

VIOLÊNCIA CONJUGAL E ÁLCOOL: (IN)EXISTÊNCIA DE UMA RELAÇÃO CAUSAL?

MESTRADO EM MEDICINA LEGAL E CIÊNCIAS FORENSES



SETEMBRO DE 2009
MÔNICA VIEIRA DE ALMEIDA

**VIOLÊNCIA CONJUGAL E ÁLCOOL:
(IN)EXISTÊNCIA DE UMA RELAÇÃO CAUSAL?**

MESTRADO EM MEDICINA LEGAL E CIÊNCIAS FORENSES

ORIENTADORA

PROFESSORA DOUTORA MADALENA ALARCÃO

PROFESSORA ASSOCIADA DA FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA

CO-ORIENTADOR

PROFESSOR DOUTOR DUARTE NUNO VIEIRA

PRESIDENTE DO INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL

PROFESSOR CATEDRÁTICO DA FACULDADE DE MEDICINA

UNIVERSIDADE DE COIMBRA

SETEMBRO DE 2009

MÓNICA VIEIRA DE ALMEIDA

Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, com orientação da Professora Doutora Madalena Alarcão e Co-orientação do Professor Doutor Duarte Nuno Vieira.

RESUMO

Constitui-se como propósito do presente trabalho perceber a controversa relação que existe entre violência conjugal e consumo de álcool. Mais especificamente, pretende perceber-se de que forma ambas as realidades se influenciam e se potenciam bem como quais serão, nomeadamente ao nível da violência conjugal, as consequências do consumo excessivo de álcool.

O estudo dos processos relativos a situações avaliadas pelo Gabinete Médico-Legal de Aveiro do Instituto Nacional de Medicina Legal no ano de 2006, para além de caracterizar as vítimas e a violência conjugal a que foram sujeitas, permitiu a construção de uma Ficha de Avaliação da Violência Conjugal que se apresenta e propõe como instrumento de recolha e registo de informação pertinente sobre tal problemática. Através da realização de um conjunto de entrevistas, procurámos compreender de que forma é que vítimas e agressores conjugais percebem a relação entre violência e alcoolismo. Na linha da literatura consultada, as vítimas e agressores entrevistados não estabelecem uma relação causal entre álcool e violência, embora expressem claramente a ideia de que a violência é mais grave quando o agressor está sob o efeito álcool.

Palavras-chave: violência conjugal; alcoolismo; vítimas; agressores.

ABSTRACT

The intent of this study is to understand the controversial relationship between conjugal violence and the consumption of alcohol. It's intended to understand how one influences and empower the other and what the consequences of alcohol consumption are, more specifically when we think about conjugal violence.

The research of the situations evaluated in 2006 by the Forensic Office of Aveiro (National Institute of Forensic Medicine), besides characterize the victims and the conjugal violence what they were subject, it allowed the construction of a Token of Evaluation of the Conjugal Violence that presents and is proposed like instrument of gathering and register of relevant information on such problematic. Through the realization of a set of interviews, we tried to understand in which form it is which victims

and conjugal aggressors realize the relation between violence and alcoholism. In the line of the consulted literature, the victims and interviewed aggressors do not establish a causal relation between alcohol and violence, though they express clearly the idea of which the violence is more serious when the aggressor is under the effect alcohol.

Key words: conjugal violence; alcoholism; victims; aggressors.

AGRADECIMENTOS

Este espaço é dedicado a todos aqueles que, directa ou indirectamente, contribuíram para a realização deste trabalho. A todos o meu sincero obrigado.

À **Professora Doutora Madalena Moutinho Alarcão Silva**, minha orientadora, pelo imprescindível e valioso apoio que sempre me prestou. Pelo tempo que generosamente me dedicou, transmitindo-me os melhores e mais doutos conhecimentos. Pelas metas que me foi apresentando e encorajando a ultrapassar. Pelos elogios e críticas, pela paciência e por me ter proporcionado um tempo de excelente e singular aprendizagem. Por me ter, sabiamente, conduzido neste árduo trabalho,

o meu muito e sincero obrigado.

Ao **Professor Doutor Duarte Nuno Vieira**, meu co-orientador, pela disponibilidade, atenção e constante encorajamento. Pela preocupação que sempre demonstrou. Pela oportunidade que me proporcionou em estudar e trabalhar com inigualáveis pessoas. Pelos seus ensinamentos,

o meu muito e sincero obrigado.

Ao Gabinete Médico-Legal de Aveiro, nomeadamente à **Mestre Susana Pereira da Silva Tavares** e ao **Dr. José Jerónimo Fonte Santa da Silva**, pela constante disponibilidade e preocupação comigo, pela forma como facilitaram o meu trabalho,

o meu muito e sincero obrigado.

À Fundação Prior Sardo, em particular à **Dra. Maria Cândida Silva**, pelas reconfortantes palavras de apoio, pela compreensão e sábios aconselhamentos, por estar sempre a meu lado,

o meu muito e sincero obrigado.

À Unidade de Alcoologia de Coimbra, nomeadamente à **Dra. Ana Feijão** e **Dra. Alexandra**, pela receptividade ao meu trabalho, apoio e ajuda sempre constantes,
o meu muito e sincero obrigado.

A todas as instituições que tão bem me receberam, nomeadamente o **Lar Divino Salvador** (Ílhavo) e **Casa Abrigo “Ver a Vida”**, permitindo o bom decurso deste trabalho,
o meu muito e sincero obrigado.

Às mulheres e homens inquiridos, que de forma voluntária participaram nesta investigação,
o meu muito e sincero obrigado.

Um particular agradecimento ao **Dr. Silva Marques** pelas suas breves mas importantíssimas indicações.
o meu muito e sincero obrigado.

DEDICATÓRIAS

Aos **meus pais**, meus ídolos e minhas referências, pelos muitos sacrifícios, sábios ensinamentos, incontestável apoio e infinita paciência. Pelas constantes palavras de encorajamento (“é para ir até ao fim!”), pelos abraços, sorrisos, carinhos e amor,

o meu muito e sincero obrigado.

O meu coração é vosso!

Ao **Alexandre**, pelo apoio e presença constantes. Pela infinita compreensão, pelo ombro amigo nos momentos mais complicados deste trabalho, por nunca me deixar desistir. Por partilhar comigo bons e maus momentos,

o meu muito e sincero obrigado.

Contigo, tudo parece mais fácil!

A todos os **amigos** (especialmente a ti, minha amiga do coração), sem exceção, fundamentais em todo este percurso! Por não cobrarem repetidas ausências, pelo apoio e coragem, pela ajuda e preocupação, pela alegria e amizade,

o meu muito e sincero obrigado.

Não imagino a minha existência sem vocês!

Uma última dedicatória a toda a minha **família**! Um especial obrigado a vocês que, mesmo não estando fisicamente comigo, inspiram a minha vida!

Eternamente grata!

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
CAPÍTULO I – VIOLÊNCIA CONJUGAL	
1.1. INTRODUÇÃO	17
1.2. TIPOS DE ABUSO: SINAIS E SINTOMAS	20
1.2.1. VIOLÊNCIA FÍSICA	21
1.2.2. VIOLÊNCIA SEXUAL	22
1.2.3. VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	23
1.3. FACTORES DE RISCO DA VIOLÊNCIA CONJUGAL	24
1.4. CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA CONJUGAL	27
1.5. MODELOS COMPREENSIVOS DA VIOLÊNCIA CONJUGAL	30
1.5.1. PERSPECTIVAS INTRA-INDIVIDUAIS	30
1.5.2. PERSPECTIVAS SOCIOLÓGICAS	31
1.5.3. PERSPECTIVA ECOLÓGICA	32
1.5.4. PERSPECTIVA SISTÉMICA	33
1.6. SÍNTESE	35
CAPÍTULO II – ÁLCOOL	
2.1. INTRODUÇÃO	36
2.2. CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DO ALCOOLISMO	38
2.2.1. CAUSAS DO ALCOOLISMO	38
2.2.2. CONSEQUÊNCIAS DO ALCOOLISMO	40
2.3. ALCOOLISMO: TIPOS DE CONSUMO	42
2.4. ALCOOLISMO: TIPOS DE CONSUMIDORES	43
2.5. MODELOS COMPREENSIVOS DO ALCOOLISMO	44
2.5.1. MODELO MÉDICO-DOENÇA	44
2.5.2. MODELOS SOCIAIS	45
2.5.3. MODELO DA APRENDIZAGEM SOCIAL	46
2.5.4. MODELO BIOPSISSOCIAL	47
2.5.5. MODELO DA INVERSÃO PSICOLÓGICA	47
2.5.6. MODELO SISTÉMICO	47
2.6. VIOLÊNCIA CONJUGAL E ÁLCOOL: QUE RELAÇÃO?	49
2.7. SÍNTESE	51
PARTE II: ESTUDOS EMPÍRICOS	
3.1. INTRODUÇÃO	55
3.2. ESTUDO EMPÍRICO 1: PRIMEIRA FASE	55
3.2.1. OBJECTIVOS E QUESTÕES DA INVESTIGAÇÃO	55
3.2.2. METODOLOGIA	56

3.2.2.1. INSTRUMENTO	56
3.2.2.2. AMOSTRA	57
3.2.3. RESULTADOS	57
3.2.3.1. CARACTERIZAÇÃO DA VÍTIMA	58
3.2.3.2. CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONJUGAL	60
3.2.3.3. CARACTERIZAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE VIOLÊNCIA CONJUGAL E ÁLCOOL	65
3.3. ESTUDO EMPÍRICO 1: SEGUNDA FASE	67
3.3.1. OBJECTIVOS E QUESTÕES DA INVESTIGAÇÃO	67
3.3.2. METODOLOGIA	67
3.3.2.1. INSTRUMENTO	67
3.3.2.2. AMOSTRA	67
3.3.3. RESULTADOS	68
3.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DAS DUAS FASES DO ESTUDO EMPÍRICO 1	69
3.4.1. CARACTERIZAÇÃO DA VÍTIMA E DO AGRESSOR	69
3.4.2. CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONJUGAL	72
3.4.3. CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA CONJUGAL	74
3.4.4. VIOLÊNCIA CONJUGAL E ÁLCOOL	77
3.5. ESTUDO EMPÍRICO 2	77
3.5.1. OBJECTIVOS E QUESTÕES DA INVESTIGAÇÃO	77
3.5.2. METODOLOGIA	79
3.5.2.1. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS	79
3.5.2.2. AMOSTRA	80
3.5.3. RESULTADOS	81
3.5.3.1. RESULTADOS – VÍTIMAS	81
3.5.3.2. RESULTADOS – AGRESSORES	82
3.5.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	84
3.6. LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO E SUGESTÕES	87
CONCLUSÕES FINAIS	91
BIBLIOGRAFIA	93
ANEXOS	101
ANEXO 1: GRELHA DE OBSERVAÇÃO DOS PROCESSOS	103
ANEXO 2: FICHA SOBRE VIOLÊNCIA CONJUGAL	107
ANEXO 3: GUIÃO DE ENTREVISTA – VÍTIMAS	119
ANEXO 4: GUIÃO DE ENTREVISTA – AGRESSORES	125

INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres, num espaço que deveria ser sinónimo de amor, compreensão e respeito mútuo, é, segundo Kofi Annan, ex-Secretário Geral das Nações Unidas, “talvez a mais vergonhosa violação dos direitos humanos. Não conhece fronteiras geográficas, culturais ou de riqueza. Enquanto se mantiver, não podemos afirmar que fizemos verdadeiros progressos em direcção à igualdade, ao desenvolvimento e à paz”.

Este progressivo reconhecimento da violência conjugal como grave desrespeito pelos valores e direitos humanos fundamentais fica a dever-se a diversos factores, nomeadamente ao novo entendimento do que é agressão, agressor e vítima, tanto a nível social como a nível científico. Para além disso, o facto de ser uma problemática com tantas outras associadas aumenta a necessidade urgente de intervenção. Este trabalho procura, de resto e a este propósito, perceber a controversa relação que existe entre violência conjugal e o consumo de álcool. Mais especificamente, pretende saber-se de que modo um influencia o outro e quais serão as consequências desta associação, quando comparada com comportamentos maltratantes, perpetrados na ausência do consumo de álcool.

Em termos estruturais, este trabalho divide-se em duas partes: a primeira referente à violência conjugal e ao álcool e a segunda aos estudos empíricos. No que diz respeito à violência conjugal, depois de definida, abordaram-se os diferentes tipos de abuso, seus sinais e sintomas, bem como factores de risco associados, consequências e modelos compreensivos. Relativamente ao álcool, depois de percebida a sua definição, foram apontadas algumas das suas causas e consequências, tipos de consumo e de consumidores, bem como modelos compreensivos entendidos como mais oportunos. Os estudos empíricos, propriamente ditos, têm início com a apresentação do “estado da arte”. Neste sentido foi feito o levantamento de situações avaliadas pelo Gabinete Médico-Legal de Aveiro do Instituto Nacional de Medicina Legal, uma vez que se trata da entidade pública responsável pelas avaliações / peritagens no domínio da violência conjugal. Através de uma grelha de observação construída para o efeito, procurou conhecer-se a realidade acerca desta problemática, abordando-se três grandes áreas: caracterização da vítima e do agregado familiar, caracterização do contexto familiar e caracterização da realidade violência conjugal e álcool.

Conhecido o “estado da arte”, considerou-se a pertinência de realizar algumas entrevistas, no sentido de se clarificarem, na primeira pessoa, as relações entre o consumo de substâncias alcoólicas e o comportamento violento na díade conjugal. Perceber se o álcool se constitui como desencadeador ou amplificador da violência conjugal, e até que ponto pode estar na origem de cursos ou discursos diferentes na vivência da mesma.



PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I: VIOLÊNCIA CONJUGAL

1.1. INTRODUÇÃO

Um olhar atento sobre a sociedade actual facilmente deixa perceber que a problemática da violência conjugal tem vindo a assumir uma importância e a despertar uma preocupação bastante significativas, tanto a nível nacional como internacional.

Não se pense, contudo, que tal fenómeno é exclusivo do tempo actual. De facto, a investigação sobre a violência conjugal remonta aos anos 70, data em que, com a eclosão dos movimentos feministas, começou a ganhar visibilidade, a ser denunciada, tendo-se tornado um problema público e digno de atenção (Matos, 2003). Anteriormente, o maltrato conjugal era mantido na privacidade e intimidade do lar, espaço onde, culturalmente, a mulher deveria submeter-se à autoridade do homem (Manual Alcipe, 1999). Só nos anos 80, com a gradual exposição social dos conflitos domésticos, a violência conjugal foi reconhecida como um dos principais factores de risco para a saúde pública (Doerner & Lab, 1995, *cit. in* Matos, 2003). De resto, sendo a intimidade conjugal um espaço que deveria representar amor, compreensão e respeito mútuo, a emergência de comportamentos violentos conduz, inevitavelmente, ao desrespeito pelos valores e direitos humanos fundamentais (Redondo, 2005). Citando, a este respeito, Kofi Annan, Ex-Secretário Geral das Nações Unidas (*in* comunicação oral): “a violência contra as mulheres é talvez a mais vergonhosa violação dos direitos humanos. Não conhece fronteiras geográficas, culturais ou de riqueza. Enquanto se mantiver, não podemos afirmar que fizemos verdadeiros progressos em direcção à igualdade, ao desenvolvimento e à paz.”.

Este novo entendimento da violência conjugal, como problema de índole social e pública, permitiu e incentivou um crescente número de estudos e investigações que muito têm contribuído para uma melhor compreensão e intervenção mais eficaz (Matos, 2003), destacando-se o nome de Elza Pais, no nosso País, como uma das primeiras autoras a interessar-se e a preocupar-se com estas questões. Com o cunho da sociologia, esta investigadora conseguiu levantar questões muito pertinentes, avançando com conclusões, não só, esclarecedoras mas, também, assustadoras. Consciente de que se trata de um crime público com reflexos no social, no seu estudo sobre a ruptura violenta da conjugalidade (1998), Elza Pais aponta o seio familiar como um dos locais onde existe mais violência. Sendo esta, tendencialmente, secreta e silenciosa, mais facilmente se reveste de contornos atrozes e gravíssimos, como é o

caso do homicídio: de acordo com Bart e Moran (1993, *cit. in* Pais, 1998), cerca de um quarto a um terço das mortes por homicídio ocorrem no seio da família. Em 2006, e segundo a mesma fonte, pelo menos 39 mulheres foram assassinadas pelos companheiros e em cada seis homicídios um foi conjugal, representando 16,4% do homicídio em geral. Resulta daqui que a superação dos conflitos conjugais pode assumir diferentes formas, nomeadamente a da ruptura violenta da conjugalidade. Entre tantos outros, este trabalho de Elza Pais que procura compreender o comportamento criminoso como um processo, ao mesmo tempo que tenta desvendar aquilo que as quatro paredes insistem em calar.

Desenganam-se, porém, aqueles que pensam que a violência conjugal diminuiu com o aparecimento destes estudos e com a sua maior visibilidade social. A verdade é que os comportamentos conjugais violentos são uma realidade que muitos continuam a considerar dever manter-se na esfera do privado, ainda que o seu enquadramento legal advogue, precisamente, o contrário. De facto, para o Código Penal Português, a violência doméstica (na qual se inclui a violência conjugal) assume a natureza de crime público (Lei 7/2000), o que significa que o procedimento criminal não está dependente de queixa por parte da vítima, bastando uma denúncia ou o conhecimento do crime para que o Ministério Público promova o processo. O mesmo Código, no seu Artigo 152º (Lei nº 59/2007 de 04 de Setembro), estabelece que, em termos de penas, estas podem ir de 1 a 5 anos nos casos mais simples, de 2 a 8 anos se a ofensa à integridade física é grave ou de 3 a 10 anos se há morte da vítima. Para além disso, podem ser aplicadas penas acessórias como a proibição de contacto, proibição de uso e porte de armas e obrigação de frequência de programas específicos de prevenção da violência doméstica. Ainda assim, e apesar deste avanço jurídico-legal, nem todos os crimes praticados são participados, o que nos leva a concluir que as estatísticas não podem ser entendidas como o reflexo do que se passa no país. Dizem, antes, respeito àquela criminalidade denunciada ou recenseada pelas instituições (Pais, 1998). Resulta daqui um inevitável cuidado na leitura dos números, bem como a convicção de que esses mesmos registos mais não são do que a ponta visível do *iceberg* que, se explorado e estudado, deixa ver uma realidade social complexa, repleta de motivações e expectativas contraditórias, condutoras da violência (*idem, ibid.*).

Feito o enquadramento legal, importa explorar algumas questões associadas numa tentativa de melhor compreender a problemática em questão. Assim, um dos primeiros aspectos a considerar prende-se com a clarificação de conceitos. Ainda que interligadas, violência doméstica e violência conjugal são expressões que se referem a

tipos diferentes de maltrato. A primeira, sendo uma expressão de natureza abrangente, “implica violência perpetrada ao cônjuge, aos menores (filhos), idosos e pessoas com deficiência” (Rui Abrunhosa Gonçalves, *in* comunicação oral, 2007). A segunda é mais restrita, limitando a sua abrangência às relações entre casal, estendendo-se aos ex-maridos, ex-companheiros e ex-namorados (Rui Abrunhosa Gonçalves, *in* comunicação oral, 2007). Trata-se, assim, da violência exercida no contexto das relações de intimidade, sejam elas conjugais ou equiparadas, presentes ou passadas (III PNCVD, 2007). Embora muitas vezes designada como violência de género, nomeadamente noutros países como a vizinha Espanha, preferimos designá-la como violência conjugal, uma vez que também existe violência entre casais homossexuais.

A questão do género, dentro da problemática da violência conjugal, é, com efeito, um tema sobre o qual importa reflectir um pouco. Apesar de haver quem defenda que as mulheres são tão violentas como os homens, a verdade é que muitos estudos têm demonstrado que a violência cometida por mulheres é mais contida e pontual, relativamente à dos homens. Para além disso, as lesões que daí resultam não atingem, na maioria dos casos, a gravidade dos danos infligidos pelos homens (Magalhães, 1999). As estatísticas da APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2008) confirmam isto mesmo, ao afirmarem que mais de 90% das situações de violência conjugal registadas nesta instituição, em 2007, foram praticadas por pessoas do sexo masculino. Conclui-se, portanto, que na maioria dos casos os homens são os agressores e as mulheres as vítimas¹.

No que se reporta ao padrão de ocorrência da violência conjugal ela pode ser: continuada, arbitrária, sistemática e circular. O facto de ser continuada e arbitrária dificulta a previsão da sua ocorrência. De resto, este quase reforço intermitente do maltrato conjugal é o que, na maioria dos casos, confere impotência às vítimas deste tipo de violência (Matos, 2003). A circularidade dos comportamentos abusivos, que se iniciam, ocorrem e terminam para, um pouco mais tarde, se reiniciarem, prolongarem e serem novamente interrompidos até uma nova ocorrência levou à conceptualização do chamado Ciclo da Violência Conjugal (Manual Alcipe, 1999). A *fase de aumento da tensão*, sendo a primeira deste ciclo, consiste no facto do agressor projectar, na vítima, as suas tensões quotidianas, com as quais não sabe lidar correctamente. Os pretextos para tal comportamento são muito variáveis mas, regra geral, prendem-se com situações do dia-a-dia, como, por exemplo, má confecção da comida, tratamento

¹ Atendendo a estes dados e a estas estatísticas, neste trabalho assumem-se as mulheres como vítimas e os homens como agressores.

desadequado da roupa, má gestão do dinheiro, entre outros. Este aumento da tensão entre o casal resulta, normalmente, em discussão entre ambos, aspecto que dá o mote para a segunda fase deste ciclo: a *fase do ataque violento*. Estes ataques violentos caracterizam-se, normalmente, pelo seu carácter múltiplo (Matos, 2003). De facto, de uma forma geral, quando maltrata a vítima, o agressor fá-lo física e psicologicamente, recorrendo, também, por vezes, à violência sexual (Manual Alcipe, 1999). Depois de toda a tensão ter sido projectada na vítima, é comum o agressor mostrar arrependimento. Trata-se, pois, da terceira fase deste ciclo, chamada *fase do apaziguamento* ou *lua-de-mel*. É uma etapa em que o agressor trata com muita delicadeza a vítima, convencendo-a de que tal comportamento violento da sua parte não voltará a repetir-se (Manual Alcipe, 1999).

Este ciclo, além de emocionalmente desgastante e fisicamente perigoso, é vivido pela vítima numa mistura de medo, esperança e amor. Ao mesmo tempo que há um medo constante e eminente de voltar a ser agredida, há o amor pelo cônjuge e uma esperança que se prende com a vontade de que tudo mude e volte a ser como era, antes de ter começado a violência conjugal (Manual Alcipe, 1999). É esta complexa dinâmica emocional, característica deste ciclo/sistema circular, que dificulta, na maior parte dos casos, as tomadas de decisão e o colocar de um ponto final nestas histórias.

Em suma, a compreensão da violência conjugal é impossível sem se pensar nas questões da interdependência relacional e da vinculação. De facto, se, por um lado, o ofensor está dependente da vítima para reforço e certificação da sua identidade, a vítima, por outro, não consegue sair deste ciclo/sistema por não se saber definir fora dele. Todos os intervenientes são, assim, responsáveis, não numa perspectiva judicial mas, antes, no contexto relacional (Alarcão, 2000).

1.2. TIPOS DE ABUSO: DEFINIÇÃO, SINAIS E SINTOMAS

A violência conjugal, como antes referida, pode surgir sob a forma de diversos comportamentos que, de resto, aparecem quase sempre combinados. Todavia, para um melhor entendimento da problemática em questão, apresenta-se uma abordagem esquematizada, agrupando o comportamento violento em três categorias: violência física, sexual e psicológica. É a chamada classificação clássica no que diz respeito à violência conjugal.

Para cada uma das referidas categorias será dada uma definição que, contudo, não deverá ser entendida como única mas, antes, como uma entre várias, uma vez

que não existe um entendimento unânime acerca do que é a violência nas suas diversas formas. No que diz respeito aos sinais e sintomas, estes devem ser entendidos como meros indicadores de maus-tratos, não havendo patognomia a este nível. Cada suspeita deverá ser analisada à luz do seu contexto próprio, o mesmo se aplicando aos ditos sinais e sintomas.

1.2.1. VIOLÊNCIA FÍSICA

De acordo com Sugarman & Hotaling (1989, p.4) a violência física pode ser entendida como “o uso de ameaças, força física ou restrição, levada a cabo no sentido de causar dor ou injúria a outrem”. Compreende qualquer forma de agressão, seja ela passiva ou activa (Labrador, F.; Vallejo, M.; Matellanes, M.; Echeburúa, E.; Bados, A. e Fernández Montalvo, J. 2003). Nas condutas activas, como a própria designação sugere, inclui-se o maltrato explícito, perpetrado directamente pelo agressor à vítima. Falamos de bofetadas, socos, pontapés e do uso de todo o tipo de instrumentos como armas, cordas, cintos ou substâncias químicas. As condutas passivas, ainda que tenham a mesma intenção de causar dano e sofrimento, não são tão explícitas como as anteriores. Falamos, por exemplo, da privação de cuidados médicos durante estados de doença ou de lesão, muitas vezes causadas pelo próprio episódio de violência conjugal, ou da omissão relativamente a situações que oferecem perigo (*idem, ibid.*).

Dada a sua maior visibilidade, este tipo de maltrato foi o primeiro a estar associado à violência conjugal (Dias, 2004). Nos anos 70, com as investigações sobre mulheres maltratadas, o tema foi tomando maiores proporções e várias foram as mulheres que descobriram terem em comum a violência de que eram alvo nos seus lares. Sofriam do chamado “síndrome da mulher batida” (Walker, 1993, *cit. in* Dias, 2004). Independentemente da sua adequação teórica ou correcção clínica, tal designação contribuiu para a identificação, diagnóstico e intervenção nesta problemática. Por conseguinte, “rapidamente a referida síndrome passou a contemplar outras formas de mau trato, designadamente o abuso emocional e psicológico, a agressão verbal, mas também a violação” (Dias, 2004, p.35). Qualquer uma destas *outras* formas de maltratar não é tão evidente como a física. Por conseguinte, é assim justificada a maior importância que esta última ainda continua a ter perante os contextos social e legal (Labrador et al., 2004).

