



Universidade do Minho
Instituto de Educação e Psicologia

Marlene Alexandra Veloso de Matos

**Violência nas relações de intimidade:
Estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher**



Universidade do Minho

Instituto de Educação e Psicologia

Marlene Alexandra Veloso de Matos

**Violência nas relações de intimidade:
Estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher**

Tese de Doutoramento em Psicologia
Área de Conhecimento em Psicologia da Justiça

Trabalho efectuado sob a orientação do

Professor Doutor Miguel Gonçalves

DECLARAÇÃO

Nome: MARLENE ALEXANDRA VELOSO DE MATOS

Endereço Electrónico: mmatos@iep.uminho.pt **Telefone:** 253 604 267

N.º do Bilhete de Identidade: 10326709

Título da Tese de Doutoramento:

Violência nas relações de intimidade: Estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher

Orientador:

Professor Doutor Miguel Gonçalves

Ano de conclusão: 2006

Ramo de Conhecimento do Doutoramento:

Psicologia, Área do Conhecimento em Psicologia da Justiça

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, / /

Assinatura: _____

RESUMO

A violência sobre a mulher na intimidade tem sido conceptualizada como uma séria violação dos direitos humanos (cf. Nações Unidas, 2003, Sev'er, Dawson & Johnson, 2004), apesar da forte consciência social da disseminação dessas práticas em diversas regiões do mundo. Para esse progressivo reconhecimento público da violência como um problema grave têm contribuído diversos factores. A relevância actual do tema resulta, sobretudo, da construção social e científica desse tipo de vitimação. Na parte teórica deste trabalho, após analisarmos criticamente a questão da simetria de género no que respeita ao uso da violência no casal, definimos o conceito de “abuso contra a mulher nas relações íntimas” e caracterizamos os vários contextos onde é exercida essa violência. Apresentamos o “estado da arte” sobre o fenómeno, tecendo algumas considerações sobre as principais insuficiências (e.g., problemas conceptuais, epistemológicos, metodológicos) e desafios que enfrenta a investigação nacional acerca do tema. Discutimos também uma das questões habitualmente colocadas neste domínio: *o que leva os homens a exercer violência contra as suas parceiras?* Merecem igualmente a nossa atenção as teorias que procuram compreender as trajectórias de mudança protagonizadas pela mulher abusada. Depois disso, analisamos o que se tem feito na psicoterapia junto dessa população. Na sequência dessa discussão, damos particular atenção à metáfora narrativa, designadamente às potencialidades, aos dilemas e aos desafios que esta coloca ao terapeuta e ao investigador que trabalha no domínio da vitimação na intimidade. No plano empírico, desenvolvemos um estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher que experimenta os maus-tratos do parceiro. Interessava-nos compreender, fundamentalmente, *como* se constrói a mudança nesse contexto. Para o efeito, a investigação foi conduzida com dez participantes e organizou-se em duas partes: o estudo dos resultados terapêuticos, essencialmente quantitativo, e o estudo do processo terapêutico, de natureza qualitativa e quantitativa. Este último envolveu especificamente o estudo dos resultados únicos (RUs) no contexto das sessões. O primeiro estudo permitiu-nos, essencialmente, constituir dois grupos contrastantes: sucesso e insucesso terapêutico. Permitiu, ainda, concluir que a maioria dos casos que completaram a intervenção progrediu favoravelmente, já que houve uma cessação do abuso físico e sexual logo numa fase inicial ou intermédia do processo. A evidência desse resultado em ambos os grupos revela que a eficácia a esse nível não é garantia de êxito terapêutico, embora essa seja uma condição fundamental para que este

possa ser alcançado e para que haja uma maior magnitude de mudança. Por sua vez, a interrupção da violência psicológica representa um desafio mais exigente para aqueles que intervêm na terapia, sobretudo quando a coabitação se mantém. A esse nível, concluímos que a violência psicológica, num padrão de frequência rara, não compromete o sucesso. Porém, a sua frequência regular pode ajudar a explicar a diferença entre o sucesso e o insucesso terapêutico. No segundo estudo, analisámos quatro vectores: a) tipo de RUs (cf. Matriz de RUs, Matos & Gonçalves, 2000); b) frequência dos RUs; c) saliência dos RUs; d) autor da sua emergência (cliente ou terapeuta). A este nível, concluímos que o poder dos RUs para construir mudança está relacionado com certas dimensões que estão associadas à sua narração: um movimento progressivo ao nível da frequência, da saliência e da diversidade dos RUs, uma clara elaboração narrativa e, ainda, o tipo de RUs narrados. A este propósito, concluímos que a articulação entre os diferentes RUs possibilita a criação de um ciclo virtuoso de episódios únicos na terapia, o qual permite que a mudança se organize numa direcção mais favorável. Nesse sentido, diferentes ciclos de exploração de novidade (diversos tipos de RUs) são necessários para a construção da mudança. Reunidas essas condições, os RUs amplificam o seu potencial para criar algo novo na experiência do cliente, possibilitando a evolução dos episódios únicos para histórias preferenciais.

