer parte de uma abordagem holística, a maioria dos estudos revelam que no caso da VBG esta só adquire verdadeira eficácia quando conjugada com outras intervenções (63).

No que concerne à VBG, estudos mais recentes referem que as medidas mais eficientes se centram naquelas que visam aliviar os sintomas e atenuar as sequelas psicológicas da vítima. Desta forma, a terapia cognitivo comportamental revelou um papel preponderante na gestão das vítimas de VBG (32). Campbell *et al.* realizaram um inquérito a profissionais de saúde mental em *Midwest* e observaram que a maioria (52%) referiu recorrer a terapia cognitivo comportamental (TCC) com vítimas de violência em relações de intimidade e violência sexual, mas quase todos afirmaram que raramente utilizam apenas uma abordagem e que combinam, intencionalmente, várias orientações terapêuticas e tratamentos(29). Assim, torna-se premente analisar qual a metodologia mais indicada e quais os procedimentos que os profissionais de saúde devem conhecer de modo a reconhecer as vítimas de VBG e orientá-las de forma correta. As intervenções de TCC dizem respeito a uma ampla vaga de intervenções, individuais ou de grupo, que utilizam componentes cognitivas e comportamentais, entrevistas motivacionais e/ou técnicas de resolução de problemas com o objetivo de fornecer competências emocionais, de comunicação e de assertividade para gerir a VBG e outros problemas que dela advenham, realizadas por profissionais de saúde. J. Tirado Muñoz *et al.* foram os primeiros a considerar a eficácia deste tipo de intervenções de forma isolada na redução da ocorrência de VRI. A evidência demonstrou que a TCC quando conjugada com o investimento na literacia da paciente podem ser significativamente mais eficazes na redução da violência física e psicológica por parceiro íntimo, no entanto, não revelaram impacto considerável

na diminuição da violência sexual. De qualquer forma é importante ter em consideração que este estudo está limitado a uma heterogeneidade de intervenções que não permitem retirar conclusões definitivas. Aliado a qualquer intervenção médica que os profissionais de saúde possam utilizar, a literatura tem sido bastante clara quanto à necessidade de capacitar a mulher vítima de VBG para medidas que visam aumentar a sua segurança através do fornecimento de informação sobre apoio jurídico, aconselhamento financeiro e habitacional, apoio social, desenvolvimento de planos de segurança e facilitação do acesso a recursos comunitários (82). Além dos serviços médicos, a literatura refere que os profissionais de saúde devem recomendar às mulheres vítimas de VBG grupos de apoio social e casas de abrigo, dado que vários estudos têm vindo a referir que o recurso a estas alternativas está associado a reduções consideráveis dos sentimentos de angústia e de auto-culpabilização, ao longo do tempo, reduzindo o sofrimento e aumentando a qualidade de vida das vítimas (32).

## **6.4 Abordagem à vítima de Violência Baseada no Gênero em Portugal**

Em Portugal, a atual abordagem médico-legal dos casos de alegada violência baseada no género tem sofrido atualizações ao longo do milénio. No início deste, as perícias médico-legais seguiam os moldes de qualquer perícia por ofensa corporal. Atualmente, a atenção é também dirigida para os aspetos particulares e fundamentais da prática de violência, bem como para o correto encaminhamento da vítima a nível psicossocial, tendo também em conta a sua segurança (3).

A medicina legal permite que se estabeleça uma ponte direta entre a medicina e o direito, pelo que adquire um papel fundamental na gestão das mulheres vítimas de VBG. Como já foi mencionado anteriormente, a avaliação e acompanhamento de qualquer vítima, particularmente as sujeitas a VBG, é complexa e exige uma coordenação multidisciplinar entre diversas áreas, nomeadamente medicina legal, psicologia, serviços sociais e serviços policia e jurídicos. Infelizmente, em Portugal, permanece a ausência de um sistema nacional integrado de intervenção para este tipo de violência(3).