No seguimento do que tem vindo a ser dito, quaisquer sinais que possam estar associados à violência física assumem a forma de lesão ou lesões. De acordo com a opinião de vários peritos nesta matéria (Magalhães, 1999), ainda que estes não sejam

os únicos sinais de alerta, é frequente observarem-se, nestes casos, lesões com diferentes tempos de evolução, em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental e com diferentes localizações. Por norma são traumatismos modelados, ou seja, desenham a marca dos objectos que os produziram (ex: fivela de um cinto, mordedura), sendo, também, comum encontrar sequelas de traumatismos antigos sem história clínica concreta.

No que diz respeito aos sintomas, a sua interpretação deverá ser bastante cuidada e nunca isolada de um contexto. Este aspecto é muito importante na medida em que, tratando-se de conceitos pouco objectivos, só têm significado à luz de uma moldura explicativa. De entre outros sintomas, são comuns as mudanças nas explicações quanto à produção da lesão, podendo ocorrer, também, a completa recusa em explicar o que se passou (*idem, ibid.*). A procura diferida de cuidados médicos é outro aspecto que ganha, aqui, muito significado. Efectivamente, é comum a ocorrência de um desfasamento temporal entre a produção da lesão e a procura de cuidados médicos, da mesma maneira que é sintomatológico a história de lesões repetidas. É comum as vítimas apresentarem queixas somáticas sem justificação aparente. Sendo este um crime que ocorre entre quatro paredes, a par com todos os outros sinais e sintomas, estas queixas podem funcionar como um alerta ou como um pedido silencioso de ajuda. Note-se que estas mulheres têm muita dificuldade em apresentar uma queixa formal, pelo que estes indícios poderão ser de crucial importância, despoletando uma sinalização e uma investigação.

1.2.2. VIOLÊNCIA SEXUAL

Este tipo de abuso é, unanimemente, definido como “uma interacção sexual conseguida contra a vontade do outro, através do uso da ameaça, força física, persuasão, uso de álcool ou drogas, ou recurso a uma posição de autoridade” (Koss, 1988, p.10). São casos de difícil detecção e diagnóstico, na medida em que poucas vezes são visíveis lesões físicas ou vestígios de outro tipo que constituam indicadores fiáveis. Para além disso, na maior parte das vezes, fruto do medo ou da vergonha, o intervalo de tempo entre a ocorrência e o exame médico-legal é superior ao desejado (48 horas), o que torna difícil qualquer diligência no sentido de identificar a agressão e o agressor (Magalhães, 1999). Ainda assim, estes autores afirmam que podem encontrar-se sinais como: corrimento vaginal (persistente ou recorrente), inflamação dos órgãos genitais femininos, lesões cutâneas, infecções urinárias frequentes, doenças sexualmente transmissíveis, presença de esperma no corpo ou na roupa da

vítima, bem como uma gravidez. Sintomatológico serão dores na região vaginal ou anal, prurido vulvar, depressão, auto-mutilação e comportamentos suicidas.

Regra geral, as vítimas de violência sexual experienciam uma complexidade de sentimentos e preocupações dos quais dificilmente se libertarão. A este respeito, o Manual Alcipe (1999) adianta que as reacções destas vítimas parecem seguir um padrão muito típico, variando, porém, no tempo de recuperação. Falamos do Ciclo de Recuperação ou de Reacção, composto, num contínuo, pela fase do impacto, fase da recuperação e fase da reorganização.

A fase do impacto, ocorrendo no tempo a seguir ao abuso, caracteriza-se por uma carga emocional muito intensa da qual fazem parte a negação, a culpa, a confusão, o medo, o desejo de vingança, o desânimo e a auto-desvalorização (Manual Alcipe, 1999). Progressivamente, e de acordo com a mesma fonte, na fase da recuperação a vítima começa a adaptar-se à realidade e a aceitar que o crime aconteceu. Começa, também, a tomar consciência da necessidade de prosseguir a sua vida da melhor forma possível. Ainda que as memórias e sofrimento sejam revividos com alguma frequência, não são tão devastadores e intensos como anteriormente. É o caminhar para a fase da Reorganização, altura em que a vítima ultrapassou a confusão e desorganização iniciais, sendo capaz de olhar para o que aconteceu de uma forma racional. Não se pense, todavia, que a recuperação de uma experiência deste género é total. As cicatrizes emocionais (e algumas vezes físicas) permanecem para sempre consigo.

1.2.3. VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

Pode entender-se este tipo de violência como “um padrão de comunicação, (...) verbal ou não verbal [que tem como] intenção causar sofrimento psicológico na outra pessoa, ou é [pelo menos] percebido como tendo essa intenção” (Straus & Sweet, 1992). É um tipo de violência em que o agressor utiliza como estratégias a desvalorização e a humilhação (pública e privada) da vítima, incutindo-lhe, constantemente, os sentimentos de culpa e de responsabilidade pelo episódio de violência (Labrador et al., 2004). São, também, muito frequentes a hostilização, a rejeição, a indiferença, a discriminação, os abandonos temporários, bem como as mais variadas críticas (Magalhães, 1999). É, também, muito comum o ofensor isolar socialmente a vítima, controlando todos os seus contactos com familiares e amigos, proibindo o seu acesso aos cuidados de saúde. A intimidação e as ameaças são, também, frequentes, assim como o controlo económico. Muitas vezes a vítima é

privada de dinheiro e de outros recursos básicos, vindo, igualmente, limitado o seu acesso ao emprego e à educação (Matos, 2003).

Por vezes este tipo de violência constitui a única forma de abuso mas, geralmente, é concomitante com os anteriores. Este aspecto acaba por dificultar o levantamento e interpretação de sinais e sintomas. Ainda assim, quando alguém é vítima de violência psicológica é frequente a ocorrência de auto-mutilações, infecções, asma, alergias, doenças cutâneas, bem como sinais físicos de privação, nos casos mais severos (Magalhães, 1999). Quanto aos sintomas, ainda que variados, eles podem ir desde a anorexia/bulimia, passando por terrores nocturnos, tonturas, dores de cabeça, dores musculares e abdominais sem justificação aparente, perturbações da memória, da concentração e da atenção, baixa auto-estima, sentimentos de inferioridade, choro incontrolado, sentimentos de vergonha e culpa, medos, timidez e dificuldade em lidar com situações de conflito (*idem, ibid.*).

1.3. FACTORES DE RISCO DA VIOLÊNCIA CONJUGAL

Falar em factores de risco é falar em todo o tipo de influências que aumentam a probabilidade de ocorrência ou de manutenção das situações em causa.

Tal como acontecia com os sinais e sintomas, estes factores devem ser entendidos como meros indicadores, pertencentes a um determinado contexto, e não como ditadores de uma sentença. Isto porque, qualquer um destes indicadores, tido isoladamente, pode não constituir um factor de risco.

Feitas estas salvaguardas, é tempo, agora, de apontar alguns factores que, devidamente contextualizados, podem ser indicadores de uma eventual situação de violência conjugal.

Quadro 1 – Factores de risco associados a episódios de violência conjugal (Adap. Magalhães, 1999).

CARACTERÍSTICAS DO AGRESSOR	CARACTERÍSTICAS DA VÍTIMA	CARACTERÍSTICAS DO CONTEXTO FAMILIAR	FACTORES DE INTENSIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA
<ul style="list-style-type: none"> - Alcoolismo - Toxicodependência - Perturbação da saúde mental e/ou física - Personalidade imatura e impulsiva - Grande vulnerabilidade ao <i>stress</i> - Baixa auto-estima - Antecedentes de maus-tratos infantis - Baixo nível económico e cultural - Desemprego 	<ul style="list-style-type: none"> - Vulnerabilidade (idade e necessidades) - Personalidade e temperamento não ajustados ao agressor - Perturbação da saúde mental e/ou física 	<ul style="list-style-type: none"> - Família reconstituída com filhos de outras ligações - Família com muitos filhos - Família com dificuldades ao nível do seu funcionamento (coexistência de crises naturais e acidentais: p.e., mudanças frequentes de residência, emigração, problemas socioeconómicos e habitacionais) 	<ul style="list-style-type: none"> - Início precoce do abuso - Duração do abuso - Frequência do abuso - Grau de violência

O Quadro 1 tem por objectivo mostrar, sumariamente, alguns dos factores considerados de risco para uma situação de violência conjugal. Podendo ser potenciada por características individuais (do agressor e/ou da vítima) ou por vivências de ordem contextual (Magalhães, 1999), certo é que nenhuma delas deverá ser analisada individualmente. É fundamental fazer-se um esforço de complexificação da leitura, na medida em que poderão existir factores protectores que anulem ou minimizem os efeitos nefastos dos factores de risco. Por outro lado, a coexistência de três ou mais factores de risco aumenta, exponencialmente, o seu efeito.

Frequentemente o consumo excessivo e habitual de álcool (bem como de outras substâncias) é assumido pelo *senso comum* como uma explicação clara da violência perpetrada pelo cônjuge. É importante, contudo, clarificar que a substância, por si só, não provoca ou causa violência, motivo pelo qual o consumo excessivo de álcool não pode ser considerado, linearmente, como causador do comportamento

abusivo. Inclusivamente, há vítimas que relatam que o companheiro fica mais calmo após ingestão de bebidas alcoólicas. Neste caso, estaríamos perante um “álcool protector” da violência e não um “álcool potenciador” da mesma. Frequentemente, associam-se ao álcool determinadas características pessoais, como personalidade imatura e impulsiva, baixa auto-estima, e contextuais, como por problemas de ordem económica, que potenciam as dificuldades experienciadas e o efeito negativo do mesmo. De forma idêntica, muitos autores (Matos, 2003) consideram o desemprego um potenciador da violência conjugal, embora não possamos, na realidade, atribuir o comportamento abusivo a tal situação. Com efeito, nem todas as pessoas desempregadas se tornam violentas, da mesma maneira que nem sempre esta condição se apresenta como de risco para o sistema familiar ou subsistema conjugal. É, no entanto, possível que, quando associada a uma grande vulnerabilidade ao *stress* e a uma situação financeira cada vez mais precária, se transforme em desencadeador da violência. Ainda na esfera das condições socioeconómicas, importa referir o papel da diferenciação salarial ou de estatuto profissional existente entre os cônjuges, dadas as consequências que a mesma pode ter na percepção do poder no seio da díade: o facto de a mulher assumir uma posição salarial privilegiada em relação ao homem pode constituir-se como um risco para a violência, podendo o elemento masculino usar da sua força física para restabelecer a autoridade uma vez que sente aquela situação como uma ameaça às suas crenças e regras (Matos, 2003).

Outro factor conotado como de risco prende-se com os antecedentes de maus-tratos infantis. Segundo Hotaling e Sugarman (1986, *cit. in* Matos, 2003, p.98) “é comum os parceiros maltratantes terem experienciado violência grave na infância emitida pelos pais ou então, não tendo sido o seu alvo directo, podem ter sido vítimas vicariantes de violência familiar”. Sem que haja uma relação linear de causa-efeito entre estas duas realidades, é comum interpretar-se o historial de violência como sinal de risco. E se o novo contexto familiar do indivíduo agredido em criança for funcional e saudável? E se este mesmo indivíduo, em vez de dar continuidade aos maus-tratos que recebeu, fizer uma leitura de rejeição à violência? Nestes casos, não só o historial de violência não se assume como factor de risco, como se reveste de características protectoras.

Descentrando-nos, um pouco, da figura do agressor, é, também, importante atendermos à vítima. Como alguns estudos referem, há vítimas catalisadoras que incitam o agressor à acção violenta, pelo que, mais do que apurar a responsabilidade do agressor, interessará estudar a razão profunda que determina que um dos protagonistas seja a vítima e o outro o agressor (Pais, 1998). Neste sentido, e mais

uma vez, aparece a questão da pessoa e da relação entre vítima e agressor. Num casal com historial de violência, se a vítima tiver um comportamento complementar ao do agressor, submetendo-se às suas ordens e vontades, poderá estar mais protegida, permitindo-lhe o exercício do poder, sobretudo se ele lidar mal com a simetria e com a perda da complementaridade *one-down* (Perroni & Nannini, 1998). Pelo contrário, um padrão comunicacional mais simétrico, em que a vítima possa ser mais reivindicativa, pode levar o agressor a sentir-se mais questionado e desafiado na sua autoridade e poder. Ao do comportamento da vítima junta-se, muitas vezes, a questão das dificuldades económicas e dos filhos. Uma família numerosa e com poucos rendimentos pode constituir-se como um risco, sobretudo se a família não conseguir ultrapassar as dificuldades e os desafios que tais situações lhe colocam. Pelo contrário se, apesar de numeroso, o sistema familiar funcionar bem, não bloqueando face às crises com que se vai confrontando, então o número de elementos não tem que ser encarado como sinal de risco. A propósito da boa funcionalidade e comunicação familiares, diz Pluymaekers (1996, *cit. in* Alarcão, 2002, p.297) que “é normal que experimentemos repugnância ou mesmo agressividade face a certas situações; o importante é, talvez, utilizá-las como ressonâncias possíveis (Elkaim, 1989), interrogando-nos sobre a função singular que podem ter as nossas emoções no que se passa entre nós e os parceiros com que nos confrontamos. Dar lugar a um sintoma é uma das formas de trabalhar, em profundidade, esta problemática. Suprimir a febre nunca curou ninguém”. Resulta daqui que o grave não é a discussão que ocorre entre o casal; problemática será a incapacidade deste subsistema em retirar do desentendimento a aprendizagem necessária para avançar no sentido da superação da(s) dificuldade(s). Nem sempre um cenário indicativo de violência conjugal é, efectivamente, um cenário de violência conjugal. Todavia, naqueles casos onde ela está confirmada podem funcionar como factores agravantes e de risco um início precoce a par de uma longa duração de tais comportamentos, bem como uma elevada frequência e grau de maltrato.

1.4. CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA CONJUGAL

Do maltrato que ocorre dentro de uma família, mais propriamente entre o casal, pode resultar consequências muito graves. De facto, ocorre uma significativa quebra de confiança e segurança da vítima em relação ao agressor, comprometendo o bem-estar da primeira e do próprio sistema conjugal.

De uma forma geral, as experiências de abuso conjugal, sejam de cariz físico, sexual ou psicológico, têm consequências muito significativas, tanto a curto como a longo prazo (Paiva & Figueiredo, 2003).

A curto prazo, episódios de violência conjugal resultam, quase sempre, em severas reacções emocionais, tais como o medo, a raiva, o isolamento. Queixas somáticas e sequelas físicas também se enquadram neste cenário. Do primeiro conjunto fazem parte as insónias, cefaleias, problemas gastrointestinais e dor pélvica (Kilpatrick et al., 1988, Koss, 1993, *cit. in* Paiva & Figueiredo, 2003). Ossos partidos e concussões vaginais (Kurz, 1997, *cit. in* Paiva & Figueiredo, 2003) são as mazelas físicas mais comuns.

Numa perspectiva de mais longo prazo, as consequências são indicativas do tipo de abuso que ocorreu. Ainda que algumas sejam transversais a todos os tipos de maltrato, outras são mais específicas. Assim, os efeitos a longo prazo do abuso sexual incluem: trauma(s) físico(s) na(s) zona(s) atacada(s), tensão muscular, irritação gastrointestinal com alteração do apetite, problemas genitais, doenças sexualmente transmissíveis, uma gravidez indesejada, depressão, disfunção sexual, abuso de substâncias e sintomas de stress pós-traumático, sintomas dissociativos (Koss, 1993, Shapiro & Schwartz, 1997, *cit. in* Paiva & Figueiredo, 2003). Para a violência física e psicológica falamos de consequências como a depressão, elevados níveis de desconfiança em relação aos membros do sexo oposto, hipervigilância aos sinais de controlo e baixa auto-estima (Lloyd & Emery, 1993, *cit. in* Paiva & Figueiredo, 2003).

O sentimento de vitimização, subsequente a qualquer tipo de maltrato bem como o terror da desacreditação daqueles que venham a tomar conhecimento do crime são outros efeitos a longo prazo, quer no que diz respeito à violência física (Bradbury & Lawrence, 1999, *cit. in* Paiva & Figueiredo, 2003) quer no que respeita ao abuso sexual (Breitenbecher & Gidyez, *cit. in* Paiva & Figueiredo, 2003).

O risco de homicídio conjugal, ainda que extremo, é outra consequência de um abuso continuado e frequente. Pais (1998), como já referimos, num estudo sobre homicídios conjugais em Portugal, destacou que este crime corresponde a 16,4% dos homicídios em geral no nosso país, sendo, na sua maioria, cometido pelo homem. Refere, ainda, que mais de metade das mulheres que cometeram homicídio mataram para pôr fim aos maus-tratos conjugais. Por conseguinte, estes dados deixam concluir que a violência conjugal, mais do que se pensa, pode escalar até confrontações letais, de parte a parte.

Descentrando-nos, um pouco, da figura da vítima, outra das sequências dos abusos conjugais é a violência indirecta contra os filhos. Ainda que não seja o alvo de

estudo deste trabalho, este tipo de maltrato contra as crianças é incontornável quando se trata de perceber a dinâmica e as consequências de uma relação violenta entre os progenitores (Sani, 2002).

Ao contrário do que possa pensar-se, as crianças não precisam experienciar violência directa para sentirem as suas consequências (Zeanah & Scheeringa, 1997; Miller-Perrin & Perrin, 1999, *cit. in* Sani, 2002). Davies e Cumming (1994) avançam, mesmo, dizendo que o conflito conjugal tem efeitos muito profundos e graves na criança e no seu desenvolvimento, mais do que os conflitos entre outros adultos. Interferem aqui factores muito importantes, como a proximidade e o contexto familiar. Assim sendo, estas crianças reconhecem o seu lar, não como um local de afectos e de bem-estar, mas como um sítio perigoso (Muncie & McLaughlin, 1996, *cit. in* Brown, 1998) onde, a qualquer altura, a violência directa pode estender-se, também, a elas. De resto, as consequências da violência indirecta nestas “vítimas silenciosas” (Holden, 1998) são por demais evidentes. Há um comprometimento geral do seu desenvolvimento, passando pelos níveis emocional, comportamental, social, cognitivo e físico (Miller-Perrin & Perrin, 1999, *cit. in* Sani, 2002). Por conseguinte, é comum estas crianças exteriorizarem os seus sentimentos, medos e angústias de forma pouco adaptada (reactividade comportamental), na medida em que têm dificuldades na sua regulação emocional (Sani, 2002). Por outro lado, a constante exposição a comportamentos violentos intraparentais faz com que a criança acabe por interiorizar e racionalizar este mecanismo como forma eficaz de resolver conflitos (Kaplan et al., 1994, Carlson, 1990, Wolfe et al., 1995, *in* Margolin, 1998, *cit. in* Sani, 2002). Fá-lo por observação e imitação (Monteiro & Santos, 1999) dos seus primeiros agentes de socialização: os pais (Gleitman, 1999).

Os efeitos negativos da violência conjugal nas crianças não se esgotam, contudo, na vitimização indirecta. Muitas vezes são negligenciadas necessidades básicas das crianças, o que confere um carácter muito directo a esta violência (Sani, 2002).

Decorre do acima exposto que é errado pensar-se que, por serem novos, os filhos não sofrem com as discussões ou violência entre os pais. O facto de terem pouca idade pode não lhes permitir, efectivamente, perceber o conteúdo do mal-entendido; todavia não os deixa indiferentes emocionalmente (Sani, 2002). Tanto assim é que, frequentemente, apresentam queixas somáticas (Holden, 1998) como reflexo dessa afectação.

Como última consideração sobre este tema, importa acrescentar que cada criança é um mundo e, por conseguinte, cada uma vai sentir e exteriorizar a violência

entre os pais de forma muito pessoal. Ainda que possam antever-se alguns comportamentos, cada caso é um caso e tem que ser entendido e acompanhado como tal. Certo é que os filhos serão tão mais afectados quanto mais intensa, mais crónica e mais severa for a violência intraparental (Kerig, 1996, *in* Cummings, 1998, *cit. in* Sani, 2002). Ressalta, ainda, o risco de transmissão geracional deste comportamento, responsável, em muitos casos, pela manutenção desta forma de violência (Magalhães, 1999).

1.5. MODELOS COMPREENSIVOS DA VIOLÊNCIA CONJUGAL

A violência conjugal, como atrás referido, é uma problemática muito complexa. Por conseguinte, a sua compreensão não se esgota numa única teoria ou numa única linha de pensamento, até porque falamos de uma realidade multicontextual (Campbell & Landerburger, 1995, *cit. in* Matos, 2003). Por este motivo, considerou-se importante explorar vários modelos de compreensão do problema, sem ter a pretensão de os apresentar todos.

1.5.1. PERSPECTIVAS INTRA-INDIVIDUAIS

Historicamente, as perspectivas intra-individuais foram os primeiros modelos explicativos da violência familiar e conjugal (Alarcão, 2002). Os defensores desta linha de pensamento tentam perceber quem são o ofensor e a vítima. Consideram que é importante conhecer as características individuais que fazem com que um indivíduo reaja de forma violenta (Gelles, 1997, *cit. in* Dias 2004), do mesmo modo que pretendem identificar traços psicológicos das mulheres que suportam o maltrato (Matos, 2003), sabendo, desde logo, que eles dificilmente podem ser sistematicamente generalizados (Gelles, 1997, *cit. in* Dias 2004).

No que diz respeito ao maltratante, algumas das características psicológicas associadas ao seu comportamento seriam: perturbação psicológica, *stress*, baixa auto-estima, dificuldades na empatia, na comunicação e no auto-controlo, resultado de pobres competências sociais (Doerner & Lab, 1995, *cit. in* Matos 2003). Para além disso, a irritabilidade (Margolin, John & Gleberman, 1988, *cit. in* Matos, 2003), uma personalidade agressiva e hostil (Heyman, O'Leary & Jouril, 1995, *cit. in* Matos, 2003), elevada sintomatologia *borderline*, ansiedade, depressão e queixas somáticas (Dutton & Starzmoski, 1993, Murphy, Meyer & O'Leary, 1993, *cit. in* Matos, 2003) são factores considerados de risco por vários estudos realizados.

De acordo com este modelo, a vítima que tolera os abusos sofre, também ela, de patologia. Entendidas como mais frágeis, as vítimas contribuem para a sua própria

vitimação (Hydén, 1995, *cit. in* Matos, 2003), no sentido em que, de alguma forma, estariam predispostas para a violência. Teorias como estas têm sido duramente criticadas uma vez que a vítima é usada para justificar ou legitimar a violência (Jasinski & Williams, 1998). De resto, as perspectivas intra-individuais têm que ser entendidas com algumas reservas. Por um lado, a patologização da vítima e do maltratante só se aplica a uma minoria (Alexander, 1993, Campbell & Landerburger, 1995, *cit. in* Matos, 2003) e, por outro, a investigação tem mostrado que este tipo de explicação ignora aspectos sociais e contextuais que importa considerar (Palacios et al., 1998, *cit. in* Alarcão, 2002).

1.5.2. PERSPECTIVAS SOCIOLÓGICAS

Ao contrário das perspectivas anteriores, que se centram em características individuais, estas analisam os factores históricos, sociais, culturais e políticos que contribuem para os maus-tratos conjugais (Hydén, 1995, *cit. in* Matos, 2003). É um descentrar-se da mulher maltratada para se centrar em diversos factores contextuais (Dias, 2004).

Segundo o modelo de Stith & Rosen (1992, *cit. in* Labrador et al., 2004) são vários os factores implicados na violência conjugal. O contexto socio-cultural, enquanto conjunto de valores e normas partilhados por uma mesma comunidade e cultura, pode favorecer a aceitação da violência e da subordinação da mulher face ao homem. O comportamento violento é, então, aceite no seio conjugal a partir do momento em que socialmente se aceita a violência como forma de resolver todos os conflitos e se legitima a subordinação da mulher. Acreditando nesta dinâmica, a mulher coloca-se num patamar de inferioridade em relação ao companheiro. A coexistência de outros factores, nomeadamente de vulnerabilidade ou risco familiar e/ou individual e de *stress*, potenciará as dificuldades sentidas pelo casal e, conseqüentemente, a resposta violenta ou, se quisermos, a tentativa violenta de controlo do outro e da tensão por ambos vivida.

Tratando-se de um modelo sociológico, contempla, também, os chamados recursos que, existindo, poderão funcionar como factores de protecção para o casal. As autoras apontam como recursos os pessoais (situação económica, nível educativo, saúde física e psicológica), as características do sistema familiar (comunicação, coesão, equilíbrios entre os membros) e a rede social de apoio (está comprovado que o isolamento social favorece a violência conjugal).

Ainda que tente abarcar a totalidade dos factores implicados nos maus-tratos conjugais, este modelo não consegue “integrar a complexidade destes fenómenos que

se passam, muito frequentemente, dentro de casa mas que se potenciam em espirais dinâmicas de influências intra e inter-sistêmicas” (Alarcão, 2002, p. 308). Surgem, assim, os modelos ecológicos.

1.5.3. PERSPECTIVA ECOLÓGICA

Numa tentativa de compreender globalmente a violência conjugal, o modelo ecológico faz um esforço por articular diferentes esferas que interferem nesta problemática, nomeadamente a individual, a familiar, a cultural e a social (Corsi, 1995).