ABSTRACT

Violence against women in intimate relationships has been conceptualized as a serious human rights violation (cf. United Nations, 2003, cit. Sev'er, Dawson & Johnson, 2004), despite the huge social conscience of the dissemination of those practices in diverse regions of the world. A variety of factors has contributed for the gradual public recognition of this kind of violence as a serious problem. Its social and scientific construction has made violence against women a relevant subject. In the theoretical part of this work, after analyzing the question of gender symmetry towards the use of violence within the couple, we characterized other contexts of private violence and define the concept of "abuse against the woman in intimate relationships". We presented the "state of the art" concerning the phenomena and elaborated some considerations on the main insufficiencies (e.g., conceptual, epistemological, methodological problems) and the challenges faced by the national research concerning the subject. One of the questions frequently asked and that deserves our attention is: why are men violent towards their partners? We considered that it would be important to understand the changes that women who are abused by their partners go through. We also assessed what is being done in the psychotherapeutic domain with this population. We gave particular attention to the narrative metaphor, namely to the potentialities, the dilemmas and the challenges faced by therapists and the researchers who work in the partner abuse area. In the empirical part of this work, we developed a study about the construction of the therapeutic change in women abused by their partners. We were interested in knowing *how* therapeutic change is constructed within this problematic. Having that in mind, the research was developed with ten participants and it was organized in two parts: the study of the therapeutic results, essentially a quantitative work, and the study of the therapeutic process, with a qualitative and quantitative nature. The last one specifically involved the study of unique outcomes (UOs) within sessions. Essentially, the first study allowed us to constitute two different therapeutic groups: a successful and a failure group. It allowed us to conclude that the majority of the cases that had completed the intervention progressed favourably, since the interruption of physical and sexual abuse occurred in an earlier phase of the therapeutic process. The evidence of that kind of result in successful and failure psychotherapy processes leads to conclude that the effectiveness of therapy at this level is not enough to guarantee success. Nevertheless, this condition can facilitate success and make change possible. In turn, the interruption of the psychological violence is a bigger challenge for those who intervene in the therapy, namely when women are still living with their partner. Another

conclusion is that psychological violence, with a rare frequency, does not compromise therapeutic success. However, its regular frequency can help explain the difference between the success and failure therapeutic processes. Regarding the therapeutic process, we studied four dimensions: a) type of UOs (UOs matrix, Matos & Gonçalves, 2000); b) frequency of the UOs; c) salience of the UOs; d) author of its emergency (client or therapist). At this level, we concluded that the power of the UOs to construct change is related to certain characteristics associated with its narration: a gradual movement towards frequency, salience and diversity of the UOs, a clear narrative elaboration and also the type of UOs that are narrated. We concluded that the articulation between different UOs makes the creation of a virtuous cycle of episodes in the therapy possible, which allows change to be organized in a more positive direction. Different cycles of novelty exploration (diverse types of UOs) are needed for the construction of change. When those conditions are present, the UOs amplify their potential towards the creation of something new in the client's experience. Those processes make the evolution from new episodes to new stories possible.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
-----------------	---

PARTE A

Abordagens teóricas da violência nas relações de intimidade.....	5
---	----------