A garantia da qualidade dos serviços de atendimento às vítimas tem sido uma preocupação do Governo, expressa na publicação do Plano Anual de Formação Conjunta: “*Violência contra as Mulheres e Violência Doméstica*” (2020). Apesar de o nosso país ter vindo a evoluir consideravelmente no que concerne à valoração dos direitos das mulheres e à necessidade de reconhecimento da VBG enquanto problema de saúde pública, um

estudo realizado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos revelou que a suspeita de VRI ocorre em apenas 2,3% da população feminina. Este valor revela-se muito inferior aos dados que a literatura apresenta como prevalência destes casos, nomeadamente 27% a nível mundial e 18% em Portugal. Estes dados não significam diretamente que os médicos não sejam capazes de detetar situações associadas a VBG, podem existir também um défice de notificações (44).

O sucesso do acompanhamento de uma situação de VBG não está apenas restrito aos meios usados a nível médico e jurídico, é também importante ter em consideração as competências pessoais e profissionais daqueles que se deparam diariamente com esta temática, nomeadamente: a formação especializada, o domínio de ferramentas de avaliação e identificação, o conhecimento de recursos sociais, a capacidade de comunicação, a estabilidade emocional, a capacidade de gestão de conflitos e a de estabelecer uma relação empática e segura com a paciente (3).

Um dos problemas mais comumente elencado pelos profissionais de saúde em Portugal é a gestão do dilema ético com o qual são obrigados a deparar-se. Este dilema está estruturado na resistência que por vezes existe por parte da vítima em querer apresentar queixa-crime e a obrigação legal que o médico tem de apresentar queixa uma vez que se trata de um crime de natureza pública(3).

Em Portugal, segundo o artigo 152º do Código Penal, a Violência Doméstica (e a VRI é uma das tipologias de violência que se insere neste conceito) é considerada um crime público. Os crimes públicos são aqueles cujo processo se desencadeia oficiosamente pelo Ministério Público, após aquisição da notícia do crime, seja por conhecimento próprio, por intermédio dos órgãos de polícia criminal ou mediante denúncia (cfr. art.º 241.º do CPP). Nos processos respeitantes à prática de crimes públicos, não há necessidade de intervenção do ofendido para que o processo corra os seus trâmites, isto é, pode o processo iniciar-se e prosseguir apenas por iniciativa do Ministério Público, mesmo que não se tenha verificado a apresentação de qualquer queixa por parte da vítima. Ou seja, a Violência Doméstica pode ser denunciada por qualquer indivíduo e o processo é iniciado mesmo que a vítima não notifique qualquer ocorrência(83).

A natureza pública deste crime surge então como um desafio para o médico, que apesar de ter consciência das suas obrigações legais, se demonstra receoso de quebrar a confiança da vítima e de pôr em causa a relação terapêutica. Por outro lado, existe também a consciência de que a denúncia, por si só, pode ser um fator potenciador da violência. O que a literatura tem sugerido é que a participação destes crimes deve ser ponderada e

executada de acordo e em conjunto com a vítima, mantendo a relação terapêutica e o direito da vítima à sua autodeterminação e ao mesmo tempo permitindo ao médico o cumprimento das suas obrigações legais (3).

O Código Deontológico da Ordem dos Médicos especifica, no artigo 53º, sob a epígrafe “*Proteção de diminuídos e incapazes*”: “*Sempre que o médico, chamado a tratar um menor, um idoso, um deficiente ou um incapaz, verifique que estes são vítimas de sevícias, maus-tratos ou assédio, deve tomar providências adequadas para os proteger, nomeadamente alertando as autoridades competentes*” (84). Assim, podemos verificar que este artigo é extremamente redutor e que desconsidera os adultos que se possam encontrar em situações de potencial risco, ignorando a vulnerabilidade de possíveis vítimas de VBG. Esta realidade compromete ainda mais o conflito premente entre o dever de sigilo médico e a obrigação legal de notificação de crimes deste tipo. Contudo, é relevante ter em consideração três aspetos particulares que revelam a dificuldade de atribuir à mulher de forma isolada a gestão da sua situação, nomeadamente: a gravidade das consequências da VBG que levantam urgência na cessação do ciclo de violência; a eventual incapacidade da mulher vítima de VBG se autodeterminar e tomar iniciativa de procurar ajuda e proteção, atendendo às comuns manifestações de patologia mental e ao isolamento social em que muitas vezes se encontra; o facto de, no caso da VRI, existirem, muitas vezes, crianças envolvidas e que a exposição a estas situações as transfigura também em vítimas.