O macrosistema, sendo o nível sistémico mais abrangente, diz respeito à organização social, aos padrões culturais e ao sistema de crenças, comuns a uma determinada sociedade. Fazendo a ponte com a problemática em questão, é aqui que se inserem as crenças sociais e culturais relacionadas com a violência conjugal. A sociedade patriarcal é marcada pelo poder do homem sobre a mulher, do pai sobre os filhos: desta forma, o homem assume o topo do poder e a restante família os níveis abaixo; conseqüentemente, todos deverão obedecer ao “chefe da família”, moldando-se, assim, os papéis que cada um desempenha no seio da mesma. O homem tem absoluta convicção de que as suas vontades e desejos deverão ser atendidos, sob pena de, legitimamente, punir qualquer transgressão com o uso da força (*idem, ibid.*).

O exosistema é composto por entidades próximas do indivíduo que medeiam as ligações entre o cultural e o individual. Falamos da escola, da igreja, do trabalho, dos meios de comunicação social, entre outros. De facto, ainda que as crenças sociais e os valores culturais desempenhem um papel fundamental na compreensão da violência conjugal, a sua influência não ocorre de forma linear; aqueles elementos e instituições, de acordo com os seus referenciais e práticas, podem legitimar, de forma mais ou menos significativa, a violência, reforçando, indirectamente, o comportamento que ocorre no seio conjugal (*idem, ibid.*).

Finalmente, o microsistema, de cariz íntimo, compreende a rede pessoal de vínculos, assumindo, aqui, a família e o próprio indivíduo uma importância acrescida. Estudos realizados mostram que famílias com problemas de violência têm padrões de funcionamento autoritários e verticais, do mesmo modo que têm histórias de violência nas suas famílias de origem: os rapazes tendem a identificar-se com o agressor e com o seu comportamento violento, sendo o lugar da vítima frequentemente ocupado pelas raparigas. Ainda assim, a baixa auto-estima é comum a ambos os sexos, embora, por efeito da socialização e cultura, nas mulheres se fomentem sentimentos de culpa e de fragilidade e nos homens se activem mecanismos subjacentes ao comportamento violento (*idem, ibid.*).

Estando estes três sistemas completamente interligados, o que se passa no microsistema prende-se, não só, com os elementos que dele fazem parte mas, também, com as características do exossistema e do macrosistema. Neste sentido, é possível afirmar que os constituintes do exossistema e do macrosistema, por si só, não têm a capacidade de desencadear a violência conjugal mas podem amplificar e reforçar tal comportamento (Alarcão, 2002). Esta situação ocorre quando os níveis de *stress* ultrapassam os recursos pessoais e familiares existentes, destruindo o equilíbrio entre os três sistemas.

1.5.4. PERSPECTIVA SISTÊMICA

Para a perspectiva sistémica, a família deve ser entendida como um sistema, como um todo funcional, semelhante a um organismo vivo (Relvas, 2000). Só assim assume o carácter uno e único que permite o chamado “sentimento de pertença” (Minuchin, 1979, *cit. in* Relvas, 2000).

A este propósito, Gameiro (1992, *cit. in* Relvas, 2000, p. 11) entende que “a família é uma rede complexa de relações e emoções que não são passíveis de ser pensadas com os instrumentos criados para o estudo dos indivíduos isolados”. Por conseguinte, este modelo pretende ultrapassar a tendência de tipificar as famílias como se de entidades estáticas e universais se tratasse, entendendo que, se cada família é única, a violência conjugal só pode ser entendida se contextualizada no seio daquela família e se compreendido o seu valor no quadro do funcionamento daquele sistema familiar (Alarcão, 2002). No fundo, o mesmo é dizer que em cada família o maltrato assume um valor comunicacional que tem que ser conhecido e transformado para que o sistema possa evoluir maturativamente sem se sentir ameaçado na sua própria coerência interna. Ainda assim, e numa tentativa de compreender melhor este fenómeno que é a violência conjugal, alguns autores fizeram o esforço de estudar e explicitar algumas regularidades, nomeadamente diferentes padrões relacionais que podem manter o comportamento violento.

Para Perrone e Nannini (1998), ainda que o acto violento seja um conceito subjectivo e ambíguo, ele deve ser sempre entendido como um atentado à integridade física e psicológica do indivíduo. Neste sentido, na sua investigação, referem dois tipos de violência que diferem entre si quanto ao estilo relacional existente entre os cônjuges: a violência/agressão e a violência/castigo. Diferentes, estes dois tipos de relacionamento não são mutuamente exclusivos: ainda que um predomine, o outro pode coexistir, embora com menos evidência.

Na violência/agressão, homem e mulher encontram-se ligados por uma relação simétrica, igualitária. O mesmo é dizer que, com frequência, estabelecem entre si uma escalada de rivalidade, lutando pelo mesmo estatuto. É uma relação que culmina, normalmente, em agressão mútua. Contempla, todavia, a chamada “pausa complementar” (p.35). Semelhante a um período de tréguas, é o momento em que os implicados se reconciliam e reconhecem a inadequação do seu comportamento. Passada esta fase de arrependimento, tentam reparar as consequências e os danos causados. Muitas vezes, é nesta altura que os casais procuram ajuda fora do seu sistema relacional e familiar. Neste tipo de relação, como se parte do pressuposto da igualdade relacional entre ambos, a identidade e a auto-estima estão, por norma, salvaguardadas. Por conseguinte, as consequências, sobretudo psicológicas, são limitadas e reduzidas. Este equilíbrio resulta, normalmente, no reconhecimento da necessidade de mudança e num esforço nesse sentido.

Na violência/castigo, a relação é de complementaridade. Numa desigualdade aceite por ambos, há um que reivindica um papel de superioridade relativamente ao outro. Enquanto no tipo anterior de violência se falava em bidireccionalidade, aqui falamos de unidireccionalidade. Assumindo um carácter contínuo e secreto, a violência/castigo não tem pausas, pelo que as consequências podem ser muito graves, sobretudo em termos psicológicos. Para tal muito contribui o chamado “consenso implícito rígido” (p. 41). Apoiando-se na imagem negativa e frágil da vítima, o agressor define as regras da relação, colocando, implicitamente, a ênfase no que não se pode dizer ou fazer. Este é um acordo rígido e imposto que prevê onde e quando a violência pode ocorrer, bem como os temas mais sensíveis que podem desencadear um acto violento.

Para Michael Johnson (2000) existem quatro formas distintas de violência conjugal: a violência comum de casal, o terrorismo íntimo, a resistência violenta e o controlo violento mútuo. Este autor centra-se nos motivos que subjazem ao comportamento violento (controlar ou outro ou reagir ao poder instalado), às táticas de controlo e aos seus efeitos para distinguir estes quatro tipos de violência no seio do casal.

A violência comum de casal baseia-se no princípio da reciprocidade, podendo assumir um carácter pontual na vida quotidiana dos intervenientes. Trata-se, portanto, de um tipo de agressão que pode ser iniciado tanto pela mulher como pelo homem, podendo não ter um impacto muito significativo junto da vítima. Envolve, de resto, formas menores de violência.

O terrorismo íntimo assume contornos bastante mais sérios e graves, ocorre mais frequentemente e inclui diferentes formas de maltrato; tem consequências mais severas e define uma grande subordinação por parte da vítima. Nesse sentido, é mais semelhante à violência/castigo (Perrone & Nannini, 1998) pois baseia-se numa relação desigual, em que o homem assume um papel de superioridade em relação à mulher.

A resistência violenta consiste na agressão cometida pelas mulheres sobre os seus parceiros, em consequência de abusos continuados. Assumindo, por norma, contornos de auto-defesa, pode escalar até actos mais graves.

Sendo um dos tipos de violência menos identificados na investigação, o controlo violento mútuo caracteriza relações em que ambos, homem e mulher, lutam violentamente pelo controlo da mesma.

1.6. SÍNTESE

Este primeiro capítulo prendeu-se com o fenómeno da violência conjugal, mais propriamente com a sua caracterização e tentativa de compreensão. Assim, clarificaram-se conceitos, usados muitas vezes de forma equívoca, do mesmo modo que se procurou explorar os mecanismos subjacentes a um comportamento violento, que ocorre de forma continuada e frequente no seio de um casal. Abordaram-se, também, os diferentes tipos de violência bem como os seus sinais, sintomas, consequências e factores de risco. Ao sintetizar alguns dos modelos compreensivos procuramos disponibilizar diferentes leituras de uma *realidade* complexa para que a mesma possa ser analisada de diferentes ângulos ou pontos de vista.

O capítulo seguinte dirá respeito ao álcool e a alguns aspectos com ele relacionados, nomeadamente a violência conjugal, uma vez que este trabalho pretende clarificar a relação entre estas duas realidades.

CAPÍTULO II: ÁLCOOL

2.1. INTRODUÇÃO

O álcool é uma droga generalizada e comercializada na sociedade, fazendo parte dos hábitos alimentares e dos vários eventos sociais e recreativos. De resto, é uma das substâncias mais consumidas em todo o mundo, sendo Portugal um dos países em que o seu consumo é mais elevado (Negreiros, 2001).

Muitas vezes, os termos álcool e alcoolismo são usados como sinónimos quando, na verdade, têm significados diferentes. Ainda que, necessariamente, interligados, estes dois conceitos reportam-nos a realidades diferentes.

Falar de álcool é falar da própria evolução da humanidade, uma vez que um é tão antigo como o outro. Existem, de resto, relatos do uso de bebidas alcoólicas (fermentadas) desde a pré-história, sendo-lhes atribuídas “virtudes de convívio e de comunhão espiritual” (Fonseca, 1997, p.530). Devido a este género de efeitos, as bebidas alcoólicas são muitas vezes tidas como estimulantes, com capacidades de activação dos processos físicos e mentais. Contudo, na realidade, é uma substância depressora que prejudica as capacidades psicofisiológicas, mesmo se ingerido em pequenas doses (Gonçalves, 2008).

O conceito alcoolismo é francamente mais recente, surgindo em meados do século XVIII, aquando da revolução industrial. Nesta altura houve, de facto, um significativo aumento do nível de vida, factor que justificou e serviu de mote à produção e comercialização de grandes quantidades de bebidas alcoólicas (Lino, 2006). Estava, assim, criado o cenário para o aparecimento de um grande número de intoxicações provocadas por um consumo excessivo (Fonseca, 1997). Magnus Huss (1849), médico sueco, interessado por estes assuntos e com um grande espírito de observação, conseguiu associar o consumo excessivo e prolongado de álcool a patologias específicas, nomeadamente hepáticas, cardíacas e neurológicas. Descreveu quadros patológicos desenvolvidos em pessoas com hábitos excessivos e prolongados de bebidas alcoólicas; apontou o álcool etílico como agente patogénico de numerosas situações mórbidas (Topor & Bénard, 2001). Surge, assim, o conceito de “alcoolismo-doença” (Fonseca, 1997, p.530), passando o alcoólico a ser visto como “todo o indivíduo cujo consumo de bebidas alcoólicas possa prejudicar o próprio, a sociedade ou ambos (Jellinek, 1960, *cit. in* Lino, 2006, p.4). A escola americana de Jellinek (1940) fez, assim, uma abordagem multidisciplinar sobre os efeitos do

consumo excessivo e prolongado de bebidas alcoólicas, defendendo que tal comportamento acaba por determinar um estado de “dependência” face ao álcool, responsável por doença física, psíquica e social do indivíduo. Actualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define o alcoólico como “um bebedor excessivo, cuja dependência em relação ao álcool é acompanhada de perturbações mentais, de saúde física, da relação com os outros e do seu comportamento social e económico” (Lino, 2006, p.4). Em termos de critérios de diagnóstico, a DSM-IV-TR (2002) identifica duas perturbações relacionadas com a utilização do álcool: o abuso do álcool e a dependência do álcool. O abuso traduz-se num padrão desadaptativo de utilização de substâncias, levando a défice ou sofrimento clinicamente significativo, ocorrendo, pelo menos, durante um período de doze meses. Segundo esta classificação, o diagnóstico de consumo abusivo de álcool depende da presença de um (ou mais) dos seguintes critérios:

- 1- Utilização recorrente do álcool resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa;
- 2- Utilização recorrente do álcool em situações em que este se torna fisicamente perigoso (condução, trabalho com máquinas);
- 3- Problemas legais recorrentes relacionados com a substância;
- 4- Continuação da utilização da substância apesar dos problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelo efeito do álcool.

A dependência do álcool, segundo a mesma fonte, refere-se a um padrão igualmente desadaptativo de utilização do álcool, levando a défices ou sofrimento clinicamente significativo, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de doze meses. O diagnóstico de dependência de álcool implica, necessariamente, a presença de três ou mais dos seguintes critérios:

- 1- Tolerância definida por qualquer uma das seguintes situações:
 - Necessidade de quantidades crescentes de álcool para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
 - Diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de álcool;
- 2- Abstinência manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - Síndrome de abstinência característica do álcool (critérios 1 e 2);
 - A mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas da abstinência;

3- O álcool é frequentemente consumido em quantidades superiores ou por um período mais longo do que o que se pretendia;

4- Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização do álcool;

5- É despendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção e utilização do álcool e à recuperação dos seus efeitos;

6- É abandonada ou diminuída a participação em importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização de álcool;

7- A utilização do álcool é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização do álcool (ex. manutenção do consumo apesar do agravamento de uma úlcera devido ao consumo deste).

De uma forma geral, pode dizer-se que o que distingue estes dois quadros é o facto de, na dependência, existirem sinais claros de tolerância, abstinência (privação) e/ou comportamento compulsivo relacionado com a utilização do álcool, aspectos que não se fazem sentir no abuso.

2.2. CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DO ALCOOLISMO

2.2.1. CAUSAS DO ALCOOLISMO

Para muitos autores, os comportamentos aditivos estão fortemente relacionados com desajustes ou carências emocionais dos indivíduos. De acordo com Barnes e Olson (1987 *cit. in* Gonçalves, 2008) estas substâncias psicoactivas, como o álcool, são susceptíveis de colmatar e satisfazer diferentes necessidades, conduzindo ao abuso e à dependência, sempre em busca da constante sensação de bem-estar. O alcoolismo não tem uma causa única, nem tão pouco existe uma personalidade predisposta. O alcoolismo tem várias causas, que podem (ou não) coexistir na mesma situação. Por este motivo, não há a pretensão de fazer um levantamento exaustivo de causas, mas antes a apresentação daquelas que são mais regulares, reportando-nos a desencadeadores de índole genética, social, cultural e psicológica, nomeadamente relacionados com a personalidade do alcoólico (Lino, 2006).

No âmbito da genética, existem estudos que mostram “que a morbilidade alcoólica é de três a quatro vezes maior nos descendentes de alcoólicos crónicos do que nos não alcoólicos ou alcoólicos excessivos” (Lino, 2006, p.12). Contudo, a dependência alcoólica, como todos os comportamentos aditivos, não resulta somente da genética. A este respeito, Fouquet (*in* Topor & Bénard, 2001) defende que tais

dependências resultam da interação de três factores: um sujeito em evolução e em busca do seu equilíbrio, um meio facilitador de contactos entre o consumidor e a sua realidade e uma substância dotada dos seus efeitos psicotrópicos. Deve acrescentar-se, no entanto, que mesmo que se aceite esta forma de vulnerabilidade biológica, tal não significa que todos os indivíduos vulneráveis venham a ter problemas de álcool ou que somente aqueles que são vulneráveis os vão ter. O conceito de vulnerabilidade traduz-se num risco ligeiramente superior de problemas de alcoolismo devido a uma condição biológica prévia (Stroebe & Stroebe, 1995).

Verifica-se, também, que o aspecto cultural é deveras importante enquanto causa do alcoolismo, Como defende Almargo (1994, *in* Vasconcelos-Raposo & Alves, *no prelo*, p. 3), “o indivíduo aprende e interioriza valores, normas, códigos simbólicos e regras de conduta inerentes à cultura onde se encontra inserido.”. Assim, o consumo de álcool em idades muito precoces pode ser motivado por razões socioculturais, como a aprendizagem por imitação dos familiares, grupo de amigos, ou outros que exerçam influência sobre o indivíduo (Lino, 2006). Falamos, portanto, de uma forma de beber álcool, aprendida quer por condicionamento quer por observação (Stroebe & Stroebe, 1995). De resto, são vários os modelos comportamentais que tentam explicar esta conduta, apresentando-se, particularmente, um dos mais antigos que recorre ao pressuposto básico da redução da tensão: ao reduzir estados de elevada tensão e ansiedade, o indivíduo atribui ao álcool propriedades reforçantes e desejadas (Cappell & Greeley, 1987 *cit. in* Stroebe & Stroebe, 1995).

As patologias ou perturbações psicológicas, como a depressão e a ansiedade, são factores indissociáveis do alcoolismo (Lino, 2006). Na depressão o álcool é consumido na procura de um efeito sedativo e tranquilizante, face a um sofrimento psíquico, causado por tristezas e angústias (Lino, 2006). Na ansiedade o álcool actua como ansiolítico, diminuindo, aparente e temporariamente, o mau estar do indivíduo (Lino, 2006).

Finalmente, os traços de personalidade também podem conduzir a um consumo excessivo de bebidas alcoólicas (Lino, 2006). De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) falamos, sobretudo, da perturbação anti-social da personalidade e da fobia social. Tanto numa como noutra, o consumidor tende a usar o álcool como desinibidor, a fim de melhorar os seus relacionamentos sociais (Lino, 2006). Ainda que possa tratar-se da razão mais antiga para a explicação de um consumo excessivo desta substância, não existem evidências empíricas seguras de uma predisposição psicológica ou de personalidade para tal comportamento (Vaillant, 1983 *cit. in* Stroebe & Stroebe, 1995).

2.2.2. CONSEQUÊNCIAS DO ALCOOLISMO

“Problemas ligados ao álcool” é uma expressão imprecisa mas cada vez mais usada nestes últimos anos para designar as consequências nocivas do consumo de álcool. Estas consequências atingem não só o bebedor, mas também a família e a colectividade em geral. As perturbações causadas podem ser físicas, mentais ou sociais e resultam de episódios agudos, de um consumo excessivo ou inoportuno, ou de um consumo prolongado” (OMS, 1982)

A este propósito, a DSM-IV-TR define duas perturbações induzidas pelo álcool: intoxicação por álcool e abstinência por álcool.

A intoxicação por álcool implica a ingestão recente desta substância, bem como alterações comportamentais ou psicológicas desadaptativas, clinicamente significativas, que se desenvolvem durante ou pouco depois da ingestão de álcool. Falamos de um discurso empastado, descoordenação, marcha instável, alterações na concentração e memória.

A abstinência por álcool pressupõe a interrupção (ou redução) da utilização maciça e prolongada de álcool, bem como dois (ou mais) dos seguintes sinais: hiperactividade autonómica (ex. pulsação superior a 100), tremor aumentado das mãos, insónia, náuseas ou vômitos, alucinações ou ilusões visuais, tácteis ou auditivas, transitórias, agitação psicomotora, ansiedade.

Atendendo a estes dois quadros clínicos, as consequências do alcoolismo não se esgotam na deterioração e comprometimento do estado físico do indivíduo. Elas estendem-se às esferas mental, social, familiar, profissional e financeira.

A nível físico, e de uma forma geral, o consumo de álcool em grandes quantidades pode provocar acidez no estômago, vômito, diarreia, baixa da temperatura corporal, sede, dor de cabeça, desidratação, falta de coordenação, lentidão dos reflexos, vertigens, dupla visão e perda do equilíbrio. Nos casos de intoxicação aguda é possível verificar-se mudanças desadaptativas de comportamento, labilidade emocional, deterioração da capacidade de julgamento, amnésia dos acontecimentos durante a intoxicação, perda de consciência, coma etílico e morte por depressão cardio-respiratória (Lino, 2006). Quando consumido de forma crónica pode provocar efeitos a longo prazo nos diferentes órgãos vitais. Assim sendo, pode verificar-se deterioração e atrofia do cérebro, anemia, diminuição das defesas imunitárias, alterações cardíacas, cirrose hepática, gastrite, úlceras, inflamação e

deterioração do pâncreas, transtornos na absorção de vitaminas, hidratos e gorduras, cancro e danos cerebrais (Lino, 2006).

Também a nível psicológico os efeitos poderão ser notados. Assim, de acordo com a DSM-IV-TR, as perturbações mentais mais frequentemente associadas ao alcoolismo são: o *delirium tremens*, a demência (sobretudo a de *Korsakoff*), a perturbação mnésica, a perturbação psicótica, a perturbação do humor, a perturbação da ansiedade, a perturbação do sono e a disfunção sexual (Lino, 2006). De todas estas perturbações, a associação ansiedade-álcool é um facto bem conhecido, de tal forma que estudos demonstraram que perturbações ansiosas e depressivas são 1,5 a 2 vezes mais frequentes em consumidores excessivos de álcool (com ou sem dependência), comparativamente com consumidores moderados (Topor & Bénard, 2001). Se, numa primeira fase, o consumo desta substância pretendia a diminuição da ansiedade, depois de instalada a dependência, os seus efeitos invertem-se, tornando-se ansiogénico, fonte de agitação, adquirindo características de qualquer outra substância psicotrópica (*idem, ibid.*).

A vida social de um alcoólico sai muito penalizada em consequência deste abuso. Rapidamente perde a sua reputação junto de colegas e amigos, o que o deixa mais vulnerável ao consumo (Lino, 2006). Existe, portanto, o que pode chamar-se de ciclo vicioso, em que ambas as partes se alimentam mutuamente. Para destruir este ciclo é crucial definir o que serviu de factor de manutenção: foi o consumo excessivo que alimentou os problemas sociais ou, pelo contrário, foram os problemas sociais e relacionais que mantiveram o consumo abusivo de álcool. Estudos realizados (Johnson, 2001) demonstraram que o alcoolismo num dos progenitores tem efeitos muito nefastos a nível familiar, comprometendo seriamente o funcionamento deste sistema. Facilmente surgem conflitos que resultam, não só, numa baixa coesão familiar como numa dificuldade em expressar sentimentos familiares positivos. De resto, e de acordo com os mesmos estudos, o divórcio parece ser mais comum em famílias alcoólicas, comparativamente com famílias não alcoólicas. À semelhança do que acontece com a violência conjugal, também no alcoolismo os filhos destas famílias experienciam a chamada vitimização secundária (Johnson, 2001). A maior probabilidade de sofrerem abusos verbais, físicos ou sexuais torna-os vítimas directas desta dependência. O facto de crescerem no meio de discussões e violência entre os pais torna-os vítimas indirectas da mesma. Consequentemente, é comum apresentarem baixos níveis de auto-estima, depressão, doenças relacionadas com elevados níveis de *stress*, abuso de álcool ou outras drogas, comportamento sexual

desadequado, sentimento de impotência perante os acontecimentos, suicídio ou imitação do comportamento familiar (violento) nas suas relações.

A nível profissional, o alcoólico é um absentista nato. As demissões também são muito frequentes, assim como os problemas com colegas ou superiores hierárquicos (Lino, 2006). Deixa de assumir as suas responsabilidades, foge incessantemente, desvaloriza-se e deixa de assumir os seus deveres laborais (Topor & Bénard, 2001). Alguns dos acidentes laborais podem, mesmo, ficar a dever-se ao consumo excessivo de álcool. O facto do indivíduo se sentir muito seguro de si próprio, como consequência da depressão do sistema nervoso, poderá potenciar a adopção de comportamentos perigosos

2.3. ALCOOLISMOS: TIPOS DE CONSUMO

À medida que se foi estudando este tema, verificou-se que a complexidade dos comportamentos alcoólicos impõe a ideia de “alcoholismos”, no plural. Ainda que a substância seja sempre a mesma, as quantidades consumidas variam, quase sempre numa tendência de aumento (abrupta ou progressivamente). O mesmo é dizer que, também no alcoholismo, se pode falar em escalada de consumo, entendida em várias etapas, consoante o modelo ou tipologia em questão.

De entre as várias conceptualizações que surgiram na literatura durante os últimos 40 anos, a desenvolvida por Jellinek (1960) tornou-se a mais conhecida. Este autor, que define alcoholismo como o consumo de bebidas alcoólicas prejudiciais para o indivíduo, para a sociedade ou para ambos, utiliza as cinco primeiras letras do alfabeto grego para classificar os tipos de consumo (Lino, 2006; Topor & Bénard, 2001):

a) ALCOOLISMO *ALPHA*: dependência psicológica sem perda de controlo nem inabilidade de abstinência;

b) ALCOOLISMO *BETA*: início das complicações somáticas e das carências nutricionais;

c) ALCOOLISMO *GAMMA*: aumento da tolerância ao álcool, passando-se, progressivamente, de uma dependência psicológica para uma dependência física; há uma grande dificuldade em parar de beber, com graves comprometimentos sociais;

d) ALCOOLISMO *DELTA*: síndrome de desmame quando interrompido o consumo (inabilidade de abstinência), mas sem perda de controlo nem embriaguez; típico de grandes consumidores de álcool, sem grandes prejuízos sociais ou psicológicos mas com grave comprometimento físico:

E) *ALCOOLISMO ÉPSILON*: considerado periódico, típico de um indivíduo que, em processo de recuperação, tem uma recaída e, por remorsos, volta à abstinência.

Actualmente, e não colocando em causa a oportunidade da classificação de Jellinek, a tipologia vigente contempla três tipos de consumo: o alcoolismo agudo, a dependência alcoólica e o alcoolismo crónico.