Capítulo I – CONTEXTOS, DEFINIÇÕES E DESENVOLVIMENTOS.....	7
---	----------

I. Introdução.....	7
--------------------	---

II. Violência na família: do alheamento à construção social e científica.....	8
---	---

2.1. A violência no casal: uma questão simétrica.....	12
---	----

2.2. Outros contextos de violência na intimidade.....	22
---	----

a. A violência em contextos de namoro.....	22
--	----

b. A violência pós-separação marital.....	23
---	----

c. A violência em casais homossexuais.....	25
--	----

III. O abuso contra as mulheres nas relações de intimidade.....	26
---	----

3.1. Definição ou definições?.....	26
------------------------------------	----

3.2. Relevância actual do tema.....	28
-------------------------------------	----

IV. Investigação da violência contra as mulheres nas relações de intimidade.....	31
--	----

4.1. Estudos sobre a prevalência da violência.....	32
--	----

Discussão.....	41
----------------	----

4.2. Estudos sobre o impacto da violência.....	43
--	----

Discussão.....	49
----------------	----

4.3. Estudos sobre as crenças associadas à violência.....	50
---	----

Discussão.....	52
----------------	----

4.4. Reflexão crítica: a investigação nacional sobre os maus tratos na intimidade.....	53
--	----

Capítulo II – CAUSAS E DINÂMICAS DA VIOLÊNCIA.....	58
---	-----------

I. Introdução.....	58
--------------------	----

II. A violência como reflexo de factores intra-individuais e biológicos.....	59
--	----

2.1. Uma origem psicopatológica ou o reflexo da personalidade do agressor?.....	59
---	----

2.2. Um produto das dependências do maltratante?.....	60
---	----

2.3. Uma causa biológica?.....	61
--------------------------------	----

2.4. Existem factores de predisposição na vítima?.....	62
--	----

Discussão.....	64
III. A violência como resultado dos sistemas sociais e familiares.....	71
3.1. Transmissão intergeracional do abuso.....	73
3.2. Tipificação relacional no abuso.....	76
Discussão.....	80
IV. A violência como produto dos discursos sócio-culturais.....	83
4.1. Os discursos construídos em torno da violência na intimidade.....	84
4.2. Os discursos construídos em torno do poder e do género.....	89
Discussão.....	94
V. Modelos multidimensionais para a compreensão da violência na intimidade.....	97
VI. Reflexão final.....	100
Capítulo III – A MUDANÇA NA MULHER E A SAÍDA DA RELAÇÃO ABUSIVA.....	102
I. Modelos e teorias acerca da mudança na mulher abusada pelo parceiro.....	102
Discussão.....	110
II. A saída da relação abusiva.....	118
2.1. Saída da relação: uma decisão comum entre outras possíveis.....	118
2.2. Há factores preditores da saída da relação abusiva?.....	120
Discussão.....	124
2.3. Saída da relação abusiva: uma decisão com consequências.....	128
2.3.1. Ajustamento psicológico da mulher após a saída de uma relação violenta.....	129
Discussão.....	135
2.3.2. Continuidade da violência após a separação.....	137
2.3.3. Implicações práticas para os processos psicoterapêuticos.....	141
2.4. Sair e regressar à relação abusiva:	
entendimentos diferentes para uma trajectória típica.....	142
2.5. Síntese crítica sobre a saída da relação abusiva.....	146
III. Reflexão final acerca dos dados empíricos sobre a cessação da violência.....	148

Capítulo IV – PSICOTERAPIA COM A MULHER ABUSADA:

ESPECIFICIDADES, PROPOSTAS INTERVENTIVAS E ESTUDOS EMPÍRICOS.....	152
I. Especificidades da intervenção psicológica com a mulher abusada.....	152
1.1. Revelação do abuso e características dos pedidos de apoio.....	152
1.2. Avaliação do risco como uma etapa indispensável da psicoterapia.....	156
II. Formatos de intervenção e propostas psicoterapêuticas.....	159
2.1. Intervenção individual.....	160
2.1.1. Psicoterapia feminista.....	160
2.1.2. Psicoterapia cognitivo-comportamental.....	163
2.2. Intervenção no casal.....	164
2.3. Intervenção em grupo.....	170
2.4. Modelos integrados de psicoterapia.....	173
Discussão e síntese crítica.....	178
III. Investigação psicoterapêutica sobre a violência na intimidade.....	183
3.1. Introdução.....	184
3.2. Investigação psicoterapêutica com agressores na intimidade.....	186
3.3. Investigação sobre os resultados psicoterapêuticos com a mulher.....	189
3.4. Reflexões finais sobre a investigação psicoterapêutica nos maus tratos.....	194

Capítulo V – METÁFORA NARRATIVA:

A CRIAÇÃO DE NOVOS CONTORNOS NA PSICOTERAPIA E NA INVESTIGAÇÃO.....	198
I. Introdução.....	198
1.1. Reflexos da pós-modernidade na psicoterapia: a metáfora narrativa.....	199
II. Terapia narrativa: pressupostos teóricos centrais.....	201
2.1. Narrativa-problema: construção e desconstrução.....	203
2.2. Reconstrução narrativa e mudança terapêutica.....	207
2.3. Espaço, relação terapêutica e posições dos intervenientes.....	212
III. Outros pressupostos subjacentes à terapia narrativa.....	215
3.1. Concepção e novas formas de exploração do <i>self</i> /identidade.....	215
IV. Investigação do processo terapêutico a partir da narrativa.....	221
V. Reflexão crítica final.....	227

PARTE B

ESTUDO EMPÍRICO.....	236
-----------------------------	------------

Nota introdutória.....	237
------------------------	-----

Capítulo VI – VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE:

ESTUDO SOBRE A CONSTRUÇÃO DA MUDANÇA PSICOTERAPÊUTICA NA MULHER.....	239
---	------------

I. Metodologia.....	239
---------------------	-----

1.1. Objectivos e questões de partida.....	240
--	-----

1.2. Intencionalização da recolha: a amostragem teórica.....	241
--	-----

a. Indicadores empíricos de mudança terapêutica.....	242
--	-----

b. Constituição de grupos contrastantes.....	243
--	-----

c. Caracterização das participantes e dos processos terapêuticos.....	246
---	-----

Síntese.....	252
--------------	-----

1.3. Procedimentos, recolha e análise dos dados.....	252
--	-----

a. Estudo dos resultados terapêuticos.....	253
--	-----

b. Estudo do processo terapêutico.....	259
--	-----

i. Grelha de codificação e análise do processo.....	259
---	-----

1.4. Tratamento dos dados.....	263
--------------------------------	-----

a. Estudo dos resultados terapêuticos.....	263
--	-----

b. Estudo do processo terapêutico.....	263
--	-----

i. Estratégias de validação: o acordo inter-codificadores.....	264
--	-----

II. Apresentação, análise e discussão de resultados.....	266
--	-----

2.1. Estudo dos resultados terapêuticos.....	266
--	-----

2.1.1. Apresentação de resultados.....	266
--	-----

a. Vitimação recebida.....	266
----------------------------	-----

b. Sintomatologia.....	269
------------------------	-----

c. Crenças face aos maus tratos conjugais.....	272
--	-----

d. Aliança terapêutica: a perspectiva do cliente e dos observadores.....	273
--	-----

2.1.2. Análise e discussão de resultados.....	278
---	-----

a. Caracterização da amostra.....	278
-----------------------------------	-----

i. Natureza da violência.....	278
-------------------------------	-----

ii. Natureza da sintomatologia.....	280
-------------------------------------	-----

iii. Crenças acerca da violência.....	281
---------------------------------------	-----

b. Mudança terapêutica.....	281
i. Interrupção precoce da violência física e sexual.....	281
ii. Interrupção da violência e insucesso terapêutico.....	283
iii. Persistência da violência psicológica.....	285
2.2. Estudo do processo terapêutico.....	287
2.2.1. Apresentação de resultados.....	287
a. Desenvolvimento dos processos com sucesso terapêutico.....	288
i. Frequência e tipos de RUs.....	288
ii. Saliência e tipos de RUs.....	293
iii. Suscitação de RUs.....	296
Síntese.....	297
b. Desenvolvimento dos processos com insucesso terapêutico.....	299
i. Frequência e tipos de RUs.....	299
ii. Saliência e tipos de RUs.....	303
iii. Suscitação de RUs.....	307
Síntese.....	307
c. Contrastação dos grupos terapêuticos.....	308
2.2.2. Análise e discussão de resultados.....	314
Semelhanças entre os grupos.....	314
Diferenças entre os grupos.....	317
Síntese.....	333
III. Limitações do estudo.....	336
Capítulo VII – CONCLUSÃO.....	340
BIBLIOGRAFIA.....	345