É de ressaltar ainda que a iniciativa de denunciar uma situação de VBG também se encontra relacionada com a tentativa de realização, no mais curto espaço de tempo, de um exame médico legal, de modo que seja estabelecido um relatório pericial capaz de apoiar a administração de justiça. Assim, é claro que não existe um modelo universal, deontológico e legal adequado e que, em cada situação particular, deve existir uma elevada ponderação sobre a gestão da vítima(3,44).

Assim, conclui-se que apesar dos desafios elencados, cada médico deve apoiar-se numa abordagem pró-ativa, no sentido de ser capaz de reconhecer, apoiar, proteger e encaminhar qualquer mulher que suspeite ser vítima de violência baseada no género.



## Capítulo 7

### Conclusão e Perspetivas Futuras

A problemática da Violência Baseada no Gênero (VBG) contra mulheres tem sido uma temática cada vez mais presente e atual. Esta corresponde a uma realidade preocupante com impacto negativo na Saúde Mental de milhares de vítimas ao longo do tempo e de forma transversal em várias regiões do mundo, atingindo diferentes estratos socio-económico-educacionais e culturais. Este tema tem adquirido uma relevância crescente na nossa sociedade e, conseqüentemente, a literatura tem acompanhado esse interesse debruçando-se sobre o estudo do impacto da VBG na Saúde Mental das mulheres.

De facto, os estudos realizados nas duas últimas décadas têm vindo a comprovar os efeitos nefastos da violência física, sexual e psicológica na saúde mental das mulheres vítimas destas práticas. No entanto, por inicialmente a grande maioria dos estudos ter colocado a sua ênfase nos efeitos físicos da violência, menosprezando a investigação sobre os efeitos da VBG na saúde mental, a informação neste âmbito permanece escassa. Alguns estudos defendiam a ideia primordial e ultrapassada de que a violência contra mulheres surgia como produto de doença mental e não como sua consequência, o que caiu em desuso à medida que a evidência se desenvolveu.

A investigação acerca da VBG contra mulheres constitui assim um enorme desafio para o mundo contemporâneo. A magnitude do seu impacto sobrecarrega a capacidade de investigação, uma vez que a experiência de vitimização de cada mulher é única e depende de múltiplos fatores individuais, relacionais, sociais e culturais. Um caminho importante para a investigação futura passa por uma avaliação mais sistemática da associação entre o desenvolvimento de patologia mental, tendo em conta outros fatores condicionantes da saúde da vítima. Uma limitação que poderá ser identificada nos estudos analisados é a de que a maioria atribui a sua atenção à violência em relações de intimidade, acabando por negligenciar outros tipos de violência. Esta situação leva a que não seja possível concluir de forma clara as melhores formas de gerir e, conseqüentemente, ter um impacto significativo na diminuição dos outros tipos de violência.

Apesar de não existirem dúvidas acerca das consequências negativas da VBG na saúde mental das mulheres, revela-se impossível a elaboração de modelos padrão que permitam reconhecer inequivocamente uma vítima. Aliado a isto, a diferente gravidade dos vários tipos de violência implica abordagens e considerações diferentes. O reforço da investigação nesta área vai exigir a continuação de reformas significativas em conjunto com as perspetivas sociais e jurídicas desta problemática.

A erradicação ou redução da VBG contra mulheres implica que sejam estabelecidos esforços para o aumento da literacia acerca desta temática na sociedade em geral, bem como de recursos disponíveis para as vítimas a nível internacional. Até agora, as intervenções a nível da VBG têm-se focado no tratamento e gestão das suas consequências, tornando-se, assim, premente o investimento na sua prevenção e deteção precoce, de modo que seja possível atuar antes do desenvolvimento de patologia mental. Desta forma, revela-se fundamental a capacitação dos médicos para que estes sejam capazes de identificar e agir em conformidade com as necessidades das vítimas de VBG.