O alcoolismo agudo é caracterizado por uma ingestão de álcool em grandes quantidades, num período curto de tempo, podendo resultar, apenas, numa excitação psíquica ou num coma alcoólico (Lino, 2006). Com efeito, este é o ponto crítico desta escalada. Se o consumo excessivo se resumir a uma pontualidade, fala-se em embriaguez. Se, pelo contrário, assumir um carácter imprescindível na vida social e laboral do sujeito, há um claro caminhar no sentido da dependência alcoólica. Este estado de dependência, enquanto segunda etapa nesta escalada, ocorre quando a pessoa perde o controlo sobre a bebida e começa a consumir compulsivamente (Lino, 2006). O estado de embriaguez passa a ser frequente registando-se, normalmente, uma diminuição da auto-estima, degradação física, um comprometimento das suas relações interpessoais e laborais. São recorrentes tentativas mal sucedidas para deixar de beber, tal como ideações e tentativas de suicídio. Paradoxalmente, todas estas frustrações impelem para um aumento do consumo. Se assim acontecer, a dependência alcoólica dá lugar a um alcoolismo crónico. Esta última etapa caracteriza-se por um consumo habitual e frequente de bebidas alcoólicas, repartidas ao longo do dia em várias doses, que vão mantendo uma alcoolização permanente do organismo (Lino, 2006). Os dias são passados a beber sem distinção do tipo de bebida, a ingestão de alimentos é quase nula, as funções mentais deterioram-se, a tolerância ao álcool aumenta e começam a surgir sintomas físicos muito graves, passíveis de cuidados médicos urgentes.

2.4. ALCOOLISMOS: TIPOS DE CONSUMIDORES

A diferentes tipos de consumo correspondem diferentes tipos de consumidores. Actualmente, num país em que grande parte da população consome bebidas alcoólicas ou alcoolizadas, é possível dividir os consumidores em quatro grandes grupos consoante o uso que dão ao produto (Topor & Bénard, 2001).

O primeiro grupo é pautado pela ausência do uso, sendo composto pelos não consumidores. “Compreende os não consumidores primários, sujeitos que não bebem ou nunca beberam álcool, e secundários, que já consumiram mas deixaram de o fazer” (Topor & Bénard, 2001, p.47). Este grupo representa uma percentagem mínima da

população. Contrariamente, a grande parcela da população é representada pelo segundo grupo que corresponde a um uso normal. São os chamados consumidores moderados que, embora bebam diariamente, fazem-no em quantidades reduzidas, não causando significativos problemas de saúde. Todavia, o facto de não estarem habituados aos efeitos do álcool deixa-os mais vulneráveis às “consequências orgânicas somáticas e neurológicas do que os sujeitos que consomem regularmente em maior quantidade” (Topor & Bénard, 2001, p.48).

Neste continuo de consumo, o uso do álcool dá lugar ao chamado abuso, primeiro sem dependência e depois com dependência (Topor & Bénard, 2001). Um abuso sem dependência (consumidores de risco e problemáticos), pelo seu exagero, está na origem de problemas físicos, psíquicos e/ou sociais, abrindo caminho ao grave problema de saúde pública que é o alcoolismo. Sendo alcoólico, o abuso já se acompanha de dependência. O mesmo é dizer que o indivíduo se encontra física e psicologicamente dependente do álcool.

Sendo o abuso de álcool um grave problema de saúde pública, responsável por elevadas taxas de morbilidade e mortalidade, a necessidade de categorizar consumidores e consumos justifica-se em prol de uma melhor e mais eficaz intervenção. “A colectividade terá mais benefícios se tratar prioritariamente os consumidores com problemas do que os dependentes, uma vez que representam doentes mais receptivos à informação e à mudança de comportamento no sentido de uma moderação determinada quantitativamente” (Topor & Bénard, 2001, p.51).

2.5. MODELOS COMPREENSIVOS DO ALCOOLISMO

2.5.1. MODELO MÉDICO-DOENÇA

Benjamin Rush (séc. XIX) foi o responsável pelo primeiro tratado científico onde o álcool aparecia como doença. No século XX, Jellinek atribuiu ao consumo excessivo e prolongado de bebidas alcoólicas um estado de “dependência” ao álcool, responsável por doença física, psíquica e social do indivíduo. No modelo médico, o alcoolismo é considerado uma doença progressiva e a tónica é colocada no primado da dependência fisiológica (Figueiredo, 1997).

Os mecanismos biofisiológicos e genéticos seriam a causa subjacente do desejo de beber, o que impossibilitaria qualquer controlo voluntário face à bebida. O alcoólico é, assim, visto como um organismo passivo que tem que ser encorajado a recorrer ao tratamento como forma de recuperação (*idem, ibid.*).

Este modelo contribuiu, contudo, para a minimização do estigma do alcoólico enquanto pessoa que é livre de tomar, ou não, a opção de beber e, conseqüentemente, veio apaziguar os sentimentos de culpa experienciados pelo indivíduo.

2.5.2. MODELOS SOCIAIS

Historicamente a dependência do álcool começou, com efeito, por ser considerada um pecado, evoluindo, posteriormente, para uma doença. Actualmente, a tendência é considerá-la uma inadaptação comportamental, embora muitos defendam a combinação das três compreensões (Gonçalves, 2008).

A compreensão da dependência alcoólica como pecado defende que beber excessivamente é um comportamento de escolha livre e de máxima irresponsabilidade. Assim, o alcoólico é visto como pessoa dotada de livre arbítrio, com capacidade de decisão, pelo que a opção de beber só a ele poderá ser imputada. Não se trata de alguém que perdeu o controlo sobre si próprio, mas antes de alguém responsável por todo o sofrimento provocado a si próprio e às outras pessoas (George, 1990, *cit. in* Gonçalves, 2008), razão pela qual não deverá ser ajudado mas antes punido para corrigir o seu comportamento. Esta abordagem ao problema, ainda que se revele directa e límpida, não deixa de apresentar algumas limitações. Do ponto de vista da História, o castigo e a punição nunca se revelaram bons meios de redução de comportamentos aditivos. Do ponto de vista científico, o alcoolismo é um problema complexo com origem no biológico, psicológico e social, não sendo assim tão claro que a adição seja uma escolha completamente livre (Gonçalves, 2008).

Enquanto doença, a dependência alcoólica caracteriza-se pela perda de controlo do sujeito sobre o uso da substância. Neste sentido, o alcoólico não é um irresponsável, mas antes um doente que precisa de ser socialmente ajudado e medicamente tratado. É uma abordagem que coloca este comportamento aditivo fora da esfera do moral e do pecaminoso, condenando posturas de censura e punição (George, 1990, *cit. in* Gonçalves, 2008).

Para os comportamentalistas, a adição é entendida como uma conduta desadaptada face às leis que organizam o comportamento humano (Thombs, 1994, *cit. in* Gonçalves, 2008). Trata-se de um problema comportamental resultante de *“incorrectos comportamentos modelares, amostras, cópias e imitações, com conseqüências destrutivas para o próprio adito, e/ou para as famílias e para a sociedade”* (Thombs, 1994, *cit. in* Gonçalves, 2008, p.19). Deste ponto de vista, o tratamento mais adequado baseia-se nos fundamentos da aprendizagem: o indivíduo

deve desenvolver competências tendo em vista a prevenção de recaídas. O tratamento médico é aqui entendido como meio complementar de actuação, uma vez que o objectivo é o treino da pessoa (Alexander, 1988, *cit. in* Gonçalves, 2008). Na actualidade, é uma abordagem muito defendida pela classe dos investigadores e técnicos do comportamento que trabalham nesta área.

2.5.3. MODELO DA APRENDIZAGEM SOCIAL

Trata-se de uma teoria interaccionista que postula o comportamento enquanto resultado da interacção multidireccional entre factores intrapessoais e situacionais. Evidencia o papel que variáveis mediacionais de ordem cognitiva desempenham no comportamento e na aprendizagem, assumindo o indivíduo um papel activo na construção do seu devir (Bandura, 1977).

Segundo este modelo, a cultura e os agentes de socialização exercem influências directas (modelamento e reforço social; mensagens veiculadas pelos *media*) e indirectas (expressão de crenças, expectativas e atitudes gerais face ao álcool) sobre a aprendizagem do consumo de bebidas alcoólicas, sendo as primeiras experiências com o álcool centrais na continuidade do consumo. Tal acontece dadas as propriedades da substância na produção de estados iniciais de euforia e de alívio de tensões (Figueiredo, 1997).

O desenvolvimento da tolerância aos efeitos directos e imediatos do álcool poderá incrementar o seu consumo, no intuito de se obterem efeitos anteriormente referidos, funcionando assim como um factor de 2ª ordem. O mesmo é dizer que se desenvolvem mecanismos de reforço negativo para evitar os sintomas de privação, os quais acabam por manter os consumos. A dependência progressiva do álcool para atingir gratificações a curto prazo e as situações-estímulo ambientais vão-se constituindo em determinantes imediatos do desejo intenso de beber. Este abuso alcoólico produz consequências mal-adaptativas na interacção do sujeito com o meio ambiente, as quais, por sua vez, exacerbam a tensão, diminuem a auto-eficácia e inibem a capacidade de lidar adequadamente com as situações (*idem, ibid.*). Produzem-se, deste modo, as condições para o aumento das quantidades de álcool ingerido que irão criar mais perturbações funcionais (determinação recíproca).

A exploração de modos alternativos de lidar com este problema, bem como a aquisição e exercício de competências do auto-controlo na gestão da vontade de

beber, são essenciais na recuperação dos indivíduos com problemas ligados ao álcool.

2.5.4. MODELO BIOPSIKOSSOCIAL

Esta abordagem caracteriza-se pela integração das variáveis social e psicológica, numa tentativa de compreender o comportamento aditivo (Ehrenberg & Mignon, 1992, French, 1995, *cit. in* Gonçalves, 2008). Assim, advoga que a dependência (alcoólica) está fortemente ligada à própria vida do sujeito, sendo dela reflexo. A substância actua como neutralizadora dos problemas do indivíduo afastando dele a constatação de fracasso, ao mesmo tempo que vai deteriorando a sua auto-estima (French, 1995, *cit. in* Gonçalves, 2008). Actua com este efeito perverso de, simultaneamente, ajudar e prejudicar a pessoa em questão. Neste sentido, de acordo com esta abordagem, a prevenção dos comportamentos aditivos (álcool) passa pelo desenvolvimento de competências de auto-controlo e de auto-estima, desenvolvidas por acção de factores sociais, culturais, situacionais, de personalidade e cognitivos (Gonçalves, 2008).

2.5.5. MODELO DA INVERSÃO PSICOLÓGICA

Muito sucintamente, esta abordagem caracteriza-se por “*defender a existência de pares de estados psicológicos opostos, entre os quais se operam inversões no decurso da vida*” (Gonçalves, 2008, p.23). Neste sentido, e no que diz respeito a comportamentos dependentes, o estado psicológico *procura de activação* está mais activo, por oposição ao estado *evitamento da activação* (Ferreira & Welsh, 2004, Richard & Senon, 2005, *cit. in* Gonçalves, 2008). O mesmo é dizer que o sujeito, por razões de ordem social, psicológica e/ou social, pode ancorar na procura de activação, sendo incapaz de transitar para o evitamento da activação sem passar por estados de grande sofrimento.

2.5.6. MODELO SISTÉMICO

“A família é um sistema entre sistemas, [sendo] essencial a exploração das relações interpessoais e das normas que regulam a vida dos grupos significativos a que o indivíduo pertence, para uma compreensão do comportamento dos membros e para formulação de intervenções eficazes” (Andolfi, 1981, *cit. in* Alarcão, 2002).

Tal como em qualquer outro sistema, o bom funcionamento familiar prende-se, entre outros aspectos, com a existência de um padrão comunicacional funcional entre os seus membros e sub-sistemas. Contudo, é natural que o equilíbrio familiar seja

interrompido por situações ou acontecimentos mais ou menos (in)esperados que confrontam o sistema familiar com as chamadas crises naturais e/ou acidentais. A questão fundamental reside na forma como a família lida com as situações de *stress*, isto é, na forma como enfrenta a crise. Com efeito, esta poderá ser entendida como uma oportunidade para o sistema evoluir, reorganizando-se de forma mais funcional, mas pode ser sentida como uma ameaça ao sistema, levando-a a bloquear a mudança efectiva e a comprometer o seu crescimento e funcionalidade (Alarcão, 2002).

Independentemente dos diferentes valores comunicacionais que o álcool pode assumir no sistema familiar e nas relações interpessoais existentes entre os vários elementos da família, a sua presença constitui uma ameaça ao funcionamento do próprio sistema pois cristaliza-o em padrões interaccionais definidos em função do sintoma alcoolismo. Como afirma Haugland (2005), o álcool corrompe importantes rituais e rotinas familiares. A este respeito, Patrick Johnson (2001) demonstrou, nos seus estudos, que o alcoolismo num dos progenitores está associado a maior ocorrência de conflitos latentes e expressos, coesão muito baixa entre os elementos do sistema e expressão deficiente de sentimentos positivos em relação à família, por parte do consumidor. Mostrou, também, que o divórcio é uma realidade mais comum nas famílias alcoólicas, comparativamente com as famílias não alcoólicas.

O consumo abusivo de álcool por parte de um dos elementos do sub-sistema conjugal afecta não só esse sistema como tem repercussões no próprio indivíduo e nas relações intra-sistémicas. Tratando-se de uma família com filhos, é muito provável que o alcoólico não assegure devidamente as suas funções de educador e protector das gerações mais novas, tarefas inerentes ao sub-sistema parental. Consequentemente, cabe ao outro progenitor, na maior parte das vezes às mulheres/mães, tentar compensar esta falha ou desequilíbrio. Ainda assim, e apesar do esforço, é muito provável que o sucesso não seja atingido, uma vez que esta figura, também ela afectada, não consiga lidar com o acumular de funções, acabando por projectar as suas dificuldades e frustração nos filhos (*idem, ibid.*). De acordo com Lazarus e Folkman (1984), a *chave* parece estar na capacidade de prever/antecipar os momentos mais desequilibrados, inerentes a episódios de consumo, implicando um estado constante de alerta e vigília; só assim o progenitor não alcoólico consegue agir atempadamente, no sentido compensatório e de manutenção de um certo equilíbrio familiar (Bennett et al., 1988).

No entanto, importa referir que esta sensação de controlo não é mais do que isso mesmo: uma sensação. Na verdade, só o facto de um dos cônjuges se demitir das suas funções conjugais e parentais é suficiente para causar desequilíbrio àquela

família, por muito que o outro procure compensar. Por outro lado, este possível equilíbrio é feito à custa de um desequilíbrio na relação conjugal e parental que, naturalmente, contribui para a manutenção do próprio sintoma. É por este motivo que, na maior parte dos casos, se defende a envolvimento do casal no tratamento ao álcool e é também por isso que, muitas vezes, a mudança é tão difícil uma vez que ela implica alterações no comportamento do alcoólico mas também do cônjuge e demais familiares. Apesar das dificuldades encontradas, a participação do cônjuge e/ou da família no processo de tratamento do alcoólico parece estar associada a melhorias não apenas no alcoólico mas também na relação (O'Farrell & Fals-Stewart, 2003): a terapia de casal reforça a abstinência face à bebida, promove uma diminuição dos problemas normalmente associados ao álcool, bem como potencia relações conjugais mais satisfatórias, reduzindo o número de divórcios e de violência entre o casal. Consequentemente, possibilita um melhor funcionamento psicossocial dos filhos.

Podemos, então, concluir que, paradoxalmente, o consumo de álcool compromete o equilíbrio do sistema familiar embora, se não for trabalhada a relação, a abstinência também faça perigar o equilíbrio alcançado. Ainda que não se assuma como “terapia milagrosa”, trabalhar o sistema conjugal e familiar, complementarmente ao trabalho individual, pode ser uma boa estratégia para a nova construção de novos equilíbrios.

2.6. VIOLÊNCIA CONJUGAL E ÁLCOOL: QUE RELAÇÃO?

É muito comum surgir, enquanto referência nas investigações sobre violência conjugal, o consumo de álcool pelo maltratante. Pese embora não existirem dados concretos que clarifiquem os contornos desta relação, estudos há (Doerner & Lab, 1995 *in* Matos, 2003) que sugerem que mais de metade dos maltratantes bebem em demasia. Nas mesmas investigações, mais de metade das vítimas refere que os ofensores estavam intoxicados em pelo menos um dos episódios de violência. Brookoff, O'Brien, Cook, Thompson e Williams (1997), sobre este assunto, defendem que o uso de substâncias psicoactivas está envolvido em cerca de 92% dos casos de violência conjugal, funcionando o álcool, particularmente, como desinibidor e facilitador deste comportamento.

Clarificar a relação entre estas duas realidades não interessa, somente, para saber se o álcool acompanha (ou não) a violência conjugal. Interessa, sobretudo, para entender de que forma elas interagem entre si, especialmente no que diz respeito aos resultados e consequências. A este propósito, investigações demonstram que o

consumo abusivo de álcool foi encontrado em mais de 80% dos casos que resultaram em homicídio (Matos, 2003), sugerindo que este tipo de abuso está associado a maus-tratos mais severos e a maiores danos (Coleman, 1980; Walker, 1979 *cit. in* Schiffrin & Waldron, 1992 *cit. in* Matos, 2003). É, também, verdade que uma grande percentagem de maltratantes exerce a sua violência em estado sóbrio ou após uma ingestão moderada. Contudo, indivíduos com problemas de consumo tendem a evidenciar uma violência mais séria e mais frequente (Browne, 1987; Walker, 1984 *cit. Barnett & Fagan, 1993 in* Matos, 2003), possuindo, homens casados violentos, índices mais altos de alcoolismo quando comparados aos não violentos (Dinwiddie, 1992).

Numa tentativa de compreender esta relação, Wilkinson & Hamerschlag (2004) entendem o álcool como factor de risco numa relação conjugal. Risco proximal na medida em que pode potenciar um acto violento no imediato; risco distal pelas consequências que terá a médio/longo prazo. Tentando ir mais além, neste mesmo estudo, avançaram com duas hipóteses explicativas para esta relação: a hipótese da expectativa e a hipótese da disrupção cognitiva. De acordo com a primeira, a vítima espera que o consumo de álcool seja seguido de comportamentos violentos, um vez que a ingestão destas bebidas é interpretada como uma pista para o maltrato. A segunda hipótese centra-se nos efeitos psicofarmacológicos do álcool, especialmente no que diz respeito à tomada de decisão na intimidade do casal. O consumo excessivo e continuado, de acordo com esta linha de pensamento, deteriora a capacidade de o agressor raciocinar em termos de causa-efeito numa situação conflituosa. Os efeitos do álcool demitem, assim, o agressor de quaisquer responsabilidades. Deste modo, é relativamente consensual o facto de o álcool não dever ser visto como uma causa linear e única da violência conjugal, mas antes como um factor que, em determinados contextos, pode facilitar actos violentos. (Leonard, 1999 *cit. in* Wilkinson & Hamerschlag, 2004). De resto, estas hipóteses foram estudadas e concluiu-se que o álcool não se constitui como causa suficiente nem necessária para a violência conjugal, não devendo, por isso, ser inferida esta relação como causal (Irons & Schneider, 1997). Walker (1984 *cit. in* Wilkinson & Hamerschlag, 2004) mostrou, no entanto, que esta substância, relativamente às drogas, está mais relacionada com a violência no casal, especialmente física.

Em suma, referem os autores que “o alcoolismo e a violência conjugal devem ser equacionados como problemas separados que, na prática, tendem a coexistir, ainda que a sua relação permaneça controversa” (Spieker, 1981 *cit. Barnett & Fagan, 1993 in* Matos, 2003, p.91).

2.7. SÍNTESE

Neste segundo capítulo, e de forma a uniformizar discursos sobre o consumo e abuso do álcool, abordaram-se alguns aspectos conceptuais, causas e consequências deste comportamento, bem como tipos de consumo e de consumidores. À semelhança do primeiro capítulo, também neste procurámos sintetizar alguns modelos compreensivos, de forma a possibilitar ao leitor diferentes olhares e leituras sobre uma realidade deveras preocupante. Finaliza-se com uma primeira reflexão acerca daquela que é a grande questão deste trabalho: que relação existe entre violência conjugal e álcool e que contornos assume? É, precisamente, neste sentido que surgem os estudos empíricos que se apresentam de seguida.



PARTE II
ESTUDOS EMPÍRICOS

3.1. INTRODUÇÃO

Como já foi referido neste trabalho, a violência conjugal e o álcool são duas realidades que, muito frequentemente, se associam e podem interagir mutuamente. Todavia, os contornos desta relação permanecem pouco claros e pouco definidos. Foi, de resto, o interesse por aprofundar esta relação e por perceber de que forma é que ela se expressa que nos orientou no desenvolvimento desta investigação.

A complexidade de ambas as problemáticas, e da(s) relação(ões) que entre as mesmas pode(m) estabelecer-se, bem como da ausência de conhecimento empírico que permitisse a colocação de hipóteses a testar, levou-nos a optar por uma metodologia qualitativa, orientada para a descoberta. Desta forma, a realização de entrevistas, permitindo uma análise, em profundidade, das narrativas dos participantes no que toca aos sintomas violência e alcoolismo (no seu quotidiano actual e nas famílias de origem) e aos possíveis factores de transformação dos mesmos, pareceu oferecer-se como a melhor opção para atingir o objectivo de clarificar os laços que podemos encontrar entre o consumo de álcool e o comportamento violento no seio da díade conjugal. No sentido de ajudar a identificar alguns dos tópicos estruturantes das referidas entrevistas, considerámos útil conhecer a forma como esta realidade se expressa num dos contextos que, no nosso País, assume um papel de relevo na avaliação das situações de maltrato para esclarecimento do sistema judicial, ou seja o Instituto Nacional de Medicina Legal. A recolha desta informação constituirá, então, a 1ª e 2ª fases do estudo empírico 1 que passamos, de imediato, a descrever.

3.2. ESTUDO EMPÍRICO 1: PRIMEIRA FASE

3.2.1. OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Consistindo no levantamento e consulta de processos do Gabinete Médico-Legal de Aveiro do Instituto Nacional de Medicina Legal, esta primeira fase do estudo apresenta como objectivos a caracterização da população-alvo, a caracterização da violência conjugal e a caracterização da relação violência conjugal e álcool nos processos consultados

Com a caracterização da população-alvo pretendemos fazer o levantamento das características da vítima e do agressor, bem como do contexto familiar de ambos uma vez que, tratando-se de violência conjugal, o contexto é comum aos dois. Com a caracterização da violência conjugal procuramos perceber há quanto tempo ela ocorre, quais são os factores desencadeadores e de manutenção, qual o tipo de maltrato mais frequente (físico, psicológico ou sexual) e respectivas consequências. Caracterizada a

violência, é nosso objectivo, também, saber qual o número de casos com associação ao álcool e qual o número de casos sem qualquer associação, bem como as principais diferenças entre ambos, nomeadamente ao nível da gravidade da violência e seu desencadeadores.

As questões de investigação que orientaram a formulação de tais objectivos são as seguintes:

- a) Nos casos avaliados, qual é, do ponto de vista quantitativo, a associação encontrada entre álcool e violência?
- b) Que diferenças encontramos, ao nível de variáveis sócio-demográficas, familiares e de caracterização da própria violência, entre os casos de violência com e sem álcool?
- c) De acordo com a literatura revista, é possível hipotetizar que tais diferenças residam no tipo e gravidade da violência e nas consequências para a vítima. Mas será que, efectivamente, na presença do álcool, a violência e suas consequências serão mais graves para a vítima? E no que se refere às funções do álcool? Estando presente, funciona como desencadeador causal da agressão ou tratar-se-á, apenas, de um agravante da mesma?

3.2.2. METODOLOGIA

3.2.2.1. INSTRUMENTO

Para a consulta sistemática de processos, foi utilizada uma grelha de observação, construída para o efeito. Este instrumento integra três grandes áreas: caracterização da vítima e identificação do agregado familiar, caracterização do contexto familiar e da violência conjugal e álcool (anexo 1).

Relativamente à primeira área, dados como a idade, estado civil e profissão ajudam a perceber qual o estatuto socioeconómico desta pessoa e até que ponto existirá uma dependência face ao agressor, aspecto muitas vezes invocado para a permanência na relação. Obter-se-á, desta forma, um primeiro retrato, sócio-demográfico, acerca da vítima.

No que diz respeito à segunda área, tratando-se de famílias com história(s) de violência conjugal, procurou saber-se há quanto tempo ocorrem estes episódios de maus tratos e até que ponto uma maior frequência dos mesmos não estará relacionada com um maior historial de violência. Sabendo, no entanto, que existem diferentes tipos de violência, estes e as suas consequências são, também, questões a

investigar, nomeadamente para poder perceber de que forma se relacionam, ou não, com o álcool. Mais concretamente, ao tentar saber se existe consumo de substâncias alcoólicas, quer pela vítima mas sobretudo pelo agressor, pretende averiguar-se até que ponto a violência e as suas consequências não serão mais graves na presença deste aditivo. A identificação de possíveis factores desencadeadores e de manutenção da violência conjugal visa perceber se o álcool estará directamente relacionado com os maus tratos e/ou se a manutenção dos mesmos poderá ser explicada pelo consumo abusivo desta substância.

A denúncia foi um aspecto abordado (*vidé* contexto família), no sentido de saber quantas denúncias tinham sido feitas, e por quem, numa tentativa de perceber quais os esforços já feitos para abandonar ou transformar esta relação violenta. A identificação de patologias associadas foi também abordada no sentido de se saber até que ponto uma relação violenta poderá ter por base ou estar associada a uma patologia que, embora não explique ou desencadeie directamente a violência, pode estar subjacente à sua manutenção.

3.2.2.2. AMOSTRA

Como amostra, foi seleccionado o ano de 2006 de forma a poder aceder a dados recentes mas com garantia de conclusão dos processos consultados, num total de 234.

3.2.3. RESULTADOS

Pese embora ter-se conseguido recolher informação muito importante nos processos consultados, a verdade é que muitas outras questões ficaram sem resposta, nomeadamente as que mais interessavam a este estudo, dada a ausência de certo tipo de informação. É, de resto, esta a justificação para a elaboração do “Questionário sobre Violência Conjugal” que realizámos já no decurso desta fase do estudo e que apresentaremos mais adiante.