ÍNDICE DE QUADROS E GRÁFICOS

Esquema 1. Modelo multiníveis.....	100
Quadro 1. Resultados dos indicadores empíricos de mudança: sucessos.....	244
Quadro 2. Resultados dos indicadores empíricos de mudança: insucessos.....	245
Quadro 3. Dados demográficos das participantes.....	246
Quadro 4 a 9. Comparação dos processos terapêuticos (características).....	247 a 250
Quadro 10. Dados relativos aos parceiros maltratantes.....	251
Quadro 11. Estudos dos resultados terapêuticos: dimensões e etapas de avaliação.....	254
Quadro 12. Definição da natureza heterogénea dos RUs.....	260
Quadro 13. Evolução da vitimação recebida (sucessos)	267
Quadro 14. Evolução da vitimação recebida (insucessos; <i>drop-outs</i>)	267
Quadro 15. Evolução da vitimação recebida (insucessos; finalizados)	267
Gráfico 1. Evolução do B. S. I. (grupo com sucesso terapêutico)	270
Gráfico 2. Evolução do B. S. I. (grupo com insucesso terapêutico)	270
Gráfico 3. Evolução da ECVC (grupo com sucesso terapêutico)	272
Gráfico 4. Evolução da ECVC (grupo com insucesso terapêutico)	272
Gráfico 5 a 14. Evolução dos casos (perspectivas da WAI)	273 a 276
Quadro 16. Comparação dos grupos: perspectiva dos observadores e do cliente S4.....	277
Gráfico 15 a 19. Grupo com sucesso: frequência RUs (caso 1 a 5)	288 a 292
Gráfico 20 a 24. Grupo com sucesso: saliência RUs (caso 1 a 5)	293 a 295
Gráfico 25. Grupo com sucesso: suscitação de RUs.....	296
Gráfico 26 a 30. Grupo com insucesso: frequência RUs (caso 6 a 10)	299 a 302
Gráfico 31 a 35. Grupo com insucesso: saliência RUs (caso 6 a 10)	302 a 306
Gráfico 36. Grupo com insucesso: suscitação de RUs.....	307
Gráfico 37. Grupo com sucesso: frequência média dos tipos de RUs por caso.....	309
Gráfico 38. Grupo com insucesso: frequência média dos tipos de RUs por caso.....	309
Gráfico 39. Grupo com sucesso: Saliência média dos tipos de RUs por caso.....	311
Gráfico 40. Grupo com insucesso: Saliência média dos tipos de RUs por caso.....	311
Quadro 17. Comparação dos grupos: frequência média dos tipos de RUs.....	312
Quadro 18. Comparação dos grupos: saliência média dos tipos de RUs.....	313
Quadro 19. Comparação dos grupos: frequência e saliência (fase inicial)	313
Esquema 2. RUs de acção e reflexivos e estabilidade narrativa.....	328

INTRODUÇÃO

A violência na intimidade é um tema que tem suscitado o interesse de muitos públicos. Aliás, desde a sua “construção social”, no plano internacional, nos anos setenta e, no plano nacional, sobretudo na década de noventa, o fenómeno tem vindo a assumir progressivamente um lugar de destaque no discurso científico, político, judiciário, nos meios literários e nos *mass media*.

Resultado de uma consciência gradual da sua ampla disseminação e dos elevados custos que habitualmente estão associados a esta problemática (e.g., familiares, sociais, económicos), em muitos países desenvolvem-se actualmente vários debates e investigações sobre o assunto.

No contexto desses avanços, o conhecimento acerca dos maus tratos na intimidade tem-se acumulado e as práticas relacionadas com o fenómeno também se amplificam. Por exemplo, no plano conceptual e teórico, os olhares sobre este objecto têm vindo a diversificar-se de forma expressiva. As leituras disponíveis sobre o fenómeno são, nos dias de hoje, bastante plurais. Já no plano prático, consideramos que o investimento tem sido sobretudo a dois níveis: por um lado, no desenvolvimento de formas cada vez mais eficazes e válidas de avaliação dos maus tratos conjugais (e.g., avaliação psicológica forense do risco e do dano); por outro, no “ensaio” de diferentes modalidades de intervenção (e.g., social, judicial, psicoterapêutica), junto dos vários agentes envolvidos. No plano empírico, embora a diversidade comece a surgir, os estudos têm-se dirigido principalmente para a caracterização do fenómeno, sobretudo a nível da sua prevalência e do impacto causado às vítimas.

Todavia, muitas outras abordagens e aproximações empíricas ao objecto são possíveis, quer porque o desconhecimento da comunidade científica acerca do tema continua a ser amplo, quer porque as questões que se colocam neste domínio continuam a ser muitas e de natureza distinta.

Uma das áreas pouco exploradas na literatura sobre o tema diz respeito à psicoterapia com mulheres abusadas pelo parceiro. Nesse domínio específico, é muito evidente a ignorância por parte da comunidade científica acerca da forma como essas mulheres constroem mudanças qualitativas nas suas vidas, nomeadamente no contexto psicoterapêutico. Desconhecemos, aliás, quaisquer estudos empíricos sobre o assunto conduzidos no plano internacional.