Em Portugal, a VBG é uma questão premente e para mitigar os seus efeitos prejudiciais requer-se uma abordagem multidisciplinar, não só médica, mas também de outros grupos profissionais. É urgente instalar no nosso país um sistema integrado de cuidados, que permita a identificação precoce das vítimas e o encaminhamento adequado para os serviços médicos e jurídicos adequados, diminuindo a incerteza e os processos burocráticos aos quais as vítimas são expostas. Ao mesmo tempo, devem ser criados modelos de abordagem que permitam, não só estimular os médicos a questionar possíveis vítimas sobre a sua experiência de violência, mas também que concorram para a diminuição da vitimização secundária. Numa abordagem mais ampla, observa-se a necessidade de investir em políticas públicas eficazes e na melhoria do acesso a serviços de saúde mental especializados em problemáticas de violência de género.

Assim, podemos concluir que, apesar do reconhecimento, cada vez maior, desta realidade e dos notáveis avanços verificados nesta área, é insuficiente o mero conhecimento das consequências da VBG. Revela-se necessário também aumentar a literacia nesta área, bem como a investigação que teorize bases sólidas para reduzir efetivamente estas mesmas consequências. É fundamental oferecer não só cuidados adequados às vítimas, mas principalmente apostar na prevenção deste tipo de violência, na sua deteção precoce quando presente e numa forma célere de atuar em conformidade.



## Capítulo 8

### Bibliografia

1. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*. 2022 Feb 26;399(10327):803–13.
2. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Articles Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence [Internet]. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). Available from: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)
3. APMJ | Associação Portuguesa de Mulheres Juristas, editor. Manual de boas práticas judiciais em matéria de violência de género e violência doméstica | Projeto “Mil Flores.” Edição: AAFDL Editora | 2023. 2023.
4. Oram S, Khalifeh H, Howard LM. Violence against women and mental health. Vol. 4, *The Lancet Psychiatry*. Elsevier Ltd; 2017. p. 159–70.
5. Krantz G, Garcia-Moreno C. Violence against women. Vol. 59, *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2005. p. 818–21.
6. global scope and magnitude.
7. Garcia-Moreno C, Moreno CG. Future Directions: An International Perspective Violence Against Women International Perspectives [Internet]. Vol. 19, *Am J Prev Med*. 2000. Available from: [www.who.ch/](http://www.who.ch/)
8. Almeida MDG. A violência na Sociedade Contemporânea. ediPUCRS, editor. 2010.
9. Declaration on the Elimination of Violence against Women Proclaimed by General Assembly resolution 48/104 of 20 December 1993.
10. Krug EG, World Health Organization. World report on violence and health. World Health Organization; 2002. 346 p.
11. Coker AL, Smith PH, Mckeown RE, King MJ. American Journal of Public Health 553 public health priority. Vol. 90, *Am J Public Health*. 2000.
12. Ellsberg MC, Peña R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *American Journal of Public Health*. 1999 Feb;89(2):241–4.
13. Nakamura IB, Silva MT, Garcia LP, Galvao TF. Prevalence of Physical Violence Against Brazilian Women: Systematic Review and Meta-Analysis.