3.2.3.1. CARACTERIZAÇÃO DA VÍTIMA

Condizente com o perfil traçado pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) para o mesmo ano, a vítima que se dirige ao Instituto Nacional de Medicina Legal, pelo menos neste Gabinete, é uma mulher com cerca de 40 anos (idade média; mínima 26 anos, máxima 45 anos), casada (63,7%) e que mora só com o marido (12,4%) ou com este e com os filhos (10,4%) (quadros 2 e 3). De acordo com os dados expressos, cerca de um sexto destas mulheres é divorciada (17,1%); 13,7% das vítimas são solteiras, o que nos alerta, desde já, para a questão da violência no namoro.

Quadro 2 – Estado Civil da Vítima

Estado Civil	Número	Percentagem
Casada	149	63,7%
Solteira	32	13,7%
Divorciada	40	17,1%
Viúva	7	3,0%
União de facto	5	2,1%
Não Preenchido	1	0,4%
TOTAL	234	100,0 %

Relativamente à constituição do agregado familiar, as percentagens apuradas revelaram-se muito baixas, na medida em que muitos dos processos não dispunham dessa informação. Todavia, pela idade e estado civil, pensamos poder tratar-se, essencialmente, de famílias nucleares tradicionais. Mesmo nos casos em que se conseguiu ter acesso à composição do agregado familiar, muitas vezes não foi possível saber, exactamente, a idade dos filhos. Ainda assim, e apenas a título de orientação, julgamos que, na sua maioria, estamos perante casais com filhos maiores (18,9%, da informação expressa).

Em termos profissionais, mais de um quarto das vítimas desta amostra é doméstica ou não tem profissão (34,2%) e aquelas que têm são, na sua maioria, pessoal não qualificado, no âmbito do qual se destacam os serviços pessoais, domiciliários ou similares (15,8%), bem como as actividades ligadas ao comércio (12,8%) (quadro 4).

Quadro 3 – Constituição do Agregado Familiar da Vítima

Tipo	Número	Percentagem
Companheiro / Marido e Vítima	29	12,4%
Companheiro / Marido, Vítima e filhos	24	10,4%
Vítima e filhos	10	4,3%
Companheiro / Marido, Vítima e mãe da vítima	1	0,4%
Vítima, filhos e pais da vítima	1	0,4%
Vítima e ex-cônjuge	1	0,4%
Vítima, ex-cônjuge e filhos	1	0,4%
Vítima, filhos e neta	1	0,4%
Companheiro / Marido, Vítima, filhos e netos	1	0,4%
Branco	165	70,5%
TOTAL	234	100,0%

Quadro 4 – Profissão da Vítima

Profissão	Número	Percentagem
Doméstica / Sem profissão	80	34,2%
Serviços pessoais, domiciliários ou similares	37	15,8%
Comerciante ou vendedor	30	12,8%
Desempregada	17	7,3%
Empregada de indústria de extracção ou transformação	11	4,7%
Empregada administrativa ou similar	8	3,4%
Científica, técnica, artística ou similar	8	3,4%
Reformada	7	3,0%
Balconista / Empregada de balcão	6	2,6%
Estudante	5	2,1%
Funcionária pública	4	1,7%
Empregada de mesa	3	1,3%
Director ou quadro superior administrativo	2	0,9%
Agricultor, criador de animais, silvicultura, pesca ou caça	2	0,9%
Operadora de caixa	2	0,9%
Outras Profissões ²	12	5,0%
TOTAL	234	100,0%

² Podologista; Condutor de máquinas fixas ou de transportes; Esteticista; Preparadora de automóveis; Enfermeira; Cabeleireira; Assistente de exportação; Serigrafista; Contabilista; Jardineira; Gerente comercial e Manipuladora de bacalhau.

3.2.3.2. Caracterização da Violência Conjugal

Na sua quase totalidade (99,2%), a violência determinante da perícia foi a física (0,4% de referências à violência psicológica e sexual). Por conseguinte, e dada a prevalência dos maus tratos físicos, o corpo, especialmente mãos e pés (75,6%), é o principal instrumento de violência (quadro 5), o que se articula também com o nível de agressão e com o resultado da lesão: um pouco menos de metade dos casos (47,9%) são de nível 1 (não necessita de assistência hospitalar) e cerca de 50% são de nível 2 (com assistência médica mas sem internamento, intervenções cirúrgicas ou perda de consciência) (quadro 6).

Quadro 5 – Modo de Actuação do Agressor

Modo de Actuação	Número	Percentagem
Com mãos	136	58,1%
Com mãos e pés	41	17,5%
Com instrumentos vários (de natureza cortante e contundente ou actuando como tal)	18	7,7%
Com o corpo mais instrumentos (de natureza cortante e contundente ou actuando como tal)	17	7,3%
Com outras partes do corpo	17	7,3%
Ofensas verbais	1	0,4%
Penetração oral e vaginal	1	0,4%
Branco	3	1,3%
TOTAL	234	100,0%

Quadro 6 – Níveis de Assistência Médica

Níveis	Número	Percentagem
Nível 1	112	47,9%
Nível 2	121	51,7%
Nível 3	0	0
Branco	1	0,4%
TOTAL	234	100,0%

Nível 1 – Sem assistência hospitalar

Nível 2 – Com assistência médica: raio-X, suturas, gesso...

Nível 3 – Com assistência médica: intervenções cirúrgicas – hemorragias internas, perda de consciência

Nível 4 – Com assistência médica: danos permanentes como perda de visão, audição, algum tipo de desfiguração

Com efeito, embora haja um número elevado de lesões graves (quadro 7), cerca de metade das situações não chegam a ser reportadas a sistemas formais, nomeadamente de saúde (quadro 6). Falamos de politraumatismos vários (46,2%), nomeadamente nos braços (7,3%) e na cabeça (6,8%), bem como de contusões, equimoses e hematomas (4,3%). Os traumatismos da face são referidos em 14,5% das situações (quadro 8).

Quadro 7 – Resultado das Lesões provocadas na Vítima

Lesões	Número	Percentagem
Traumatismo da face	34	14,5%
Traumatismo da cabeça	16	6,8%
Traumatismo da face e da cabeça	3	1,3%
Traumatismo do pescoço	6	2,6%
Traumatismo do pescoço e da cabeça	1	0,4%
Traumatismo do pescoço e da face	6	2,6%
Traumatismo dos braços	17	7,3%
Traumatismo das mãos	9	3,8%
Traumatismo das pernas	3	1,3%
Traumatismo abdominal	1	0,4%
Traumatismo das nádegas	2	0,8%
Traumatismo do tórax	3	1,3%
Traumatismo das costas	6	2,6%
Contusões / Equimoses / Hematomas	10	4,3%
Dores generalizadas	1	0,4%
Politraumatismos	108	46,2%
Não apresenta	4	1,7%
Branco	4	1,7%
TOTAL	234	100,0%

Na nossa amostra, a recorrência de comportamentos violentos é reportada em cerca de metade dos casos (50,4%), ainda que não tenhamos informação em 39,7% dos processos consultados. A existência de situações pontuais de violência conjugal foi registada em 9,8% das perícias realizadas em 2006. Tal como avançado pelas

estatísticas da APAV, a violência continuada assume-se como o cenário mais relevante e de maior peso neste contexto (75%).

Com efeito, nesta amostra, e nas situações em que o casal se mantém junto, o tempo de manutenção do comportamento violento é muito variável, desde um ano (5,1%) a 30 anos (0,4%), sendo, no conjunto dos dados expressos, a frequência mais elevada entre um e cinco anos (6,4%). Muitas são, no entanto, as vítimas que não sabem especificar há quanto tempo são maltratadas (22,2%) (quadro 8).

Quadro 8 – Duração da Violência Conjugal (VC)

Duração	Número	Percentagem
VC desde há menos de 1 ano	12	5,1%
VC entre 1 ano – 5 anos	15	6,4%
VC entre 6 anos – 10 anos	9	3,8%
VC entre 11 anos – 15 anos	7	3,0%
VC entre 16 anos – 20 anos	6	2,7%
VC entre 21 anos – 25 anos	3	1,3%
VC entre 26 anos – 30 anos	1	0,4%
Não sabe especificar	52	22,2%
Não preenchido	56	23,9%
TOTAL	234	100,0%

Relativamente aos factores desencadeadores dos episódios de violência, em 4,3% dos casos são referidas as discussões ou desentendimentos familiares e em 2,6% os ciúmes e as suspeitas de infidelidade (quadro 9). A separação do casal (1,7%) e a ausência de motivo aparente (1,3%) são razões também apontadas no desencadear da violência conjugal mas, uma vez mais, a generalidade dos processos é omissa relativamente a este tipo de informação. Nos processos consultados, foi expressiva a referência à existência de tensões entre a vítima e o agressor (31,2%), o que nos alerta para a possível importância de tais tensões no desencadear dos episódios de violência, ainda que estas não sejam depois expressamente referidas como desencadeantes da VC.

A existência de violência conjugal preocupa-nos também pelos efeitos, mais ou menos indirectos, que pode ter nos filhos. Pelo menos cerca de 10,9% dos filhos menores de 18 anos e 1,9% maiores de 18 anos terão assistido aos episódios de violência entre os pais mas é preciso realçar que em cerca de 75% dos casos não foi possível obter informação acerca desta variável (quadro 10).

Quadro 9 – Desencadeadores da Violência Conjugal

Desencadeadores	Número	Percentagem
Discussões familiares	10	4,3%
Questões sexuais	1	0,4%
Separação do casal	4	1,7%
Questões de coabitação	1	0,4%
Sem motivo aparente	3	1,3%
Questões de economia doméstica	1	0,4%
Ciúmes / Suspeita de infidelidade	6	2,6%
Questões relacionadas com actividades domésticas	1	0,4%
Vítima não abriu a porta ao agressor numa determinada noite	1	0,4%
Vítima não quis ir para a cama	1	0,4%
Branco	205	87,7%
TOTAL	234	100,0%

Quadro 10 – Número de Filhos que Assistem à Violência Conjugal (VC) ³

Menores de 18 anos	Número	Percentagem
Assistiram ao episódio de VC	28	10,9%
Não assistiram ao episódio de VC	21	8,2%
Maiores de 18 anos	Número	Percentagem
Assistiram ao episódio de VC	3	1,2%
Não assistiram ao episódio de VC	2	0,8%
Sem especificação de idade	Número	Percentagem
Assistiram ao episódio de VC	5	1,9%
Não assistiram ao episódio de VC	4	1,6%
Branco	194	75,4%
TOTAL	257	100,0%

³ Nesta variável, o total de casos será 257, referentes aos dados observados.

Sendo importante, na compreensão da violência conjugal, a identificação dos factores que podem contribuir para a sua manutenção, percebemos, pela consulta dos processos, que essa é uma informação geralmente não expressamente recolhida (quadro 11). De acordo com o que pudemos apurar, os ciúmes/desconfianças surgem como a razão mais frequentemente referida para a manutenção da violência (1,8%), seguida da questão económica associada ao factor álcool (0,8%).

Quadro 11 – Factores de Manutenção da Violência

Factores de Manutenção	Número	Percentagem
Partilha da mesma habitação	1	0,4%
Dependência económica do agressor face à vítima	2	0,8%
Dependência económica do agressor face à vítima agravada pelo consumo de álcool	2	0,8%
Dependência económica da vítima face ao agressor	2	0,8%
Ciúmes / desconfianças	4	1,8%
Branco	223	95,4%
TOTAL	234	100,0%

A denúncia de casos de violência conjugal é, como sabemos, relativamente diminuta. Na nossa amostra, os motivos pelos quais a situação não foi anteriormente denunciada constitui uma informação omissa na grande maioria dos processos consultados (78,6%) (quadro 12).

Quadro 12 – Denunciante e Número de Denúncias anteriores

Denunciante	Número	Percentagem
Vítima	234	100%
Nº Denúncias Anteriores	Número	Percentagem
0	33	14,1%
1	3	1,3%
2	1	0,4%
5	1	0,4%
Várias	12	5,2%
Branco	184	78,6%
TOTAL	234	100,0

Nas situações em que foi possível perceber as razões pelas quais a vítima não o fez (14,1% dos casos) verifica-se que o medo (4,3%), o facto de, até então, nunca ter havido violência física (0,9%) e a atribuição deste tipo de comportamento ao álcool (0,4%) são os aspectos mais referidos.

Nesta amostra, a denúncia foi sempre feita pela vítima. Da consulta dos processos, pudemos perceber que alguns casos resultaram em divórcio (3,4%) e outros em separação (5,1%) mas, uma vez mais, é necessário realçar que em 91,5% dos casos não foi possível obter informação sobre a existência de tentativas ou concretização da finalização da relação.

No que diz respeito à possível existência de patologia associada, verifica-se, uma vez mais, uma enorme incidência de falta de informação, surgindo 5 referências (2,2%) a doença mental (quadro 13).

Quadro 13 – Patologia Associada

INDICADORES DE PERTURBAÇÃO (vítima e agressor)	Número	Percentagem
Doença cardíaca	1	0,4%
Quadro depressivo	3	1,3%
Intervenções cirúrgicas	1	0,4%
Psicose maníaco-depressiva	2	0,9%
Doença óssea	2	0,9%
Doença renal	1	0,4%
Branco	224	95,7%
TOTAL	234	100,0%

3.2.3.3. Caracterização da Relação entre Violência Conjugal e Álcool

O álcool, como factor de manutenção e agravante da violência, tanto pode aparecer associado ao agressor como à própria vítima (quadros 15 e 16). Todavia, no primeiro caso falamos de 10,7% de casos em que essa informação pôde ser recolhida e no segundo de 1,3%, números que expressam bem a falta de informação (respectivamente, 80,3% e 88,5% de casos omissos). De acordo com os dados da APAV para o mesmo ano, cerca de 23,4% dos agressores eram dependentes do álcool e as vítimas dividiam-se em dois grupos: 33% não evidenciavam qualquer dependência e 4,8% mostravam-se consumidoras frequentes de fármacos. Este

número, apesar da sua fraca expressão, não pode ser ignorado uma vez que se trata de uma variável constante nas estatísticas desta instituição.

Como referido inicialmente, foi recolhida pouca informação processual sobre a relação em estudo (97%, 88,5% e 80,3% de informação omissa, respectivamente quadros 14, 15 e 16). Ainda assim, a informação obtida parece não contrariar a literatura que reporta, como vimos, o álcool como um facilitador da violência e não tanto como um elemento causador da mesma.

Quadro 14 – Associação entre Violência Conjugal (VC) e Álcool

Casos	Número	Percentagem
Casos onde é referido o consumo de álcool como agravante da VC	7	3%
Branços	227	97%
TOTAL	234	100%

Quadro 15 – Alcoolismo na Vítima

Alcoolismo	Número	Percentagem
Sim	3	1,3%
Não	24	10,2%
Branços	207	88,5%
TOTAL	234	100,0%

Quadro 16 – Alcoolismo no Agressor

Alcoolismo	Número	Percentagem
Sim	25	10,7%
Não	21	8,9%
Branços	188	80,3%
TOTAL	234	100,0%

Dada a impossibilidade de recolher, na análise dos processos, um conjunto de informação pertinente para o estudo que pretendíamos desenvolver, considerámos ser mais útil completá-la com os dados recolhidos a partir da utilização sistemática de uma ficha sobre violência conjugal.

3.3. ESTUDO EMPÍRICO 1: SEGUNDA FASE

3.3.1. OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Tratando-se de uma segunda fase do mesmo estudo, tanto os objectivos como as questões de investigação acima referidos (ver ponto 3.2.1.) são os mesmos. Esta segunda fase decorre, então, do facto de ter sido muito elevado o número de *missings* na consulta sistemática de processos pelo que se considerou pertinente a elaboração de uma ficha sobre violência conjugal (Anexo 2) que integrasse todas as variáveis sobre as quais consideramos necessário obter informação na fase anterior.

3.3.2. METODOLOGIA

3.3.2.1. INSTRUMENTO

A ficha sobre violência conjugal é um instrumento que pode ser auto-aplicado mas que, desejavelmente, deveria ser preenchido no contexto de entrevista. É constituído por cerca de 25 questões, distribuídas por diferentes campos, a saber: a) caracterização da vítima; b) constituição do agregado familiar; c) caracterização do agressor; d) vitimação e recorrência; e) violência conjugal e álcool.

Nesta fase de ensaio, e dado o volume de trabalho do Gabinete Médico-Legal de Aveiro, a ficha foi aplicada em contexto de auto-resposta. Sempre que o exame médico-legal se referia a um caso de violência conjugal, depois de realizado, o perito sensibilizava a vítima para o preenchimento desta ficha, não sem antes esclarecer os propósitos da mesma. A partir do momento em que a pessoa acedia responder, era-lhe entregue um exemplar que preenchia e entregava na recepção. A participação solicitada foi sempre voluntária e respeitado o eventual desejo de não colaboração das vítimas.

3.3.2.2. AMOSTRA

Durante o período de Abril a Julho de 2008 foram distribuídos 30 fichas tendo sido obtidas 15. Tratando-se de um tema tão sensível como este, é compreensível alguma relutância por parte das pessoas/vítimas em acederem ao preenchimento desta ficha. Não só pelo provável sentimento de invasão da sua privacidade mas, sobretudo, porque as obriga a reviver de situações dolorosas e angustiantes. Por outro lado, o facto de ser aplicada em regime de auto-resposta, já após o exame médico-legal, pode também ter dado, a algumas das vítimas, a ideia da não necessidade de colaboração, uma vez que o objectivo da sua ida ao Gabinete estava já alcançado. Fica, assim, entendida e justificada, parece-nos, a mortalidade de 50% da amostra que tínhamos inicialmente considerado poder alcançar. O tempo de preenchimento da ficha rondou,

em média, os 20 minutos. Apesar do reduzido número de participantes, considerámos adequado apresentar os resultados obtidos, até porque eles nos vão permitir concluir, ou não, sobre a pertinência da ficha, no que diz respeito aos conteúdos solicitados e à forma de fazê-lo.

3.3.3. RESULTADOS

No que diz respeito à caracterização da vítima, e à semelhança da informação que foi recolhida na 1ª fase, trata-se de uma mulher com cerca de 37 anos (em média), casada (33,3%) ou em união de facto (40%), pertencendo a uma família nuclear com filhos maiores (60%). Em termos de escolaridade, cerca de um terço (33,3%) tem o segundo ciclo do ensino básico, trabalhando a maioria (40%) na área dos serviços e das vendas/comércio. 93,3% referiu não consumir quaisquer substâncias, nomeadamente álcool. O agressor, por sua vez, tem em média 40 anos, o primeiro ciclo do ensino básico (60%) e trabalha em serviços não qualificados (26,7%). Tal como a vítima, um terço é casado e 40% vive em união de facto. Em cerca de 53% dos casos foi referido o consumo de álcool pelo agressor, bem como a existência de “problemas de nervos” (80%).

Em termos de vitimação e recorrência, na grande maioria dos casos (86,7%), não se tratava do primeiro episódio de violência conjugal. De carácter continuado, as vítimas relataram tratar-se de uma realidade frequente e já antiga: 20% situaram os maus tratos num intervalo temporal entre um e cinco anos, estando os casos mais prolongados nos 20 anos ou mais (13,3%). Em 26,7% das situações a violência ocorre, pelo menos, uma vez por ano, não obstante também poder acontecer mais do que uma vez (20%) ou semanalmente (20%). Na origem destes comportamentos, e como anteriormente referido, estão os ciúmes e as desconfianças de infidelidade (34,8%), bem como as discussões por causa dos pais/sogros (21,7%).

Em cerca de 70% dos casos (73,3%) os filhos assistiram aos episódios de violência entre os pais, sendo eles próprios maltratados muitas vezes (46,6%). Relativamente à associação com o álcool, as vítimas que responderam a este questionário revelam que em 46,7% das vezes em que foram maltratadas o agressor estava sob efeito do álcool. No entanto, um terço diz que tal não se verificava e 13,3% não sabe.

No que diz respeito às denúncias, em 46,7% dos casos não se tratava da primeira e em mais de metade não se verificou qualquer desistência relativamente às mesmas. Dos casos já sentenciados, em 13,3% os agressores foram obrigados a

tratar-se, 6,7% foram absolvidos e, na mesma percentagem, foi tomada a medida de suspensão provisória do processo, ainda que se desconheçam as injunções determinadas. Os restantes estão em fase de instrução ou à espera de julgamento.

Ainda que mais de metade das vítimas tenha procurado ajuda médica, 20% não o fizeram. Se se pensar que, na maioria dos casos (93,3%), a violência perpetrada associa violência física, verbal e psicológica, muitas mulheres agonizam em casa, por medo ou por vergonha de assumir o crime do qual são vítimas. É nestes casos que vizinhos e familiares são muito importantes. Muitas vezes é a estas pessoas que as vítimas recorrem (21,7%), mesmo antes de irem à polícia (43,5%) ou de apresentarem queixa.

3.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DAS 1ª E 2ª FASES DO ESTUDO EMPÍRICO 1

Depois de analisados os resultados do levantamento processual bem como os da ficha sobre violência conjugal, é possível concluir que ambos apontam na mesma direcção na quase totalidade dos itens abordados. Por essa razão, discutir-se-ão conjuntamente os resultados de ambas as fases. Para maior facilidade de leitura, organizaremos essa discussão de acordo com os seguintes temas: caracterização da vítima e do agressor; caracterização da violência conjugal; consequências da violência conjugal e violência conjugal e álcool.

3.4.1. CARACTERIZAÇÃO DA VÍTIMA E DO AGRESSOR

No nosso estudo 1 a vítima de violência conjugal é uma mulher entre os 35 e os 40 anos, casada ou em união de facto, com filhos maiores e sem consumos de álcool. Este perfil, ainda que muito claro, não nos pode fazer esquecer que em 13,7% dos casos a vítima é solteira, o que nos remete para a questão da violência no namoro. A este propósito, James Makepeace (1981, *cit. in* Paiva & Figueiredo, 2004) foi pioneiro ao referir que 21% dos estudantes pré-universitários (solteiros) tinham experienciado ou perpetrado um ou mais actos de agressão física no contexto das suas relações com o companheiro. Esta realidade apela a uma urgente delineação de estratégias preventivas, adequadas a este público-alvo, que atendam às características inerentes a cada um dos tipos de violência (Paiva & Figueiredo, 2004). No seu estudo, Sónia Caridade (2008) avançou com três importantes áreas onde estas estratégias são mais urgentes: comunidade, escola e indivíduo. Na primeira é defendida uma maior sensibilização para este problema, nomeadamente através da exposição de casos reais e de estatísticas. Na segunda, a criação de espaços de

reflexão sobre o tema, bem como a disponibilização de apoio especializado aos estudantes, são as modalidades apontadas. Por fim, na última área, é proposto o incentivo à procura de ajuda psicológica e à denúncia por parte das vítimas. Todas estas estratégias de prevenção têm como grande objectivo não permitir que as condutas abusivas não se instalem e não se intensifiquem, do namoro para o casamento, evitando a aquisição de um sentimento de impunidade do agressor e de controlo face à vítima.

Ainda no que se refere à caracterização da vítima, importa reflectir sobre a sua escolaridade e actividade profissional. De acordo com a informação recolhida na segunda fase deste estudo, o nível escolar destas mulheres é baixo (2º ciclo de ensino básico), o que, em termos profissionais, se reflecte numa elevada taxa de pessoal não qualificado ou mesmo sem actividade profissional (p.e., domésticas ou sem profissão) e num baixo estatuto socio-económico. Este aspecto é importante porque nos coloca perante a questão tantas vezes invocada da dificuldade de saída da relação conjugal por motivos económicos. Embora saibamos que essa não é a única razão pela qual a vítima permanece na relação, apesar da violência continuada, a verdade é que constituiu uma condição que pode facilmente fragilizar a vítima e contribuir para a manutenção de um ciclo vicioso cuja interrupção se encontra dificultada pela (total ou relativa) dependência económica da vítima relativamente ao agressor. Desta caracterização social, económica e profissional importa destacar dois aspectos que nem sempre são lidos e interpretados correctamente. O primeiro refere-se à ocupação profissional e o segundo ao estatuto socioeconómico. O elevado número de domésticas ou de vítimas sem trabalho decorre não só de possíveis dificuldades que estas mulheres têm de aceder ao mercado de trabalho, dada a sua baixa escolaridade, mas, e muitas vezes, do facto de ser o agressor que as impede de trabalhar. Para além das dificuldades económicas daqui decorrentes, é importante sublinhar a *castração* a que, por esta razão, a vítima é sujeita, tanto no plano profissional como social. Recorde-se que, como referido no primeiro capítulo deste trabalho, é comum o agressor colocar a vítima numa situação de exclusão social. É comum proibi-la de trabalhar, de estar com a família, com os amigos e sair sozinha. Como refere Isabel Dias (1998), a exclusão social decorrente de violência conjugal desperta uma multiplicidade de sentimentos a quem a vive. Há quem a viva de forma envergonhada e calada, mas também há quem a ela se tenha habituado e conformado. No entanto, todos aqueles que se encontram nesta situação, nomeadamente as vítimas de violência conjugal, experimentam sentimentos de inferioridade e de impotência. Mais acresce o facto de que, não sendo fenómenos

novos, assumem, nos nossos dias, contornos diferentes relativamente às sociedades mais tradicionais. Nestas, o estado de *pobreza* era comum à maioria das pessoas, tal como era aceitável que o homem pudesse exercer qualquer tipo de violência sobre a sua mulher. Actualmente, ainda que continuem a existir pessoas a defender a privacidade deste tipo de violência, a verdade é que se trata de um crime público, passível de condenação judicial, moral e social (Dias, 1998). Pelo acima dito, não se pense que este crime só ocorre nos estatutos sociais e económicos mais baixos. Embora a sociedade não estranhe a violência em *casas mais humildes* mas se espante, ainda, com a sua existência nas *mais abastadas*, tal facto deve-se, naturalmente, ao maior número de casos reportados a pessoas e lares monetariamente mais pobres e socialmente mais excluídos ou marginalizados. No entanto, são também estes que, mercê das suas múltiplas fragilidades, são socialmente mais controlados; os outros, sendo detentores de outros recursos monetários e relacionais, protegem-se mais facilmente do controlo social, acabando por esconder e não denunciar a violência e enviesando as estatísticas.