Essa condição foi essencial para a eleição do objecto de estudo deste trabalho: a construção da mudança terapêutica pelas mulheres abusadas na esfera da intimidade.

Além disso, o nosso interesse empírico por esse tema assentava em dois propósitos fundamentais. Um deles era de natureza conceptual, já que através da pesquisa ambicionávamos compreender melhor o que acontece nestes percursos terapêuticos, clarificando os processos envolvidos: como é que as transformações acontecem na psicoterapia com mulheres abusadas? Qual a natureza das mudanças promovidas? Outro compromisso era de natureza prática e social, já que uma das nossas preocupações era informar a prática. Dito de outro modo, através do estudo realizado pretendíamos desenvolver a experiência psicoterapêutica, ter efeitos relevantes a esse nível, criando por exemplo propostas mais úteis para as clientes que nos procuram com experiências de vitimação.

Por outro lado, a investigação desenvolvida no âmbito desta dissertação teve como cenário terapêutico uma abordagem narrativa, designadamente a proposta de re-autoria. Ora, muitas das questões que colocamos nesse domínio acabaram por guiar também o estudo empírico realizado: que tipo de processos narrativos facilitam a mudança? Qual o papel dos resultados únicos (White & Epston, 1990) para a transformação em psicoterapia? Como se processa o desenvolvimento desses acontecimentos de novidade ao longo da psicoterapia? Como se caracterizam os processos de co-construção terapêutica no contexto da vitimação? Qual a relação entre processos narrativos e resultados terapêuticos?

Esse conjunto de questões acabou por orientar todo o trabalho produzido, quer teórico, quer empírico. Embora a mudança terapêutica tenha sido simultaneamente estudada através de um olhar mais quantitativo (*o que muda ao longo da terapia?*), a componente central da sua análise radicou precisamente nos resultados únicos narrados (*como se desenvolvem? como geram a mudança?*).

Em resumo, este estudo surgiu da necessidade de reflectir sobre a experiência psicoterapêutica das mulheres abusadas pelo parceiro, no sentido de compreendermos melhor as suas complexidades. Com esse intuito, interessava-nos conhecer o processo de construção da mudança terapêutica analisando, de forma específica e empiricamente sustentada, o poder e o impacto dos resultados únicos na criação de narrativas de vida alternativas. Em nosso entender, esse conhecimento seria mais viável se captássemos

percursos terapêuticos eventualmente divergentes: casos com sucesso e casos com insucesso terapêutico.

Atendendo a esses objectivos, esta dissertação está organizada em duas partes.

A parte A diz respeito às abordagens teóricas da violência nas relações de intimidade e integra cinco capítulos. Através de uma sinopse preliminar abarcamos as questões essenciais que estiveram na base de cada capítulo, bem como os principais conteúdos abordados.

No primeiro capítulo, depois de caracterizarmos o contexto que viabilizou a conceptualização social e científica da violência no casal, definimos o que habitualmente se entende por abuso contra a mulher nas relações íntimas. Seguidamente, ao apresentarmos o “estado da arte” sobre o fenómeno, reflectimos não só sobre os principais desenvolvimentos, mas também sobre as insuficiências e os desafios que a investigação neste domínio ainda enfrenta.

No segundo capítulo, tendo como ponto de partida diferentes olhares etiológicos, procuramos responder à questão “*o que leva os homens a exercer violência contra as suas parceiras?*”. Ao longo das diferentes abordagens explicativas, discutimos as respectivas implicações a diferentes níveis. No final, sublinhamos as vantagens de um mapa multidimensional para a leitura da violência íntima.

A ideia de aprofundar o conhecimento acerca da forma como as mulheres mudam face a uma realidade abusiva esteve na origem do terceiro capítulo. Nesse contexto, apresentamos e analisamos as teorias disponíveis acerca da mudança protagonizada pela mulher. Entre outros aspectos, duas dimensões de mudança merecem particular atenção: a saída da relação abusiva e as trajectórias típicas que envolvem escapar e regressar à relação.