- Vol. 24, Trauma, Violence, and Abuse. SAGE Publications Ltd; 2023. p. 329–39.
14. Oram S. Sexual violence and mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. Cambridge University Press; 2019.
  15. McManus S, Walby S, Barbosa EC, Appleby L, Brugha T, Bebbington PE, et al. Intimate partner violence, suicidality, and self-harm: a probability sample survey of the general population in England. *Lancet Psychiatry*. 2022 Jul 1;9(7):574–83.
  16. Paixão M, Valente J, Leite A, Silva AC da, Chaves D, Silva L, et al. Beyond the cultural phenomena: Female genital mutilation as a public health problem in Portugal. Vol. 34, *Acta Medica Portuguesa*. CELOM; 2021. p. 410–2.
  17. McCausland B, Knight L, Page L, Trevillion K. A systematic review of the prevalence and odds of domestic abuse victimization among people with dementia. Vol. 28, *International Review of Psychiatry*. Taylor and Francis Ltd; 2016. p. 475–84.
  18. Walker-Descartes I, Mineo M, Condado LV, Agrawal N. Domestic Violence and Its Effects on Women, Children, and Families. Vol. 68, *Pediatric Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2021. p. 455–64.
  19. Lutgendorf MA. Intimate Partner Violence and Women’s Health. *Obstetrics and Gynecology*. 2019 Sep 1;134(3):470–80.
  20. Howard LM, Trevillion K, Agnew-Davies R. Domestic violence and mental health. Vol. 22, *International Review of Psychiatry*. 2010. p. 525–34.
  21. Moracco KE, Runyan CW, Bowling JM, Earp JAL. Women’s experiences with violence: A national study. *Women’s Health Issues*. 2007 Jan;17(1):3–12.
  22. Lyons M, Brewer G. Experiences of Intimate Partner Violence during Lockdown and the COVID-19 Pandemic. *J Fam Violence*. 2022 Aug 1;37(6):969–77.
  23. Ostadtaghizadeh A, Zarei M, Saniee N, Rasouli MA. Gender-based violence against women during the COVID-19 pandemic: recommendations for future. *BMC Womens Health*. 2023 Dec 1;23(1).
  24. Gonçalves D. Fatores de risco preditores de episódios de Violência Doméstica repetida: Avaliação de risco focalizada nas vítimas. 2020 Mar;
  25. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO Multi-country Study on women’s Health and Domestic Violence. *BMC Public Health*. 2011;11.

26. Kyle J. Intimate Partner Violence. Vol. 107, Medical Clinics of North America. W.B. Saunders; 2023. p. 385–95.
27. Neves MS, Diogo J. A DECISÃO CLÍNICA EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA 2014 2 A Decisão Clínica em Situações de Violência Doméstica.
28. Heise L, Ellsberg M, Gottmoeller M. A global overview of gender-based violence. Vol. 1, International Journal of Gynecology and Obstetrics 78 Suppl. 2002.
29. Campbell R, Dworkin E, Cabral G. An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. Vol. 10, Trauma, Violence, and Abuse. 2009. p. 225–46.
30. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health [Internet]. Vol. 360, Public health THE LANCET •. 2002. Available from: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)
31. Heise L, Ellsberg M, Gottmoeller M. A global overview of gender-based violence. Vol. 1, International Journal of Gynecology and Obstetrics 78 Suppl. 2002.
32. Jordan CE, Campbell R, Follingstad D. Violence and women's mental health: The impact of physical, sexual, and psychological aggression. Vol. 6, Annual Review of Clinical Psychology. 2010. p. 607–28.
33. Garcia-Moreno C, Moreno CG. Future Directions: An International Perspective Violence Against Women International Perspectives [Internet]. Vol. 19, Am J Prev Med. 2000. Available from: [www.who.ch/](http://www.who.ch/)
34. Christaki V, Orovou E, Dagla M, Sarantaki A, Moriati S, Kirkou G, et al. Domestic Violence During Women's Life in Developing Countries. Mater Sociomed. 2023;35(1):58–64.
35. Podaná Z. Patterns of intimate partner violence against women in Europe: Prevalence and associated risk factors. J Epidemiol Community Health (1978). 2021 Aug 1;75(8):772–8.
36. Krug EG, World Health Organization. World report on violence and health. World Health Organization; 2002. 346 p.
37. World H' ~. ENTAL HEALTH ACTION PLAN 2013-2020 '.
38. Kulkarni J. Women's mental health: Still not a priority, still not good enough. Vol. 48, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. SAGE Publications Ltd; 2014. p. 701–4.
39. Afifi M. 385 Ministry of Health Headquarters. Vol. 48, Review Article Singapore Med J. 2007.