Compreendendo a importância do perfil da vítima, não menos importante será conhecer as características do agressor. Na nossa amostra, ele surge como um homem com cerca de 40 anos, casado ou em união de facto, com o primeiro ciclo do ensino básico, trabalhando em serviços não qualificados. Apresenta, pois, um nível de escolaridade inferior ao da companheira, o que pode ser sentido como uma ameaça a uma posição de superioridade face àquela. Por outro lado, a frequência mais prolongada da escola pode constituir-se como um forma de aceder a valores mais consentâneos com a ideia de democracia, de igualdade de género e de oportunidades que, indirectamente, podem vir a traduzir-se numa maior crítica pessoal face a emergência de comportamentos violentos. Em mais de metade dos casos foi referido o consumo de álcool pelo agressor, bem como “problemas de nervos” (80%), o que chama a nossa atenção para a importância da presença do álcool no cenário da violência conjugal. A referência a “problemas de nervos” remete-nos para a possível existência de impulsividade, descontrolo ou, mesmo, para a existência de alguma patologia por parte do agressor (Lino, 2006). Embora seja geralmente reconhecido que o álcool, por si só, não provoca ou causa violência, quando associado a determinadas características pessoais, como personalidade imatura, impulsiva, baixa auto-estima e problemas psiquiátricos, pode desencadear um episódio de maltrato (Matos, 2006).

3.4.2. CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONJUGAL

Na grande maioria dos casos estudados a violência é, sobretudo, física, de carácter continuado, ocorrendo com relativa frequência. É desencadeada, geralmente, por tensões familiares, ciúmes, desconfianças de infidelidade e discussões relacionadas com as famílias de origem. Esta supremacia do maltrato físico em relação às demais formas de violência é de fácil compreensão se pensarmos que se trata da forma mais visível e quantificável de violência. Consequentemente, em termos de perícia médico-legal, adquire aquilo a que se chama poder probatório. Obviamente que o mesmo pode aplicar-se à violência sexual. Todavia, e olhando para os dados apurados, é muito reduzido o número de perícias determinadas por este tipo de violência, o que, na prática, não tem que significar a sua não ocorrência. Uma justificação aceitável para este facto passa pela dificuldade em assumir o abuso sexual por parte do cônjuge, optando, muito provavelmente, a vítima pelo silêncio. Outra explicação prende-se com a importância das crenças sociais e culturais no quadro do matrimónio: muitas mulheres consideram que o facto de estarem casadas as obriga a terem relações sexuais com o marido, mesmo contra a sua vontade; por conseguinte, um maltrato ou violência sexual transforma-se em algo aceitável e compreensível.

Abordado o tipo de violência mais recorrente, é tempo de nos prendermos com os seus desencadeadores. Sendo todos eles importantes e comumente associados ao despoletar da violência, importa aqui esclarecer o papel desempenhado pelas famílias de origem. Atendendo aos dados recolhidos, muitos vão sendo os casos em que os progenitores partilham a habitação com o casal, o que poderá ser entendido como uma ameaça à privacidade e ao bom funcionamento familiar, resultando em discussão e violência. Outro cenário poderá relacionar-se com a não aceitação daquela relação por parte dos progenitores, acabando por causar desavenças dentro do casal. Estes são, contudo, aspectos que necessitam de um maior aprofundamento na medida em que os dados recolhidos não permitem validar, ou questionar, qualquer uma destas hipóteses. Parece-nos, no entanto, legítimo afirmar que o agregado familiar e suas dinâmicas podem estar intrinsecamente relacionados com a ocorrência e manutenção de comportamentos violentos. A este propósito, importa referir a questão da transgeracionalidade da violência. Tal como referem vários autores, nomeadamente, Sani (2002) ou Wolfe e Foshee (2003, *cit. in* Caridade, 2008), o facto de os filhos assistirem a episódios de maltrato funciona como vitimação indirecta, tendo importantes consequências no seu desenvolvimento. Adolescentes expostos a contextos familiares violentos tornam-se mais propensos a comportamentos do mesmo

género nas suas relações amorosas, ainda que, como já referimos no 1º capítulo, esta relação não possa ser tomada de forma linear. Com efeito, pese embora esta possível tendência para a transmissão geracional da violência, não pode deixar de questionar-se se o sentido será sempre este. Um estudo longitudinal recente (Lichter & McCloskey, 2004, *cit. in* Caridade, 2008) mostrou que “jovens inseridos em ambientes familiares violentos não perpetraram nem experienciam mais violência do que os outros jovens que viveram em ambientes familiares com baixo nível de conflituosidade entre os progenitores” (p.189). Contrariamente, mostram maior rejeição deste tipo de condutas violentas. Recuando aos resultados da 2ª fase do estudo empírico 1 (ponto 3.3.3.), tanto no que diz respeito às vítimas (73,3%) como aos agressores (46,7%), o número de famílias de origem sem violência é superior ao das famílias com violência. Embora no caso do agressor tenha sido reportado um valor mais elevado de antecedentes familiares de violência (40%), percebe-se que a existência de violência na família de origem não consegue, por si só, explicar os maus tratos conjugais. O sentido desta influência é tão singular quanto singular é cada um destes casos, resultando na necessidade de cautela quando se discute a questão da transmissão intergeracional da violência.

Foi possível, com esta amostra, perceber o carácter continuado que a violência assume no seio de muitas díades conjugais. Embora, nos nossos dias, a violência seja socialmente menos aceite, importa perceber de que forma o agressor consegue manter a vítima neste enredo maltratante. Uma das explicações mais comuns tem a ver com o próprio ciclo da violência conjugal. A fase “lua-de-mel” vai reforçando, ciclicamente, a eterna ilusão e esperança de que não volte a acontecer, permitindo o emaranhamento da vítima nesta relação e dificultando, seriamente, a sua saída. Outra justificação relaciona-se com o poder das ameaças e a castração da liberdade. Muitos são os casos em que as mulheres não abandonam a relação por medo de represálias e porque, entretanto, ficaram privadas de toda a sua vida social, profissional e económica. Desta forma, a manutenção da violência é conseguida pela associação entre o abuso físico e o terror psicológico. Outras situações haverá em que esta continuidade pode ser atribuída à própria vítima. Ao acreditar que “o casamento é para toda a vida”, conforma-se com este estilo de vida, não se revoltando ou pronunciando sobre o assunto. Na nossa amostra, o facto de a maior parte dos casos se reportar a famílias com filhos adultos poder-nos-á levar a pensar que não será também por esta razão, ou seja pelos filhos, que a vítima permanece na relação. A clínica, contudo, mostra-nos que, mesmos nesta etapa do ciclo vital, vários são os casos em que a mulher continua a justificar a manutenção da relação por causa dos filhos, para não

lhe dar o desgosto de um divórcio. É possível que outras razões se lhe associem e que o receio de enfrentar, sozinha, a saída de casa, o fim do casamento, o reiniciar de novas relações sociais e, eventualmente, de um novo trabalho possam ser também determinantes.

3.4.3. CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA CONJUGAL

De acordo com a informação recolhida, mais de metade das lesões físicas são provocadas por mãos e pés, exigindo a procura de assistência médica ainda que sem internamento. Todavia, nestes casos em que são provocadas lesões na vítima, o exame médico genérico não se revela suficiente. Só a verificação pericial, dotada de um conjunto de conhecimentos científicos e técnicos, permite confirmar, objectivamente, o alegado facto praticado, justificando a orientação da conclusão médico-legal (Magalhães, 1999). Se algumas vezes, com o relatório médico da ocorrência e com a perícia médico-legal, se consegue chegar a conclusões elucidativas, nem sempre as conclusões são claras e nem sempre é possível estabelecer, do ponto de vista médico-legal, um nexos de causalidade. Com efeito, há casos há em que se procurou a assistência médica muito tarde e, dada a evolução das mazelas, não é possível chegar a conclusões concretas. Outras situações há em que, pela zona do corpo atingida, pelo instrumento utilizado ou pela forma como se agride, não é possível encontrar vestígios ou evidências suficientes para sustentar conclusões médico-legais claras e inequívocas. Outras vezes as vítimas não procuram os sistemas de saúde. A questão passa por perceber o porquê de tal decisão. Muitas mulheres não o fazem por, realmente, acharem que não necessitam. Outras, porém, dominadas pelo medo e pela vergonha, preferem sofrer sozinhas e em silêncio. Interessante é pensar que, na totalidade dos casos analisados, foi a vítima quem decidiu denunciar o marido ou companheiro. Embora não se tratando do primeiro episódio de violência, não deixa de ser significativo o facto de ter sido a mulher a tomar esta decisão, sobretudo porque se trata de um crime público. Ou seja, na medida em que é impossível retirar a queixa, o acto de denunciar pressupõe muita decisão e coragem e, acima de tudo, representa o fim da ilusão e da esperança mas nem sempre do amor. Por isso é que, em alguns casos, depois de todo este processo, vítima e agressor permanecem juntos.

Embora as consequências da violência conjugal não se traduzam apenas num dano físico imediato, como tivemos oportunidade de referir no enquadramento teórico, a forma como recolhemos a informação, seja na consulta de processos seja através

da ficha de violência conjugal, não nos permitiu ponderar, na nossa amostra, outras possíveis consequências desta violência.

É por essa razão que, mesmo compreendendo que a disponibilidade de tempo nem sempre é a mais desejada, a par com outros constrangimentos inerentes ao próprio tipo de avaliação realizada no IML, não poderíamos terminar esta discussão sem sugerir a utilização da “Ficha sobre Violência Conjugal” como elemento de recolha sistemática de dados. Todavia, e porque a prática traz sempre algum acrescento à teoria, os resultados da aplicação desta ficha tornaram clara a necessidade de acrescentar algumas questões sobre aspectos que se mostraram relevantes na reflexão sobre os resultados obtidos. A família de origem é um exemplo desta situação. Como referido no ponto 3.4.2 deste trabalho, muitas vezes o comportamento da família de origem, ou de algum dos seus elementos, assume-se como desencadeador, ou facilitador, dos episódios de violência, razão pela qual se considerou da maior importância a reformulação da ficha sobre violência conjugal de forma a permitir uma recolha de informação mais completa (Anexo 3). Outro exemplo a considerar passa pelas consequências deste tipo de violência. Reportando-nos ao ponto 3.4.3, a forma como este instrumento foi construído não permite ir para além das consequências físicas. Neste sentido, e porque é comumente aceite que a violência não se resume a traumatismos físicos, importa questionar a vítima neste sentido. A título exemplificativo, e tendo sempre presente os constrangimentos de tempo, sugerimos a aplicação de alguns instrumentos de avaliação psicológica que podem trazer informação relevante não só para a avaliação que está a ser feita mas também para a ponderação sobre a necessidade de acompanhamento psicoterapêutico para a vítima. Este acompanhamento não será naturalmente feito no IML mas poderá ser sugerido à vítima que o procurará se assim o entender. Os instrumentos a que nos referimos são o MHI (*Mental Health Inventory*) e o BSI (*Brief Symptom Inventory*). Adaptado à população portuguesa por José Luís Pais Ribeiro (2001, *cit. in* Guadalupe 2008), o MHI foi construído para avaliar a saúde mental da população em geral, nas suas dimensões positivas e negativas. Contempla duas versões, uma mais extensa, com 38 itens, e outra mais reduzida, com 5 (MHI-5). A segunda está incluída na primeira, embora possa ser utilizada de forma autónoma. Os 38 itens da escala mais extensa distribuem-se por cinco dimensões, três negativas (ansiedade, depressão e perda do controlo emocional/comportamental) e duas positivas (afecto positivo e laços emocionais). O MHI-5 tem a vantagem de exigir muito pouco tempo na sua aplicação (Guadalupe, 2008). Por conseguinte, parece afigurar-se como um instrumento interessante, capaz de avaliar o estado de saúde mental das vítimas e assim

completar a informação constante no processo, ainda que seja necessário estudar a fidelidade e validade do referido instrumento para este tipo de população. O BSI (*Brief Symptom Inventory*) é um instrumento de auto-avaliação, composto por 53 itens, em que o indivíduo identifica o grau em que determinado problema ou sintoma o afectou durante a última semana. É usada, para o efeito, uma escala tipo *Likert* com 4 pontos, de nunca (0) até muitíssimas vezes (4) (Guadalupe, 2008). Pretende avaliar sintomatologia psicopatológica usando, para o efeito, nove dimensões e três índices gerais (Canavarro, 1997). Segundo a mesma autora, das nove dimensões fazem parte a Somatização (sintomas de mal-estar resultantes de queixas físicas sem justificação orgânica e patológica adequada), as Obsessões-Compulsões (sintomas identificados com o quadro clínico com o mesmo nome), Sensibilidade Interpessoal (manifestação de sentimentos de inferioridade e auto-depreciação, relativamente a outras pessoas), Depressão (sintomatologia identificada com o quadro clínico com o mesmo nome), Ansiedade (sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico), Hostilidade (sentimentos, emoções e comportamentos característicos de estado de cólera), Ansiedade Fóbica (medo persistente e irracional que conduz a comportamentos de evitamento), Ideação Paranóide (sintomatologia relacionada com funcionamento cognitivo perturbado) e Psicoticismo (sintomas primários de esquizofrenia). Os Índices Globais reflectem “avaliações sumárias de perturbação emocional e representam aspectos diferentes da psicopatologia” (Canavarro, 1997, p.234). O Índice Geral de Sintomas (IGS) relaciona o número de sintomas psicopatológicos e a sua intensidade; o Total de Sintomas Positivo (TSP) revela o número de sintomas assinalado e o Índice de Sintomas Positivos (ISP) combina a intensidade da sintomatologia com o número de sintomas presentes.

Como referimos no enquadramento teórico, o Distúrbio Pós-Stress Traumático (DPST) constitui uma perturbação que pode surgir em vítimas de violência conjugal (Paiva & Figueiredo, 2003). Por essa razão, sugerimos a administração de uma escala de avaliação da resposta ao acontecimento traumático (EARAT, McInteyre & Ventura, 1996). Constituída por 2 partes, a primeira permite caracterizar o acontecimento traumático enquanto a segunda parte, constituída por 17 itens, possibilita a avaliação da existência de DPST de acordo com os critérios da DSM-IV.

Este tipo de avaliação não só permitiria uma recolha de dados mais completa como, simultaneamente, facilitaria futuros estudos nesta área. Tendo em conta que se trata de uma problemática muito actual e constantemente alvo de investigações, a recolha sistemática de dados por parte deste Instituto resultaria, seguramente, numa

vantagem e mais-valia para a instituição e para o desenvolvimento do conhecimento científico, no nosso País.

3.4.4. VIOLÊNCIA CONJUGAL E ÁLCOOL

Como referido no enquadramento teórico, a violência conjugal e o álcool reportam-se a duas realidades distintas que, muitas vezes, coexistem ainda que de forma controversa. Partindo desta premissa, este estudo pretendia contribuir para o esclarecimento desta relação, elucidando acerca dos seus contornos e particularidades. Assim, tanto neste estudo como nas estatísticas da APAV (2009), é possível ver que a grande maioria dos agressores é dependente de álcool. O facto de se ser dependente de álcool não significa, no entanto, e de forma inequívoca, a presença da substância no momento da agressão. Pelo contrário, vítimas há que referem já ter sido batidas por um marido sóbrio. Neste sentido, a ausência de informação mais detalhada não nos permite, de momento, afirmar muito mais do que a uma coexistência das duas problemáticas, com contornos controversos e desconhecidos.

3.5. ESTUDO EMPÍRICO 2

3.5.1. OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Tendo percebido que a relação entre violência e álcool está longe de ser simples e linear, consideramos importante ouvir agressores e vítimas para, a partir da sua perspectiva, procurar compreender de que forma uma e outra realidade se cruzam e interpenetram, pelo menos de acordo com a sua experiência e percepção. Constituem-se como objectivos gerais os seguintes:

- a) Conhecer a forma como vítimas e agressores percebem o fenómeno da violência conjugal;
- b) Perceber, no discurso de vítimas e agressores, qual o papel do álcool na relação maltratante;
- c) Fazer o levantamento, na primeira pessoa, das principais diferenças entre uma violência com álcool e uma violência sem álcool;
- d) Perceber os contornos do final de uma relação violenta.

Concretamente, quisemos perceber de que forma vítima e agressor entendem e verbalizam a experiência de maltrato pela qual passam(ram), tentando entender as principais diferenças entre estes dois discursos. Concomitantemente, e indo de

encontro ao tema geral deste trabalho, quisemos averiguar, na primeira pessoa, qual o lugar que o álcool ocupa neste tipo de relações. Ainda que a bibliografia indique, de uma forma geral, que esta substância se constitui como agravante da violência e não como um desencadeante, importa averiguar que entendimentos têm os implicados sobre este aspecto, bem como quais julgam ser as principais diferenças entre uma violência sem álcool e uma violência com álcool. O final da relação violenta também merece, neste trabalho, algum destaque. Perceber os contornos da ruptura com uma tradição de violência parece-nos importante para melhor caracterizar esta problemática, mais propriamente para conhecer os motivos que conduziram, ou podem levar, a essa decisão.

Tal como no primeiro, neste segundo estudo as questões de investigação relacionam-se, directamente, com os objectivos anteriormente apresentados. Assim, e relativamente ao entendimento e discurso que vítima e agressor apresentam face a esta problemática, importa questionar a sua relação com o sistema de crenças. Este pode, de resto, moldar o entendimento que os intervenientes constroem em torno destas experiências. Em relação aos agressores, será que a existência de crenças tolerantes face aos maus tratos conjugais pode constituir-se como um impulsionador para o comportamento violento? Muitos agressores parecem acreditar que a violência é justificável, em determinadas circunstâncias, pelo que não devem ser os únicos responsabilizados ou punidos pelos actos praticados. Desvalorizam, portanto, a necessidade de modificar a sua conduta abusiva (Matos, 2006). As vítimas tendem a minimizar os maltratos de que são alvo, provavelmente por serem influenciadas por crenças sociais e culturais que enfatizam a normalidade da violência (Matos, 2006), a manutenção da família a todo o custo e a crença de que se tratou de um acto isolado (Matos, 2006). Este sistema de crenças estender-se-á, muito provavelmente, ao papel do álcool na relação. Se tal se verificar, isto é, se o álcool for entendido como responsável pelo comportamento de quem o tiver ingerido, isso permitirá, provavelmente, ao agressor a demissão da sua responsabilidade em todo o processo e à vítima a perpetuação da ideia de que, sem álcool, o marido, companheiro ou namorado continua a ser uma boa pessoa. É, de resto, esta crença que parece proporcionar a manutenção do ciclo de violência e, por conseguinte, da própria relação. Deste modo, e conhecendo o ciclo vicioso que se constrói em torno desta realidade, é oportuno e fundamental perceber o que leva ao fim de uma relação com estes contornos.

3.5.2. METODOLOGIA

3.5.2.1. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DOS DADOS

Neste segundo estudo recorreremos à realização de entrevistas, a vítimas e agressores, como forma de aceder ao modo como uns e outros vivem e compreendem a violência e a sua relação com o álcool. Embora a entrevista nos dê conta da interpretação que os entrevistados fazem do(s) fenómeno(s) em causa, podendo chegar-se a visões diferentes se a recolha da informação for diversa ou se forem outros os elementos entrevistados, ela tem a vantagem de nos permitir aceder à experiência e às visões dos principais protagonistas da violência conjugal. Este procedimento metodológico é especialmente adequado quando pretendemos explorar e compreender fenómenos complexos e pouco conhecidos.

Dada a dificuldade em encontrar casais que se disponibilizassem para a investigação, foram entrevistados agressores e vítimas (15) de díades distintas e sem relação familiar entre si tendo sido criados, para o efeito, dois guiões de entrevista distintos (Anexos 3 e 4). Tanto num caso como noutro, as cerca de 30 questões distribuíram-se por 4 áreas: caracterização do agregado familiar, violência conjugal, alcoolismo e violência conjugal e álcool. No âmbito do primeiro tema procurou perceber-se qual a constituição do agregado familiar e tipo de família da vítima ou do agressor. Seguidamente, a preocupação prendeu-se com o levantamento das características da violência praticada e sofrida: tipo, frequência, consequências, origem e eventuais queixas. Na área referente ao alcoolismo, o objectivo passou por perceber as características deste comportamento e a sua importância na relação e face à violência. Por fim, no último grupo de questões, pretendeu-se uma reflexão acerca da associação entre estas duas realidades. As entrevistas foram realizadas em total privacidade, tendo sido, *à priori*, explicado às pessoas os objectivos das entrevistas e salvaguardada a sua confidencialidade. O registo das informações foi sendo feito à medida que se desenrolava a conversa (num registo de papel e lápis) tendo sido, posteriormente, alvo de uma análise de conteúdo, com simultâneo confronto com a bibliografia e estudo anterior, num processo de triangulação que visa ultrapassar, tanto quanto possível, os enviesamentos decorrentes da existência de um único codificador.

Relativamente aos agressores, as entrevistas foram realizadas na Unidade de Alcoologia do Centro (UAC) do Instituto da Droga e da Toxicodependência, unidade especializada de tratamento de pessoas com abuso ou dependência do álcool. Na UAC são propostas desintoxicação e psicoterapias num acompanhamento de, pelo menos, três anos, sendo a modalidade de tratamento acordada na primeira consulta:

ambulatório organizado ou internamento. O primeiro regime de tratamento dirige-se a indivíduos já abstinente ou com dependências ligeiras a moderadas. Trata-se de um seguimento organizado constituído por consultas individuais e sessões informativas em grupo. O internamento está programado para ter uma duração de três semanas, caracterizando-se, essencialmente, pelo tratamento em grupo numa organização de comunidade terapêutica. Prevê diversas componentes, a saber: farmacológica, psicoterapêutica, pedagógica, ocupacional, envolvimento familiar e participação em reuniões com alcoólicos abstinente. Após a alta, os doentes são acompanhados na UAC em consultas individuais e de grupo, durante os já referidos três anos.

Para este trabalho entrevistaram-se pessoas neste último regime, prestes a concluir as três semanas de internamento. Esta particularidade fica a dever-se à necessidade de garantir alguma capacidade de reflexão, indispensável para as respostas à entrevista.

As vítimas foram entrevistadas em instituições locais, designadas casa de abrigo. Trata-se de uma resposta social constituída por unidades residenciais destinadas a proporcionar acolhimento temporário a mulheres vítimas de violência, acompanhadas ou não de filhos menores, que não possam, por questões de segurança, permanecer nas suas residências habituais.

3.5.2.2. AMOSTRA

Quadro 17 – Caracterização da Amostra do Estudo 2

Condição	NI	Idade	Escolaridade	Profissão	Estado Civil
Vítima (com álcool)	1	39	4ª Classe	Doméstica	Casada
Vítima (com álcool)	2	32	6º Ano	Preparadora produtos p/ carnes	Solteira (antes união de facto)
Vítima (com álcool)	3	20	9º Ano	Desempregada	Solteira (antes união de facto)
Vítima (com álcool)	4	20	8º Ano	Desempregada	Solteira (antes união de facto)
Vítima (com álcool)	5	39	12º Ano	Pasteleira	Casada
Vítima (sem álcool)	6	32	6º Ano	Desempregada	União de facto
Vítima (sem álcool)	7	59	4ª Classe	Desempregada	Casada
Vítima (sem álcool)	8	30	4ª Classe	Desempregada	União de facto
Agressor (com álcool)	9	54	4ª Classe	GNR	Casado
Agressor (com álcool)	10	56	5º Ano	Desempregado	Divorciado
Agressor (com álcool)	11	37	4ª Classe	Desempregado	Casado
Agressor (com álcool)	12	47	3ª Classe	Pedreiro	Casado
Agressor (com álcool)	13	47	9º Ano	Desempregado	Divorciado
Alcoólico (s/ violência)	14	47	9º Ano	Desempregado	Casado
Alcoólico (s/ violência)	15	35	12º Ano	Conferente	Divorciado

Para este estudo foram entrevistadas 15 pessoas, mais concretamente 8 vítimas e 7 agressores.

No que se refere às vítimas, estamos perante mulheres com 34 anos (em média), casadas ou em união de facto, com o primeiro ciclo do ensino básico, na sua maioria numa situação de desemprego e com os filhos a seu cargo. Acrescentar que foram feitas entrevistas em contextos de violência conjugal com álcool (5) e sem álcool (3). Relativamente aos agressores, têm em média 48 anos, o primeiro ciclo do ensino básico, são casados e encontram-se, actualmente, numa situação de desemprego. Foram, ainda, entrevistados dois consumidores de álcool não violentos no sentido de, comparativamente aos casos anteriores, detectar eventuais diferenças.

3.5.3. RESULTADOS

De forma a facilitar a leitura dos resultados, serão apresentados, primeiro, os referentes às vítimas, seguidos dos referentes aos agressores.