Dedicamos o quarto capítulo aos formatos e às propostas psicoterapêuticas habitualmente disponibilizadas à mulher que experimenta os maus tratos do parceiro: a intervenção individual, no casal e em grupo. Nesse âmbito, discutimos ainda algumas das especificidades do trabalho terapêutico neste domínio e realçamos a importância das abordagens integradas ao nível da psicoterapia. No mesmo capítulo reflectimos sobre o “estado da arte” relativamente à investigação psicoterapêutica no domínio dos maus tratos, acabando por consolidar a reflexão produzida anteriormente acerca da inexistência de estudos sobre o processo terapêutico com esta população. Atendendo a essa circunstância, apenas nos é possível destacar o potencial das intervenções

comummente preconizadas junto da mulher maltratada, a partir de estudos sobre resultados.

A metáfora narrativa é o ponto de partida para o quinto capítulo. Refira-se que a proposta narrativa de re-autoria esteve na base dos processos terapêuticos estudados no contexto desta dissertação. Depois de caracterizarmos os seus pressupostos teóricos centrais, reflectimos sobre o modo como a proposta narrativa tem vindo a estimular novos trilhos na investigação em psicoterapia. Por último, analisamos as potencialidades desta terapia na área dos maus tratos íntimos, apontando ainda alguns dos dilemas e dos desafios que essa metáfora simultaneamente coloca.

A parte B refere-se ao estudo empírico realizado. Atendendo à história breve da investigação, quer sobre a violência na intimidade, quer sobre os processos de mudança em psicoterapia, múltiplas direcções de pesquisa estavam em aberto e diversas opções metodológicas poderiam ser relevantes. Tendo em conta a natureza complexa do nosso objecto de estudo e o contexto de descoberta em que o trabalho se inscreve, concebemos uma nova metodologia para estudar os resultados únicos. Procurámos construir uma “ferramenta” que permitisse entender melhor o desenvolvimento desses acontecimentos ao longo do processo terapêutico e potenciasse o conhecimento acerca do seu papel na construção da mudança.

Por fim, a partir da discussão teórica produzida na primeira parte e dos resultados obtidos no estudo empírico, daremos relevo às aprendizagens que esta investigação acabou por viabilizar e, ainda, às implicações que acarreta para a intervenção com a mulher que experimenta os maus tratos do parceiro. Uma das reflexões finais mais salientes desta dissertação relaciona-se com os desafios que o estudo realizado coloca em termos de investigação futura no domínio da violência na intimidade e da mudança psicoterapêutica.

PARTE A

**ABORDAGENS TEÓRICAS DA VIOLÊNCIA
NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE**

«...É de noite e falta-me um quase para estar sozinha no quarto. Ou, no rigor: o quarto está sozinho comigo. Nesta mesma cama sonhei tantas vezes que o meu amor vinha pela rua, eu escutava os seus passos, cheia de ânsia. E antes que ele chegasse, corria a fechar a porta. Fosse esse gesto, o de trancar a fechadura, o meu único valimento. Eu fechava a porta para que, depois, o simples abrir dos trincos tivesse o brilho de um milagre. Para que ele, mais uma vez, se casasse comigo. E o mundo se abrisse, casa, mesa e sonho.

Durante anos, porém, os passos de meu marido ecoaram como a mais sombria ameaça. Eu queria fechar a porta mas era por pânico. Meu homem chegava do bar mais sequioso do que quando fora. Cumpria o fel de seu querer: me vergastava com socos e chutos. No final, quem chorava era ele para que eu sentisse pena das suas mágoas. Eu era culpada das suas culpas. Com o tempo, já não me custavam as dores... Venâncio estava na violência como quem não sai do seu idioma, eu estava no pranto como quem segura a sua própria raiz. Chorando sem direito a soluços; rindo sem acesso a gargalhada... Como eu me habituei a restos de vida».

Os olhos dos mortos, In Mia Couto, *O fio das missangas*

Capítulo I

CONTEXTOS, DEFINIÇÕES E DESENVOLVIMENTOS

Síntese: Neste capítulo começamos por explicitar um conjunto de factores que contribuíram, de forma definitiva, para a construção social e científica da violência familiar e, em particular, da violência no casal. Nesse contexto, analisamos criticamente a polémica questão da simetria de género no que respeita ao uso da violência no casal. De seguida, e após caracterizarmos outros contextos de violência nas relações de intimidade (e.g., violência no namoro, violência após a separação marital, violência em casais homossexuais), definimos o conceito de “abuso contra a mulher nas relações íntimas” e reflectimos sobre a actual relevância do tema. Por fim, apresentamos um conjunto de estudos – nacionais e internacionais – desenvolvidos sobre os maus tratos na intimidade (e.g., prevalência, impacto, crenças culturais) e tecemos algumas considerações sobre as insuficiências (e.g., problemas conceptuais, epistemológicos e metodológicos) e os desafios actuais ao nível da investigação nacional.