40. Ludermir AB, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Soc Sci Med.* 2008 Feb;66(4):1008–18.
41. Roberts GL, Williams GM, Lawrence JM, Raphael B. How does domestic violence affect women's mental health? *Women Health.* 1999;28(1):117–29.
42. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health [Internet]. Vol. 360, Public health THE LANCET •. 2002. Available from: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)
43. Lacey KK, McPherson MD, Samuel PS, Powell Sears K, Head D. The Impact of Different Types of Intimate Partner Violence on the Mental and Physical Health of Women in Different Ethnic Groups. *J Interpers Violence.* 2013 Jan 1;28(2):359–85.
44. Clemente-Teixeira M, Magalhães T, Barrocas J, Dinis-Oliveira RJ, Taveira-Gomes T. Health Outcomes in Women Victims of Intimate Partner Violence: A 20-Year Real-World Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Dec 1;19(24).
45. Romito P, Turan JM, De Marchi M. The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Soc Sci Med.* 2005;60(8):1717–27.
46. Navarro-Mantas L, de Lemus S, Megías JL. Mental Health Consequences of Intimate Partner Violence Against Women in El Salvador. *Violence Against Women.* 2021 Dec 1;27(15–16):2927–44.
47. Ishida K, Stupp P, Melian M, Serbanescu F, Goodwin M. Exploring the associations between intimate partner violence and women's mental health: Evidence from a population-based study in Paraguay. *Soc Sci Med.* 2010 Nov;71(9):1653–61.
48. Campbell JC, Lewandowski LA. MENTAL AND PHYSICAL HEALTH EFFECTS OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE ON WOMEN AND CHILDREN THE PSYCHIATRIC CLINICS OF NORTH AMERICA.
49. Plazaola-Castaño J, Ruiz Pérez I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clin (Barc).* 2004 Jan;122(12):461–7.
50. Dokkedahl SB, Kirubakaran R, Bech-Hansen D, Kristensen TR, Elklit A. The psychological subtype of intimate partner violence and its effect on mental health: a systematic review with meta-analyses. *Syst Rev.* 2022 Dec 1;11(1).
51. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, et al. Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide

- Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies. Vol. 10, PLoS Medicine. 2013.
52. Karakurt G, Smith D, Whiting J. Impact of Intimate Partner Violence on Women's Mental Health. *J Fam Violence*. 2014 Oct 1;29(7):693–702.
  53. Howard LM, Trevillion K, Agnew-Davies R. Domestic violence and mental health. Vol. 22, *International Review of Psychiatry*. 2010. p. 525–34.
  54. Fanslow J, Robinson E. Violence against women in New Zealand: prevalence and health consequences. Vol. 117, *THE NEW ZEALAND MEDICAL JOURNAL*. 1206.
  55. Pico-alfonso MA, Isabel Garcia-linares M, Celda-navarro N, Blasco-ros C, Echeburúa E, Martinez M. The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide. Vol. 15, *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH*. 2006.
  56. Sassarini DJ. Depression in midlife women. Vol. 94, *Maturitas*. Elsevier Ireland Ltd; 2016. p. 149–54.
  57. Golding JM. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. Vol. 14, *Journal of Family Violence*. 1999.
  58. Güler A, Bankston K, Smith CR. Self-esteem in the context of intimate partner violence: A concept analysis. *Nurs Forum (Auckl)*. 2022 Nov 1;57(6):1484–90.
  59. Moulding N, Franzway S, Wendt S, Zufferey C, Chung D. Rethinking Women's Mental Health After Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*. 2021 Jun 1;27(8):1064–90.
  60. Bauer HM, Rodríguez MA, Pérez-Stable EJ. Prevalence and Determinants of Intimate Partner Abuse Among Public Hospital Primary Care Patients.
  61. Barreto L, Dimenstein M, Leite JF. Atenção a mulheres em situação de violência com demandas em saúde mental. *Athenea Digital*. 2013;13(3):195–207.
  62. Mechanic MB. Beyond PTSD: Mental health consequences of violence against women: A response to Briere and Jordan. Vol. 19, *Journal of Interpersonal Violence*. 2004. p. 1283–9.
  63. Humphreys C, Thiara R. Mental Health and Domestic Violence: "I Call it Symptoms of Abuse." *Br J Soc Work*. 2003 Mar;33(2):209–26.
  64. Kumar A, Haque Nizamie S, Srivastava NK. Violence against women and mental health. Vol. 1, *Mental Health and Prevention*. 2013. p. 4–10.