3.5.3. 1. RESULTADOS - VÍTIMAS

Na medida em que foram feitas entrevistas em contextos de violência conjugal com álcool (5) e sem álcool (3), também aqui, na apresentação dos resultados, será feita essa distinção. Por conseguinte, no que diz respeito ao primeiro contexto, em que existia consumo de álcool por parte do agressor, as vítimas referem não se tratar de uma situação nova, uma vez que já nas suas famílias de origem existia violência conjugal. Um pouco à semelhança dessa realidade, dizem ser alvo frequente de violência desde sempre, algumas reportando-a ao início do namoro. Tratando-se, essencialmente, de violência física e psicológica, tem como local de ocorrência privilegiado a casa de ambos, sendo motivada, de acordo com as vítimas, pelo álcool ou por esta substância associada ao desemprego e a ciúmes. Falamos, essencialmente, de bebidas como vinho, cerveja e brancas, consumidas diariamente e durante todo o dia, sem necessidade de desculpa ou motivo. O resultado era a existência de agressividade e a violência desmedidas. A este propósito, todas elas referem que a gravidade da violência foi aumentando com o tempo, caracterizando-a como muito dolorosa e horrível, resultando em habituação ou em queixa. Tanto num caso como noutro, para além da vítima, importa ter em conta os filhos. Na maioria dos casos estudados os filhos assistiam aos episódios violentos, o que, por consequência, os deixou revoltados e com muito medo do pai. Motivados por estes sentimentos, na grande maioria dos casos, são os filhos os grandes impulsionadores da denúncia por parte da vítima. Todas as mulheres entrevistadas já tinham anteriormente apresentado

queixa dos seus agressores embora, iludidas pelo seu arrependimento, tivessem acabado por desistir. Encontravam-se, no entanto, conscientes de que o mesmo não iria acontecer com esta última queixa uma vez que, actualmente, se trata de um crime público, sem qualquer possibilidade de desistência. De resto, em todos os casos, foi esta queixa que obrigou ao tratamento dos respectivos agressores. Todos eles se encontram em tratamento por ordem do tribunal. Quando questionadas acerca da importância deste tratamento, referem que é crucial na medida em que, sempre que o agressor estava sob o efeito do álcool, havia maus tratos. Ainda que também houvesse violência sem consumo de álcool, todas concordam que, na presença do mesmo, as consequências eram mais graves. Embora condenem ambos os cenários, consideram que, quando um homem está sob o efeito do álcool perde a noção da realidade, “batendo descontroladamente e sem saber onde” (NI 2). “O álcool torna a violência entre marido e mulher mais grave e com consequências muito piores” (NI 4). Todas concluem dizendo que o álcool só trouxe infelicidade aos seus lares, sendo o grande responsável por todos os seus problemas. “Se não fosse o vinho, ainda hoje estaríamos juntos. Agora só quero arranjar trabalho e viver em paz com os meus filhos” (NI 1). “Acho que se ele se tratar ainda há uma possibilidade de reconciliação. Ele era muito calmo antes de ter começado a beber” (NI 3).

Abordando agora os contornos de uma violência conjugal sem álcool, também aqui este comportamento nos remete para as famílias de origem. Mais uma vez falamos de uma violência física e psicológica, que ocorre desde sempre, mesmo antes do casamento, com muita frequência e em casa. Segundo as próprias, tem vindo a piorar com o tempo, sendo motivada por qualquer coisa, particularmente ciúmes, desconfianças e dinheiro. Os filhos nem sempre assistiam à violência mas apercebiam-se de toda aquela agitação. Para além de insuportável, aquele estilo de vida transformou estes filhos em pessoas revoltadas e com medo do pai. À semelhança do grupo anterior, também neste houve queixas, arrependimento, desistências e reconciliações. No entanto, e porque a violência acabava sempre por voltar, este afastamento tornou-se inevitável, não só pelos filhos mas também por elas próprias. Qualquer uma delas só deseja trabalho e tranquilidade.

3.5.3.2. RESULTADOS - AGRESSORES

Tal como acontecia com as vítimas, também os agressores relatam a existência de violência nas famílias de origem. Alguns acrescentam que foi esse ambiente que os transformou em agressores, logo desde o início da relação. Confessam-se violentos sob o efeito de álcool, agredindo a companheira, física e

psicologicamente, de forma continuada e frequente, sempre dentro de casa. Reconhecem que, à medida que os consumos foram aumentando, também a violência foi piorando, pelo que atribuem ao álcool a responsabilidade do seu comportamento violento, convictos de que só lhes trouxe desgraça e infelicidade. Acrescentam, porém, que, muitas vezes, as mulheres também têm culpa. “Às vezes, eu chego a casa já tocado e ela começa a ralar comigo. Eu digo-lhe para me deixar estar mas ela continua... Eu chateio-me e olhe... Parece que fico cego! Mas eu sei que é mau e que não devo fazer... Acabo sempre por me arrepender (NI 12)”. Todos estes indivíduos foram alvo de queixas que acabaram por ser retiradas, à excepção da actual que os obrigou ao tratamento. Embora refiram que é um processo difícil, acrescentam que é necessário não só para melhorarem a sua qualidade de vida mas, sobretudo, pela vontade de recuperar a família. A grande preocupação destes indivíduos passa por serem novamente aceites pela esposa e perdoados pelos filhos: “o que mais me custa é ver o meu filho triste e com medo do pai” (NI 13). Prendendo-nos um pouco com esta questão do tratamento, importa referir que, em qualquer um dos casos, não se trata da primeira tentativa. Todos eles passaram pela experiência do ambulatório. A opinião geral é que esse sistema não funciona de todo porque lhes dá muita liberdade “e nós começamos a pensar que só um copo não faz mal...e depois vemos os amigos todos a beber e nós não... e os comentários... e depois começa tudo outra vez” (NI 9). Entendem que, embora mais penoso, é mais eficaz o internamento.

Quando questionados directamente acerca da associação entre os seus consumos e a violência, confessam que sob o efeito de álcool havia sempre agressão. Mais acrescentaram que, algumas vezes, quando estavam sóbrios, também havia agressão motivada por discussões sobre o álcool. Reconhecem, porém, que a violência associada a consumos é mais perigosa e com consequências piores porque se perde a noção da força, do como e onde se está a bater. “Na altura não se pensa em nada... só em bater porque nos estão a chatear ou a contrariar... e nós somos os donos da verdade. Agora que estou a acabar este tratamento vejo que me portei muito mal...” (NI 9).

Apresentamos, por fim, os resultados referentes aos alcoólicos que não agredem as suas companheiras/esposas. Tal como consta do quadro 17, foram feitas duas entrevistas nestas condições. Em ambos os casos foi referido que o álcool nunca resultou em qualquer comportamento violento, antes pelo contrário. Normalmente deixava estes consumidores alegres e faladores. Não deixou, todavia, de ser entendido como algo muito mau que destruiu a sua família, a sua felicidade e a dos seus. Num dos casos, em particular (NI15), foi apontado como uma das principais

causas do divórcio. À semelhança dos casos anteriores, o consumo associa-se a amigos e à questão do desemprego, sendo, também, partilhada a opinião quanto ao tratamento. Por estes mesmos motivos, consideram que o tratamento em regime de internamento é mais eficaz, na medida em que o ambulatório permite muita liberdade, facilitando e promovendo recaídas.

3.5.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao longo deste trabalho foram sendo discutidas diferentes questões consideradas importantes para o tema em questão. Por conseguinte, e evitando repetições de informação, neste ponto serão apenas abordados aqueles aspectos que, de alguma forma, acrescentam nova informação a este estudo. Começaremos esta discussão com a questão da transgeracionalidade da violência. Serão, também, discutidos a origem dos episódios de maltrato, a questão da queixa associada à postura do agressor depois da violência, bem como as principais diferenças entre uma violência com álcool e sem álcool.

Pelas entrevistas realizadas, tanto com vítimas como com agressores, verificamos que a maior parte refere ter crescido num ambiente violento. Não podendo daqui concluir que todos aqueles que crescem neste tipo de ambiente serão, seguramente, agressores ou vítimas de violência conjugal, podemos considerar que se trata de um contexto facilitador da aprendizagem deste tipo de conduta. A vivência num ambiente violento, onde os protagonistas são as figuras de referência, facilita a construção e vivência de um mundo imprevisível, inseguro e assustador, promovendo a manifestação de sintomas de ansiedade, de evitamento e agressividade (Sani, 1999). O facto de se ser vítima indirecta de violência conjugal, para além de destabilizar a vida emocional dos descendentes, acciona estratégias de sobrevivência desajustadas que, associadas a outros aspectos, nomeadamente baixa auto-estima, medo e revolta, dificultam a regulação das emoções, dando lugar a elevados níveis de reactividade comportamental (*idem, ibid.*). Se o desenvolvimento desta conduta não for interrompido a tempo, é de esperar que o filho, depois de tantos anos a ver o pai bater na mãe, a tenha interiorizado como a melhor e mais eficaz forma de resolver qualquer problema. Relativamente às vítimas, esta questão da transgeracionalidade também se coloca: o constante sobressalto e estado de alerta em que se vive justifica que a vítima se preocupe com questões como a sua segurança e a dos filhos, descuidando a satisfação das necessidades das suas crianças; a própria criança pode perceber o progenitor abusado como incapaz de dar protecção e segurança,

comprometendo-se uma vinculação segura, o que torna a criança mais vulnerável a estados afectivos variáveis, imprevisíveis e negativos (Sani, 1999).

Se a vivência, na infância e/ou adolescência, de situações familiares de violência nos pode permitir perceber a aprendizagem, por parte do agressor, de um determinado estilo relacional, o mesmo poderá equacionar-se relativamente à vítima, seja no âmbito de relações assimétricas, mais consonantes com a violência castigo (Perrone & Nannini, 1998) e com o terrorismo íntimo (Johnson, 2000), seja no âmbito de relações simétricas, como as que caracterizam a violência agressão (Perrone & Nannini, 1998) ou o controlo violento mútuo (Johnson, 2000). Seria interessante, num próximo trabalho, procurar perceber que descrição e compreensão fazem, vítimas e agressores, da violência vivida pelos seus próprios pais e de que forma essa experiência se interliga com os seus comportamentos e sentimentos actuais. Haverá, por ventura, situações em que tais experiências são fonte de risco, associando-se a uma repetição geracional do mesmo tipo de interacção violenta, enquanto noutros casos esta experiência adversa passada poderá ter-se constituído como a força principal para o desenvolvimento de relações interpessoais e familiares diferentes. Seria, no entanto, muito interessante perceber que tipo de ressonâncias as relações maltratantes, actual e passada, evocam e de que forma elas facilitam a perpetuação ou a transformação de um padrão relacional maltratante.

Relativamente à origem dos episódios de violência, pelas informações apuradas, ficou claro que tanto vítimas como agressores atribuem ao álcool grande responsabilidade por este comportamento, seja de forma directa (sempre que o agressor estava sob o efeito de álcool havia violência) ou indirecta (mesmo sem estar sob o seu efeito, as discussões que surgiam relacionavam-se com tal dependência). Esta relação é, ainda, sublinhada pelo facto de que todos os entrevistados confirmaram o facto de a violência se agravar com o progressivo aumento no consumo de substâncias alcoólicas. Pese embora toda a controvérsia em torno desta relação, não pode deixar de afirmar-se que, de acordo com a percepção dos nossos entrevistados, violência conjugal e álcool são duas realidades que se relacionam, ainda que possam combinar outros factores. A este respeito, algumas vítimas afirmaram que, juntamente com os consumos, variáveis como o desemprego, ciúmes ou doença psiquiátrica também originavam violência. Curiosamente, quer na perspectiva das vítimas quer na dos agressores, o álcool é visto como um elemento externo, responsável pelo comportamento mais violento do agressor e pela sua maior perda de controlo. As vítimas, não se questionando a elas próprias nessa relação, consideram que o álcool é o principal responsável pelo comportamento do

companheiro: desta forma, parecem ter muita dificuldade em equacionar a violência conjugal num enquadramento relacional, razão pela qual, geralmente, consideram que, ultrapassado o problema do álcool, a situação seria diferente; por essa razão, entendem que a intervenção terapêutica deve ser especial ou inicialmente dirigida ao agressor. Os agressores tendem a ter uma visão mais relacional e circular do comportamento violento, ainda que isso possa ajudar à sua relativa desculpabilização: é interessante registar que foram os agressores os únicos a referir o papel do comportamento da vítima no desenvolvimento do seu comportamento violento ainda que a experiência clínica nos mostre que, na prática, ficam muitas vezes presos de uma visão falsamente circular pois, embora considerem que o seu comportamento e o da sua companheira são interdependentes, acabam por, com alguma inflexidade, defender que elas têm de mudar para que eles possam comportar-se de forma diferente.

O facto de não termos podido entrevistar agressores sem experiência de álcool constitui, sem dúvida, uma limitação desta investigação e da tentativa que fizemos de compreender melhor a relação entre violência e álcool. Entrevistámos, no entanto, consumidores não violentos, o que nos permite hipotetizar sobre até que ponto o álcool será assim tão responsável por comportamentos violentos. Por conseguinte, e de acordo com as entrevistas realizadas, parece-nos possível afirmar que, se por um lado a presença do álcool torna a violência mais grave, por outro necessita da presença de determinadas variáveis para que tal substância desperte comportamentos violentos. Acresce a ideia, tanto em vítimas como em agressores, que sem o álcool tudo poderia ser diferente.

A denúncia destas situações parece-nos um assunto deveras importante, sobretudo porque se associa a outras questões de grande relevância. Ao analisarmos os conteúdos das entrevistas, verificamos uma grande taxa de desistência das queixas, o que poderá ser explicado à luz de dois motivos. O mais evidente prende-se com o já falado ciclo da violência conjugal. Ao mostrar-se arrependido depois do episódio de violência, o agressor consegue convencer e iludir a vítima de que se tratou da última vez, protelando a sua denúncia junto das autoridades. Mesmo nos casos em que houve a coragem de denunciar, a vítima vinha a desenvolver um sentimento de culpa por ter denunciado o homem que ama. Consequentemente, e por se ter achado precipitada, acabava por retirar a queixa. O segundo motivo prende-se com as alterações jurídicas respeitantes a este crime. Como atrás referido, se antes se conseguia retirar a queixa em qualquer altura por se tratar de um crime da esfera do privado, actualmente, assumindo-se como crime público, tal recuo é de todo

impossível. Uma vez apresentada a queixa contra o agressor não há possibilidade de desistência. Por outro lado, é também por esta via que se consegue explicar muitos dos tratamentos ao alcoolismo: no âmbito da suspensão provisória do processo, ao agressor pode ser proposto tratamento no âmbito das injunções definidas; caso contrário, o processo prossegue para julgamento. Esta obrigatoriedade apresenta-se como um bom procedimento, ao garantir a entrada da pessoa no sistema de saúde, procurando ajudá-la a encontrar competências e estratégias para lidar da melhor maneira com as suas dificuldades e problemas. Por outro lado, não podemos deixar de nos questionar acerca do factor motivação. Até que ponto uma pessoa que aceita um tratamento para evitar o julgamento, e eventualmente a prisão, adere ao projecto terapêutico? O querer tratar-se é considerado um elemento muito importante no processo de tratamento e no processo de mudança que lhe está associado; no entanto, as intervenções sob coacção podem, por vezes, induzir a crise necessária à potenciação da mudança.

Por fim, e no que diz respeito às principais diferenças entre a ocorrência de violência conjugal associada ao consumo de álcool, todos os intervenientes são unânimes ao afirmarem que a primeira é mais perigosa e tem consequências mais graves. Na medida em que o álcool compromete o seu discernimento, o agressor perde a noção da força e das consequências dos seus actos. Citando os próprios “com o álcool não sabemos como estamos a bater nem onde. É com o que calhar e onde calhar”.

3.6. LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO E SUGESTÕES

Um dos contributos deste trabalho prende-se com o esclarecimento de conceitos e clarificação de modelos de leitura e compreensão das problemáticas abordadas, nomeadamente a violência conjugal e o álcool. Por se tratar de assuntos actuais, alvo de constantes investigações e intervenções, esta preocupação em uniformizar conceitos e teorias reveste-se de extrema importância. Só assim se garante um trabalho concertado e desenvolvido na mesma direcção. Outro contributo deste trabalho prende-se com a sistematização de dados e elaboração de um instrumento de recolha de informação, facilitador de futuros trabalhos empíricos nesta área. Sugere-se, portanto, a aplicação desse instrumento, possibilitador de uma mais completa recolha de dados no Instituto Nacional de Medicina Legal, tanto no que diz respeito à violência conjugal como ao álcool. Por fim, importa acrescentar a mais-valia

de entrevistar agressores e vítimas, possibilitando o contacto com ambos os discursos na primeira pessoa.

Em termos de limitações, este estudo levanta algumas questões que passamos a apresentar. Tanto no primeiro como no segundo estudos empíricos consideramos que a amostra deveria ser mais numerosa e mais diversificada. Particularmente no 2º estudo, seria importante diversificá-la em termos de idade, habilitações literárias, profissão, tipo de família, área geográfica de residência antecedentes familiares. Esta diversidade iria permitir o contacto com diferentes perspectivas, bem como perceber de que forma aquelas condições podem ou não constituir-se como variáveis moderadoras. Neste sentido, surge uma outra limitação, relacionada com a ausência da versão de agressores conjugais não consumidores de álcool. Ao não termos tido acesso a este discurso, deixámos de ter informação que pode ser importante, eventualmente complementar ao discurso daqueles agressores consumidores de álcool. Pese embora as demais limitações, esta será a mais condicionante, tanto das afirmações realizadas ao longo do trabalho como das generalizações e conclusões finais. Ainda relacionado com os aspectos menos positivos deste trabalho, e reportando-nos à Ficha sobre Violência Conjugal (segunda fase do estudo empírico 1), parece-nos uma limitação o facto de as vítimas, depois de responderem às questões, não disporem de um envelope onde a pudessem guardar. Possivelmente, este facto deixou algumas mulheres desconfortáveis, explicando, de alguma forma, o reduzido número de Fichas respondidas. Sugere-se que, em estudos futuros e similares, se tenha em conta este género de preocupação, salvaguardando a privacidade das vítimas, caso a mesma não seja preenchida no contexto de entrevista associada ao exame médico-legal. Por fim, uma outra limitação refere-se ao facto de as entrevistas (estudo empírico 2) não terem sido realizadas a casais, mas a vítimas e agressores distintos. Neste sentido, sugere-se que, futuramente, não só seja trabalhado o casal como, também, se utilize a metodologia do estudo de caso em vez do recurso a entrevistas. Sem desprimor destas últimas, a verdade é que o estudo de caso permitiria aprofundar diversas questões e pormenores que as entrevistas não conseguem. Para além de privilegiar o “como” e o “porquê”, no processo de recolha de dados, o estudo de caso recorre a várias técnicas próprias da investigação qualitativa, nomeadamente o diário de bordo, o relatório, a entrevista e a observação. A utilização destes diferentes instrumentos constitui uma forma de obtenção de dados de diferentes tipos, os quais proporcionam a possibilidade de cruzamento de informação. Seria interessante que este estudo de caso pudesse assumir um carácter longitudinal, ajudando a perceber de que forma a associação violência conjugal e álcool se instalou

e progrediu dentro daquela díade. De forma complementar, poderiam ser feitas entrevistas a elementos das redes sociais informal (filhos, família de origem e outros elementos da família considerados importantes, amigos) e formal (médico de família, psicólogo, outros técnicos), bem como exploradas as situações passíveis de gerar conflito e consequente exposição do casal às mesmas. Tendo consciência destas limitações e acreditando na existência de outras que possam vir a ser apontadas, consideramos que esta investigação se revelou importante e uma mais-valia para o conhecimento destas áreas de estudo e de intervenção.

CONCLUSÕES FINAIS

Este trabalho iniciou-se com uma reflexão teórica sobre o significado de violência conjugal, seus pressupostos e consequências. Apresentaram-se alguns modelos compreensivos, no sentido de permitir o contacto com diferentes visões sobre a mesma problemática. Seguiu-se uma segunda reflexão teórica, desta vez sobre o conceito de álcool e alcoolismo. Procurou perceber-se em que é que consistia, seus efeitos e consequências. Abordadas estas duas áreas de forma independente, foi tempo de perceber os contornos da sua relação, uma vez que, tal como avançado pela bibliografia, “o alcoolismo e a violência conjugal devem ser equacionados como problemas separados que, na prática, tendem a coexistir, ainda que a sua relação permaneça controversa” (Spieker, 1981, cit. Barnett & Fagan, 1993, *in* Matos, 2003, p.91).

Sempre com este objectivo em mente, e depois de realizada a investigação, parece-nos poder afirmar que o álcool não se assume como causador da violência conjugal, antes desempenha um importante papel enquanto elemento amplificador. Para além disso, verificámos que, na maior parte das situações, para além do consumo desta substância, estavam também presentes outras variáveis cuja influência não pode ser ignorada (problemas económicos, desemprego, doença psiquiátrica, ciúmes...). Importa, porém, salvaguardar que esta conclusão não deverá funcionar como desculpa para este tipo de comportamento, nem tampouco como único alvo de uma possível terapia. Nem o álcool sozinho explica a violência conjugal, nem uma terapia centrada nos consumos põe fim a uma relação maltratante. Este aspecto é deveras importante, na medida em poderá haver a tentação de focalizar a intervenção na problemática do consumo, ignorando todas as outras variáveis e acreditando que assim se colocará um ponto final em toda aquela violência. De resto, este estudo também permitiu concluir que os próprios implicados (vítimas e agressores), pelo seu discurso, atribuem ao álcool toda a responsabilidade pela sua vivência maltratante. Ainda assim, as vítimas apresentam um discurso mais linear, acreditando que, uma vez tratado o problema do álcool, toda a relação voltará à normalidade, sem qualquer comportamento violento. Não colocam, em momento algum, a necessidade de participarem no processo terapêutico, de forma a garantir um maior comprometimento na procura da estabilidade. Os agressores, por outro lado, têm um discurso mais circular na medida em que admitem os seus erros, verbalizam a vontade de mudar e de se tratarem, acrescentando, no entanto, que a postura da vítima perante o seu estado alcoolizado desperta, ainda mais, os comportamentos violentos. Sem o

referirem directamente, deixam perceber que, em alguns casos, a intervenção só com eles não será suficiente, devendo abranger, também, a própria vítima.

No seguimento das conclusões anteriores, percebemos, também, que vítimas e agressores descrevem a violência com álcool como mais perigosa pelo facto de o agressor perder a noção de onde e como bate. Seguramente, não causará muita estranheza esta conclusão. Ainda assim seria interessante dispor de uma descrição/registo mais detalhado destas lesões, por comparação com outros casos de violência sem álcool.

A violência conjugal é uma problemática actual que, por todas as suas características, desperta muita indignação na nossa sociedade, ainda que muitos comportamentos violentos permaneçam tolerados por essa mesma sociedade. O estudo desta problemática é, apesar de muitos trabalhos já desenvolvidos, ainda limitado e, por isso, pensamos poder ter contribuído, de alguma forma, para uma melhor compreensão da violência conjugal e sua relação com o álcool, acreditando que toda e qualquer intervenção nestes domínios deverá ser sempre colectiva, envolvendo família, comunidade e as demais instituições (Alarcão, 2000).

BIBLIOGRAFIA

Alarcão, M. (2000). *(des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4ª. ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2009). *Totais nacionais 2006*. Acedido em 3 de Agosto de 2009, em: <http://www.apav.pt/estatisticas.html>.

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (1999). *Manual Alcipe. Para o atendimento de mulheres vítimas de violência*. Lisboa: APAV.

Bart, & Moran (1993). *Violence against woman. The bloody footprints*. London: Sage.

Bennett. A., Wolin, S. J., & Reiss, D. (1988). Deliberate family process. A strategy for protecting children of alcoholics. *British Journal of Addiction*, 83, 821-829.

Berrios, D. C., & Grady, D. (1991). Domestic Violence – Risk Factors and Outcomes. *The Western Journal of Medicine*, 155, 133-135.

Brookoff, D., O'Brien, K., Cook, S., Thompson, D., & Williams, C., (1997). Characteristics of participants in domestic violence. Assessment at the scene of domestic assault. *JAMA*, 277(17), 1369-1373.

Brown, S. (1998). *Understanding youth and crime: Listening to youth?* Buckingham: Mike Maguire.

Cano, A., & Vivian, D. (2001). Life stressors and husband-to-wife violence. *Agression and Violent Behavior*, 6, 459-480.

Caridade, S. (2008). *Violência nas relações de intimidade: Comportamentos e atitudes dos jovens*. Tese de Doutoramento em Psicologia – Área de Conhecimento de Psicologia da Justiça (não publicada). Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

- Corsi, J. (1995). *Violencia familiar – Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Argentina: Paidós.
- Cummings, E, & Davies, P. (1994). *Children and marital conflict. The impact of family dispute and resolution*. New York: The Guilford Press.
- Dias, I. (1998). Exclusão social e violência doméstica: Que relação? *Sociologia*, 8, 189
- Dias, I. (2004). A violência sobre as mulheres e os idosos. *Psychologica*, 36, 33-61.
- Dinwiddie, H. (1992). Psychiatric disorders among wife batterers. *Cmp. Psychiatry*, 33(6), 411-416.
- Doerner, W. D., & Lab, S. P. (1995). *Victimology*. Cincinnati: Anderson Publishing Co.
- Figueiredo, P. (1997). Abordagem cognitivo-comportamental do alcoolismo: Um modelo de intervenção terapêutica. *Psiquiatria Clínica*, 18(3): 225-232.
- Fonseca, A. F. (1997). *Psiquiatria e psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Garcia, E. (2004). La figura del agresor en la violencia de género: Características personales e intervencion. *Papeles del Psicólogo. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*, 25, 31-38.
- Gleitman, H. (1999). *Psicologia*. (4ª. ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gonçalves, A. (2008). *Álcool, tabaco e outras drogas: Concepções de professores e alunos do ensino básico e secundário e análise de programas e manuais escolares*. Tese de Doutoramento em Estudos da Criança – Área de Especialização em Saúde Infantil. Instituto de Estudos da Criança (não publicada). Universidade do Minho.

Gonçalves, E., Sá, L., & Caldeira, M. (2005). *Estudo de caso*. Tese de Mestrado em Educação (não publicada). Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa

Gonçalves, R. A, & Machado, C. (coords.). (2006). *Psicologia forense*. Coimbra: Quarteto Editora.