65. Khalifeh H, Moran P, Borschmann R, Dean K, Hart C, Hogg J, et al. Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. *Psychol Med*. 2015 Mar 12;45(4):875–86.
66. Satyanarayana VA, Chandra PS, Vaddiparti K. Mental health consequences of violence against women and girls. Vol. 28, *Current Opinion in Psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins; 2015. p. 350–6.
67. Dienemann J, Boyle E, Baker D, Resnick W, Wiederhorn N, Campbell J, et al. *Issues Ment Health Nurs* Downloaded from informahealthcare. Vol. 21, *Issues in Mental Health Nursing*. 2000.
68. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: A systematic review. *The Lancet*. 2013;382(9895):859–65.
69. Meekers D, Pallin SC, Hutchinson P. Intimate partner violence and mental health in Bolivia. *BMC Womens Health*. 2013 Jun 26;13(1).
70. Ferrari G, Agnew-Davies R, Bailey J, Howard L, Howarth E, Peters TJ, et al. Domestic violence and mental health: A cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Glob Health Action*. 2016;9(1).
71. Roberts GL, O~l'oole BI, Raphael B, Lawrence JM, Bs MB, Ashby R. INJURY PREVENTION/ORIGINAL CONTRIBUTION Prevalence Study of Domestic Violence Victims in an Emergency Department PREVALENCE OF DOMESTIC VIOLENCE. Vol. 7, *ANNALS OF EMERGENCY MEDICINE*. 1996.
72. Örmon K, Sunnqvist C, Bahtsevani C, Levander MT. Disclosure of abuse among female patients within general psychiatric care - a cross sectional study. *BMC Psychiatry*. 2016 Mar 24;16(1).
73. Hughes E, Lucock M, Brooker C. Sexual violence and mental health services: A call to action. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;1–4.
74. Sweeney A, Perôt C, Callard F, Adenden V, Mantovani N, Goldsmith L. Out of the silence: Towards grassroots and trauma-informed support for people who have experienced sexual violence and abuse. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;
75. Rivara FP, Anderson ML, Fishman P, Bonomi AE, Reid RJ, Carrell D, et al. Healthcare Utilization and Costs for Women with a History of Intimate Partner Violence. *Am J Prev Med*. 2007 Feb;32(2):89–96.
76. Macmillan HL, Kimber M, Stewart DE. Intimate Partner Violence Recognizing and Responding Safely Clinical Review & Education *JAMA*

- Insights [Internet]. Vol. 324, Number. Available from: <https://vegaproject.mcmaster.ca/>
77. Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública (Taking action against domestic violence. A challenge for public health).
  78. Chrisler JC, Ferguson S. Violence against women as a public health issue. In: *Annals of the New York Academy of Sciences*. Blackwell Publishing Inc.; 2006. p. 235–49.
  79. Hegarty KL, O’Doherty LJ, Chondros P, Valpied J, Taft AJ, Astbury J, et al. Effect of Type and Severity of Intimate Partner Violence on Women’s Health and Service Use: Findings From a Primary Care Trial of Women Afraid of Their Partners. *J Interpers Violence*. 2013 Jan 1;28(2):273–94.
  80. O’Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Vol. 2015, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2015.
  81. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence A clinical handbook [Internet]. Available from: [www.who.int](http://www.who.int)
  82. Tirado-Muñoz J, Gilchrist G, Farré M, Hegarty K, Torrens M. The efficacy of cognitive behavioural therapy and advocacy interventions for women who have experienced intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Ann Med*. 2014 Dec 1;46(8):567–86.
  83. CÓDIGO PENAL [Internet]. Available from: [www.legix.pt](http://www.legix.pt)
  84. Jurídico D. ORDEM DOS MÉDICOS ASSUNTO: QUESTÕES ÉTICO-JURÍDICAS NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA A RELAÇÃO MÉDICO / DOENTE E O SEGREDO MÉDICO.