Guadalupe, S. (2008). A saúde mental e o apoio social na família do doente oncológico. Tese de Doutoramento em Saúde Mental (não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Haugland, B. (2005). Recurrent disruptions of rituals and routines in families with paternal alcohol abuse. *Family Relations*, 54(2): 225-241. ProQuest Psychology Journals.

Holden, G. W. (1998). Introduction: The development of research into another consequence of family violence. In G. W. Holden, R. Geffner & E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence* (pp. 1-18). Washington: American Psychological Association.

Homish, G., & Leonard, K. E. (2005). Marital quality and congruent drinking. *Journal of Studies on Alcohol*. 488-496.

Hydèn, M. (1995). Verbal aggression as a prehistory of woman battering. *Journal of Family Violence*, 10, 55-71.

Irons, R., & Schneider, P. (1997). When is domestic violence a hidden face of addiction? *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(4), 337-344.

Johnson, P. (2001). Dimensions of functioning in alcoholic and nonalcoholic families. *Journal of Mental Health Counseling*. 23(2), 127-136.

Labrador, F., Vallejo, M., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A., & Fernández Montalvo, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Infocop*, 17, 25-30.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress approach and coping*. New York: Springer.

Leonard, K. E., & Eiden, R. D. (2007). Marital and family process in the contexto of alcohol use and alcohol disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 285-310.

Lino, T. R. (2006). *Alcoolismo – da Causa à Doença*. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa

Logan, T. K., Walker, R., Staton, M., & Leukefeld, C. (2001). Substance use and intimate violence among incarcerated males. *Journal of Family Violence*, 16(2), 93–114.

Lourenço, N., Lisboa, M., & Pais, E. (1997). *Violência contra as mulheres*. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.

Machado, C., & Gonçalves, R. A. (coords.) (2003). *Violência e vítimas de crimes*. Vol.1 – Adultos. Coimbra: Quarteto Editora.

Magalhães, T. (2002). *Maus tratos em crianças e jovens – Guia para Profissionais*. Coimbra: Quarteto Editora.

Margolin, G., Sibner, G., & Gleberman, L. (1988). *Wife beating*. pp 99-113

Matos, M. V. (2006). *Violência nas relações de intimidade: Estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher*. Instituto de Educação e Psicologia: Universidade do Minho.

Moreira, P. (2001). *Para uma prevenção que previna*. Coimbra: Quarteto Editora.

O'Farrell, T., & Stewart, W. F. (2003). Alcohol abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 121-146.

Pais, E. (1998). *Rupturas violentas da conjugalidade: O homicídio conjugal em Portugal*. Lisboa: Hugin.

Paiva, C., & Figueiredo, B. (2003). Abuso no contexto do relacionamento íntimo com o companheiro: definição, prevalência, causas e efeitos. *Psicologia, Saúde & Doenças* (2), 165-184.

Paiva, C., & Figueiredo, B. (2006). Factores de risco de abuso no relacionamento íntimo: Estudo de validação da versão portuguesa do questionário "Personal and Relationships Profile". *Psychologica*, 42, 185-212.

Perrone, R., & Nannini, M. (1998). *Violência y abusos sexuales en la familia: Un abordaje sistémico y comunicacional*. Argentina: Paidós Terapia Familiar.

Redondo, J. (2005). *Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção – Breve reflexão/ avaliação do trabalho realizado*. Trabalho apresentado em Lisboa no Dia Internacional para a Eliminação da Violência contra as Mulheres, no âmbito das iniciativas realizadas pela Estrutura de Missão contra a Violência Doméstica.

Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família – Perspectiva sistémica*. (2ª. ed.). Porto: Edições Afrontamento.

Ribeiro, S. (2001). *Distúrbio Pós Stress Traumático e violência conjugal*. Tese de Mestrado em Família e Sistemas Sociais (não publicada). Instituto Superior Miguel Torga. Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra.

Riggs, D. S., Caulfield, M. B., & Street, A. E. (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology*, 56(10), 1289-1316.

Rodrigues, V. A., & Gonçalves, L. (1998). *Patologia da personalidade – Teoria, Clínica e Terapêutica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Sani, A. I. (2002). *As crianças e a Violência – Narrativas de crianças vítimas e testemunhas de crimes*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sani, A. I. (2004). O discurso de crianças expostas à violência interpaparental: Estudo qualitativo. *Psychologica*, 36, 109-130.

Sani, A. I. (2008). Mulher e mãe no contexto de violência doméstica. *Ex aequo*, 18, 123-133.

Serra, A. V. (2002). *O Stress na vida de todos os dias*. (2ª. ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.

Soares, I. (Coord.) (2000). *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto Editora.

Stroebe, W., & Stroebe, M. (1995). *Psicología social e saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.

Tolan, P., Smith, D. G., & Henry, D. (2006). Family violence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 57, 557-583.

Topor, P. K., & Bénard, J. Y. (2007). *Guia prático Climepsi de alcoologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

Vasconcelos-Raposo, J., & Alves, A. L. (s.d.). *Práticas e hábitos de consumo de bebidas alcoólicas por parte de alunos do 3º ciclo do ensino básico*. No prelo.

Wilkinson, D. L., & Hamerschlag, S. J. (2005). Situational determinants in intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 333-361.

Zilberman, M., & Blume, S. (2005). Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoactivas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 51-55.

ANEXOS

ANEXO 1

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DOS PROCESSOS
Gabinete Médico-Legal de Aveiro

1. CARACTERIZAÇÃO DA VÍTIMA E IDENTIFICAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Nº PROCESSO INML	NI	IDADE DA VÍTIMA	PROFISSÃO VÍTIMA (CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DE PROFISSÕES)	ESTADO CIVIL	AGREGADO FAMILIAR	OBSERVAÇÕES

2. CONTEXTO FAMILIAR

Nº PROCESSO INML	NI	CONTEXTO FAMILIAR	FILHOS		DENUNCIANTE	Nº DE DENÚNCIAS ANTERIORES	INDICADORES DE PERTURBAÇÃO	OBSERVAÇÕES
			Nº	IDADE				
				ASSISTIRAM AO EPISÓDIO DE VC				

2. CONTEXTO FAMILIAR

Nº PROCESSO INML	NI	ALCOOLISMO		TIPO DE VIOLÊNCIA		ASSISTÊNCIA MÉDICA	LESÕES RESULTANTES	RECORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA	ANTECEDENTES DE VC	FACTORES DE VC	
		VÍTIMA	AGRESSOR	DETERMINANTE DA PERÍCIA	OUTRAS FORMAS DE VC					DESEN.	MANUT.

ABREVIATURAS:

INML – Instituto Nacional de Medicina Legal
 VC – Violência Conjugal
 Desen. – Desencadeadores
 Manut. - Manutenção

ANEXO 2

FICHA SOBRE VIOLÊNCIA CONJUGAL
Gabinete Médico-Legal de Aveiro

FICHA SOBRE VIOLÊNCIA CONJUGAL
GABINETE DE MEDICINA LEGAL DE AVEIRO

1. CARACTERIZAÇÃO DA VÍTIMA

NOME _____

IDADE _____

ATÉ QUE ANO FREQUENTOU A ESCOLA?

PROFISSÃO

ESTADO CIVIL

SOLTEIRA ___ CASADA ___ UNIÃO DE FACTO ___ VIÚVA ___ DIVORCIADA ___

CONSUME HABITUALMENTE:

ÁLCOOL ___ DROGAS ___ NÃO CONSUME ___

2. ASSINALE, POR FAVOR, AS PESSOAS QUE VIVEM CONSIGO

PAI SIM ___ NÃO ___

MÃE SIM ___ NÃO ___

MARIDO SIM ___ NÃO ___

NAMORADO / COMPANHEIRO SIM ___ NÃO ___

SOGRA SIM ___ NÃO ___

SOGRO SIM ___ NÃO ___

FILHO(S) SIM ___ NÃO ___

NÚMERO _____ FILHO (S)

IDADE(S) _____

OS FILHOS JÁ FORAM MALTRADOS SIM ___ NÃO ___

SE SIM, POR QUEM? _____

VIVE MAIS ALGUÉM LÁ EM CASA? SIM ___ NÃO ___

SE SIM, DIGA QUEM _____

3. CARACTERIZAÇÃO DO AGRESSOR

SEXO Masculino _____ Feminino _____

IDADE _____

ESCOLARIDADE _____

PROFISSÃO _____

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO _____ CASADO _____ UNIÃO DE FACTO _____ VIÚVO _____ DIVORCIADO _____

CONSUME HABITUALMENTE:

ÁLCOOL _____ DROGAS _____ NÃO CONSUME _____

TEM PROBLEMAS DE NERVOS? SIM _____ NÃO _____

JÁ FREQUENTOU ALGUMA CONSULTA DE PSIQUIATRIA? SIM _____ NÃO _____

4. VITIMAÇÃO E RECORRÊNCIA

TRATA-SE DO PRIMEIRO EPISÓDIO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL? SIM _____ NÃO _____

SE NÃO, HÁ QUANTO TEMPO É VÍTIMA? _____

COM QUE FREQUÊNCIA OCORRE ESTA VIOLÊNCIA? SEMANALMENTE (UMA VEZ OU MAIS) _____
MAIS DO QUE UMA VEZ POR MÊS _____
MAIS DO QUE UMA VEZ POR ANO _____
UMA VEZ POR ANO OU MENOS _____

OS FILHOS ASSISTIRAM A ESTE EPISÓDIO DE VIOLÊNCIA? SIM _____ NÃO _____ NÃO ESTAVAM COMIGO _____

E AOS ANTERIORES? SIM _____ NÃO _____

5. O QUE ORIGINOU ESTE EPISÓDIO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL?

CIÚME ____
DISCUSSÕES ACERCA DOS FILHOS ____
ÁLCOOL / DROGA ____
DISCUSSÕES POR CAUSA DOS PAIS / SOGROS ____
DIFICULDADES FINANCEIRAS ____
PROBLEMAS NO TRABALHO ____
INTERFERÊNCIAS DOS VIZINHOS ____
OUTRAS _____

NA SUA FAMÍLIA DE ORIGEM HOUVE OU HÁ VIOLÊNCIA?

SIM ____ NÃO ____

SE SIM, ENTRE QUEM? _____

E NA FAMÍLIA DE ORIGEM DO AGRESSOR?

SIM ____ NÃO ____

SE SIM, ENTRE QUEM? _____

FOI A PRIMEIRA DENÚNCIA QUE FEZ? SIM ____ NÃO ____ Nº DE DENÚNCIAS ANTERIORES _____

DESISTIU DE ALGUMA DENÚNCIA? SIM ____ NÃO ____

NAS SITUAÇÕES EM QUE HOUVE PROCESSO, O QUE ACONTECEU?

FOI SUSPENSO ANTES DE CHEGAR A TRIBUNAL SIM ____ NÃO ____

ESTÁ À ESPERA DE JULGAMENTO SIM ____ NÃO ____

ESTÁ EM FASE DE JULGAMENTO SIM ____ NÃO ____

FOI ABSOLVIDO (CONSIDERADO INOCENTE) SIM ____ NÃO ____

FOI CONSIDERADO CULPADO SIM ____ NÃO ____

TEVE PENA SUSPENSA ____ FOI PRESO ____ FOI OBRIGADO A TRATAR-SE ____

6. VIOLÊNCIA CONJUGAL E ÁLCOOL

NESTE EPISÓDIO, O AGRESSOR ESTAVA SOB O EFEITO DE ÁLCOOL? SIM ___ NÃO ___ NÃO SEI ___
E NOUTROS ANTERIORES? SIM ___ NÃO ___ NÃO SEI ___

NESTE EPISÓDIO A VIOLÊNCIA FOI DE QUE TIPO? FÍSICA ___
VERBAL / PSICOLÓGICA ___
SEXUAL ___

NOS ANTERIORES, A VIOLÊNCIA FOI DE QUE TIPO? FÍSICA ___
VERBAL / PSICOLÓGICA ___
SEXUAL ___

TEVE QUE RECEBER TRATAMENTO MÉDICO NESTE EPISÓDIO DE VIOLÊNCIA? SIM ___ NÃO ___

SE SIM, QUE TRATAMENTO RECEBEU? OBSERVAÇÃO E FEZ EXAMES ___
FEZ TRATAMENTO MAS VOLTOU PARA CASA NO MESMO DIA ___
FICOU INTERNADA ___

SE NÃO, PORQUÊ? NÃO FICOU MAGOADA ___
POR VERGONHA ___
MEDO DE PIORAR A SITUAÇÃO CONJUGAL ___

POR CAUSA DESTE EPISÓDIO DE VIOLÊNCIA, TEVE QUE FALTAR AO TRABALHO? SIM ___ NÃO ___
SE SIM, QUANTO TEMPO? _____

JÁ PEDIU AJUDA PARA ACABAR COM ESTA VIOLÊNCIA? SIM ___ NÃO ___
SE SIM, A QUEM? POLÍCIA ___ PSICÓLOGO ___ FAMÍLIA ___
APAV ___ ASSISTENTE SOCIAL ___ VIZINHOS ___
LINHA 144 ___ MÉDICO ___ AMIGOS ___

FICHA REFORMULADA SOBRE VIOLÊNCIA CONJUGAL
GABINETE DE MEDICINA LEGAL DE AVEIRO

1. CARACTERIZAÇÃO DA VÍTIMA

NOME _____

IDADE _____

ATÉ QUE ANO FREQUENTOU A ESCOLA?

PROFISSÃO

ESTADO CIVIL

SOLTEIRA ___ CASADA ___ UNIÃO DE FACTO ___ VIÚVA ___ DIVORCIADA ___

CONSUME HABITUALMENTE:

ÁLCOOL ___ DROGAS ___ NÃO CONSUME ___

2. ASSINALE, POR FAVOR, AS PESSOAS QUE VIVEM CONSIGO

PAI SIM ___ NÃO ___

MÃE SIM ___ NÃO ___

MARIDO SIM ___ NÃO ___

NAMORADO / COMPANHEIRO SIM ___ NÃO ___

SOGRA SIM ___ NÃO ___

SOGRO SIM ___ NÃO ___

FILHO(S) SIM ___ NÃO ___

NÚMERO _____ FILHO (S)

IDADE(S) _____

OS FILHOS JÁ FORAM MALTRADOS SIM ___ NÃO ___

SE SIM, POR QUEM? _____

VIVE MAIS ALGUÉM LÁ EM CASA? SIM ___ NÃO ___

SE SIM, DIGA QUEM _____

3. CARACTERIZAÇÃO DO AGRESSOR

SEXO Masculino _____ Feminino _____

IDADE _____

ESCOLARIDADE _____

PROFISSÃO _____

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO _____ CASADO _____ UNIÃO DE FACTO _____ VIÚVO _____ DIVORCIADO _____

CONSUME HABITUALMENTE:

ÁLCOOL _____ DROGAS _____ NÃO CONSUME _____

TEM PROBLEMAS DE NERVOS? SIM _____ NÃO _____

JÁ FREQUENTOU ALGUMA CONSULTA DE PSIQUIATRIA? SIM _____ NÃO _____

4. VITIMAÇÃO E RECORRÊNCIA

TRATA-SE DO PRIMEIRO EPISÓDIO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL? SIM _____ NÃO _____

SE NÃO, HÁ QUANTO TEMPO É VÍTIMA? _____

COM QUE FREQUÊNCIA OCORRE ESTA VIOLÊNCIA? SEMANALMENTE (UMA VEZ OU MAIS) _____

MAIS DO QUE UMA VEZ POR MÊS _____

MAIS DO QUE UMA VEZ POR ANO _____

UMA VEZ POR ANO OU MENOS _____

OS FILHOS ASSISTIRAM A ESTE EPISÓDIO DE VIOLÊNCIA? SIM _____ NÃO _____ NÃO ESTAVAM COMIGO _____

E AOS ANTERIORES? SIM _____ NÃO _____

5. O QUE ORIGINOU ESTE EPISÓDIO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL?

CIÚME ____
DISCUSSÕES ACERCA DOS FILHOS ____
ÁLCOOL / DROGA ____
DISCUSSÕES POR CAUSA DOS PAIS / SOGROS ____
NÃO SENDO A PRIMEIRA VEZ QUE ACONTECE,
O QUE NORMALMENTE ORIGINA A VIOLÊNCIA? DIFICULDADES FINANCEIRAS ____
PROBLEMAS NO TRABALHO ____
INTERFERÊNCIAS DOS VIZINHOS ____
OUTRAS _____

NA SUA FAMÍLIA DE ORIGEM HOUVE OU HÁ VIOLÊNCIA? SIM ____ NÃO ____
SE SIM, ENTRE QUEM? _____

E NA FAMÍLIA DE ORIGEM DO AGRESSOR? SIM ____ NÃO ____
SE SIM, ENTRE QUEM? _____

CONSIDERA QUE O COMPORTAMENTO DA SUA FAMÍLIA DE ORIGEM CONTRIBUI, DE ALGUMA FORMA, PARA A VIOLÊNCIA DE QUE É VÍTIMA? PORQUÊ?

CONSIDERA QUE O COMPORTAMENTO DA FAMÍLIA DE ORIGEM DO SEU MARIDO/COMPANHEIRO CONTRIBUI, DE ALGUMA FORMA, PARA A VIOLÊNCIA DE QUE É VÍTIMA? PORQUÊ?

FOI A PRIMEIRA DENÚNCIA QUE FEZ? SIM ___ NÃO___ Nº DE DENÚNCIAS ANTERIORES _____

DESISTIU DE ALGUMA DENÚNCIA? SIM ___ NÃO ___

NAS SITUAÇÕES EM QUE HOUVE PROCESSO, O QUE ACONTECEU?

FOI SUSPENSO ANTES DE CHEGAR A TRIBUNAL SIM ___ NÃO ___

ESTÁ À ESPERA DE JULGAMENTO SIM ___ NÃO ___

ESTÁ EM FASE DE JULGAMENTO SIM ___ NÃO ___

FOI ABSOLVIDO (CONSIDERADO INOCENTE) SIM ___ NÃO ___

FOI CONSIDERADO CULPADO SIM ___ NÃO ___

TEVE PENA SUSPENSA _____ FOI PRESO _____ FOI OBRIGADO A TRATAR-SE _____

6. VIOLÊNCIA CONJUGAL E ÁLCOOL

NESTE EPISÓDIO, O AGRESSOR ESTAVA SOB O EFEITO DE
ÁLCOOL? SIM ___ NÃO ___ NÃO SEI ___

E NOUTROS ANTERIORES? SIM ___ NÃO ___ NÃO SEI ___

NESTE EPISÓDIO A VIOLÊNCIA FOI DE QUE TIPO?

FÍSICA ___

VERBAL / PSICOLÓGICA ___

SEXUAL ___

NOS ANTERIORES, A VIOLÊNCIA FOI DE QUE TIPO?

FÍSICA ___

VERBAL / PSICOLÓGICA ___

SEXUAL ___

TEVE QUE RECEBER TRATAMENTO MÉDICO NESTE EPISÓDIO DE VIOLÊNCIA? SIM ___ NÃO ___

SE SIM, QUE TRATAMENTO
RECEBEU?

OBSERVAÇÃO E FEZ EXAMES ___

FEZ TRATAMENTO MAS VOLTOU PARA CASA NO MESMO DIA ___

FICOU INTERNADA ___

SE NÃO, PORQUÊ?

NÃO FICOU MAGOADA ___

POR VERGONHA ___

MEDO DE PIORAR A SITUAÇÃO CONJUGAL ___

POR CAUSA DESTE EPISÓDIO DE VIOLÊNCIA, TEVE QUE FALTAR AO TRABALHO? SIM ___ NÃO ___

SE SIM, QUANTO TEMPO? _____

JÁ PEDIU AJUDA PARA ACABAR COM ESTA VIOLÊNCIA? SIM ___ NÃO ___

SE SIM, A QUEM?

POLÍCIA ___

PSICÓLOGO ___

FAMÍLIA ___

APAV ___

ASSISTENTE SOCIAL ___

VIZINHOS ___

LINHA 144 ___

MÉDICO ___

AMIGOS ___

ANEXO 3

GUIÃO DE ENTREVISTA - VÍTIMAS

GRUPO 1 – CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

1. IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

NOME _____

IDADE _____

ATÉ QUE ANO FREQUENTOU A ESCOLA?

PROFISSÃO

ESTADO CIVIL

SOLTEIRA ___ CASADA ___ UNIÃO DE FACTO ___ VIÚVA ___ DIVORCIADA ___

1.1. IDENTIFICAÇÃO DO AGRESSOR

NOME _____

IDADE _____

ATÉ QUE ANO FREQUENTOU A ESCOLA?

PROFISSÃO

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO ___ CASADO ___ UNIÃO DE FACTO ___ VIÚVO ___ DIVORCIADO ___

2. COMO É CONSTITUÍDO O VOSSO AGREGADO FAMILIAR?

Membros do Agregado familiar	Idade	Profissão	Escolaridade

GRUPO 2 – VIOLÊNCIA CONJUGAL

1. Já havia violência nas famílias de origem? Se sim, em qual?
2. E no vosso caso, desde quando existe violência?
3. De que tipo? (Física, Psicológica, Sexual)
4. Com que frequência ocorria?
5. Ocorria, normalmente, em que espaço físico?
6. Com que gravidade? Ao longo do tempo foi piorando?
7. O que é que normalmente originava os episódios de violência?
8. Como caracteriza a violência conjugal que foi exercida sob si?
9. No caso de haver filhos, costumavam assistir à violência?
10. Que efeitos teve tal violência nos filhos?
11. Já alguma vez apresentou queixa? O que aconteceu?
12. Como é o depois da agressão? O agressor continua violento ou muda de comportamento?

GRUPO 3 – ALCOOLISMO

1. Existia alcoolismo na vossa relação?
2. Se sim, de quem e desde quando?
3. Que tipo de bebida é consumida?
4. Com que frequência era consumida? (bebia regularmente, ou procurava desculpas/motivos para beber)
5. Como ficava a pessoa sob o efeito do álcool?
6. O agressor procurou tratamento enquanto estavam juntos?
7. Se sim, como descreve essa experiência?
8. O que o levou a procurar tratamento?
9. Que consequências trouxe o álcool à sua família? E ao consumidor, particularmente? (resposta dos 2)

GRUPO 4 – VIOLÊNCIA CONJUGAL E ÁLCOOL

1. O agressor costumava estar sob o efeito de álcool aquando dos episódios de violência?
2. Sempre que o agressor estava sob o efeito do álcool havia episódios de violência?
3. Que diferenças há entre a violência com a influência do álcool e a violência sem esta substância?
4. Em termos de consequências/lesões, a gravidade da violência é maior com a presença do álcool ou sem ele?
5. Acha que o álcool era o grande causador da violência? Porquê?

GRUPO 5 - VIOLÊNCIA CONJUGAL E ÁLCOOL – RESPOSTAS

1. O que a levou a afastar-se deste cenário de violência?
2. O que gostaria que acontecesse para mudar a situação?

ANEXO 4

GUIÃO DE ENTREVISTA - AGRESSORES

GRUPO 1 – CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

1. IDENTIFICAÇÃO DO AGRESSOR

NOME _____

IDADE _____

ATÉ QUE ANO FREQUENTOU A ESCOLA?

PROFISSÃO

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO ___ CASADO ___ UNIÃO DE FACTO ___ VIÚVO ___ DIVORCIADO ___

1.1. IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

NOME _____

IDADE _____

ATÉ QUE ANO FREQUENTOU A ESCOLA?

PROFISSÃO

ESTADO CIVIL

SOLTEIRA ___ CASADA ___ UNIÃO DE FACTO ___ VIÚVA ___ DIVORCIADA ___

2. COMO É CONSTITUÍDO O VOSSO AGREGADO FAMILIAR?

Membros do Agregado familiar	Idade	Profissão	Escolaridade

GRUPO 2 – VIOLÊNCIA CONJUGAL

1. Já havia violência na sua família de origem? E na da sua esposa/companheira?
2. E no vosso caso, desde quando começaram a ocorrer episódios de violência?
3. De que tipo? (Física, Psicológica, Sexual)
4. Com que frequência ocorriam?
5. Ocorriam, normalmente, em que espaço físico?
6. Com que gravidade? Ao longo do tempo foi piorando?
7. O que é que normalmente originava os episódios de violência?
8. Como caracteriza a violência conjugal que exerce sobre a sua esposa?
9. No caso de haver filhos, costumam assistir à violência?
10. Que efeitos tem tal violência nos filhos?
11. Houve já alguma queixa contra si? O que aconteceu?
12. Como é o depois da agressão? O senhor continua violento ou muda de comportamento?

GRUPO 3 – ALCOOLISMO

1. Existe alcoolismo na vossa relação?
2. Se sim, de quem e desde quando?
3. Que tipo de bebida é consumida?
4. Com que frequência é consumida? (bebe regularmente, ou procura desculpas/motivos para beber)
5. Como fica a pessoa sob o efeito do álcool?
6. Já procurou tratamento outras vezes ou é a primeira vez?
7. Se sim, como descreve essa experiência? (resposta dos 2)
8. O que o levou a procurar tratamento?
9. A que se ficaram a dever eventuais recaídas?

10. Que consequências trouxe o álcool à sua família? E ao consumidor, particularmente?

GRUPO 4 – VIOLÊNCIA CONJUGAL E ÁLCOOL

1. O agressor costuma estar sob o efeito de álcool aquando dos episódios de violência?
2. Sempre que o agressor está sob o efeito do álcool há episódios de violência?
3. Que diferenças há entre a violência com a influência do álcool e a violência sem esta substância?
4. Em termos de consequências/lesões, a gravidade da violência é maior com a presença do álcool ou sem ele?

GRUPO 5 - VIOLÊNCIA CONJUGAL E ÁLCOOL – RESPOSTAS

1. O que pensa que poderia mudar a situação?
2. O que gostaria que acontecesse para mudar a situação?