I. Introdução

O estudo da vitimação criminal circunscreve-se numa história breve. As obras de Mendelsohn (e.g., “*Des nouveaux horizons bio-psycho-sociaux: la victimologie*”), no final dos anos quarenta, e de Hans Von Hentig (e.g., “*The criminal and his victim*”), nos anos cinquenta, assumiram um papel precursor no interesse pela vítima. Contudo, essa fase inicial da história da Vitimologia, denominada por Clark e Lewis (1977, cit. Mawby & Walklate, 1994) como a arte de censurar a vítima, foi sendo alvo de sucessivas críticas. Entre estas destacam-se: o seu foco na explicação teórica para o crime, a insuficiente operacionalização do conceito de vítima, a ênfase em determinar as características e os perfis da vítima, as suas interações com os ofensores, o seu papel na génese e na materialização do crime (Mawby & Walklate, 1994).

A partir dos anos setenta, o pensamento sobre a vitimação criminal é renovado. Um novo movimento, denominado a «redescoberta da vítima», promovido pela actividade feminista, desperta o interesse dos académicos pelo estudo dos crimes sexuais e dos maus tratos às mulheres. A partir desta altura, operou-se uma das maiores transformações: a descentração das causas da vitimação (Vitimologia Teórica) para a focalização na resposta à vítima (Vitimologia Aplicada), numa tentativa de atenuar as suas dificuldades e fazer prevalecer os seus direitos (Mawby & Walklate, 1994, p. 69).

Actualmente, a disciplina de Vitimologia continua promissora e enfrenta agora outros desafios. Entre estes incluem-se o estudo de fenómenos de vitimação mais recentemente conceptualizados (e.g., vitimação em contextos de namoro, *bullying*), a investigação de crimes ainda pouco estudados (e.g., lenocínio), mas também o desenvolvimento de novas formas de compreender, responder e prevenir uma das mais convencionais formas de vitimação: a violência familiar.

II. Violência na família: do alheamento à construção social e científica

Durante muito tempo, o tema da violência na família¹ permaneceu censurado no quotidiano de muitas famílias, encoberto pela sociedade, ignorado pelos *mass media* e ausente dos discursos políticos. Vários factores contribuíram para essa ocultação do problema: a não percepção da natureza grave e criminal de determinados actos ocorridos na esfera privada, o contexto específico das ocorrências, as relações de proximidade e de poder entre vítimas e ofensores, a tolerância tácita para com tais actos (e.g., por parte de familiares, vizinhos), os mecanismos tradicionais de regulação social (e.g., o poder patriarcal, a hierarquização familiar, a elevada diferenciação de papéis de género) e, ainda, o peso de alguns valores religiosos (e.g., sobre o casamento, a família) e culturais (e.g., estereótipos). Estas dinâmicas acabaram por se reflectir a outros níveis, designadamente na dificuldade de denúncia dos casos identificados, no conhecimento limitado do fenómeno (e.g., extensão, características) e na escassez de respostas específicas para aqueles que necessitavam de ajuda (e.g., agressores, vítimas directas, vítimas vicariantes²). Aliás, durante muito tempo, a necessidade do Estado intervir nas interacções familiares era sinónimo de fracasso na capacidade de auto-regulação prevista no seio familiar (Saraga, 1996).

¹ Optamos pelo termo *violência na família* (em detrimento do termo de *violência doméstica* comumente utilizado como sinónimo) pois julgamos que este permite, por um lado, uma melhor explicitação do contexto de ocorrência da violência e, por outro, retirar-lhe o sentido (implícito no conceito *violência doméstica*) de problema a gerir pelos próprios ou internamente. Todavia, ambos os termos são omissos no que se refere à nomeação dos protagonistas (vítimas e ofensores) e tipos de abuso.

² A vitimação vicariante define-se como uma resposta dos indivíduos que testemunharam, tiveram contacto com ou tiveram a responsabilidade de intervir num acontecimento traumático (Lerias & Byrne, 2003). Muitas vezes, o facto dos indivíduos que testemunham os abusos não estarem directamente envolvidos nestes conduz a que grande parte das suas dificuldades (e.g., re-experienciação do acontecimento, evitamento persistente, ansiedade) permaneça não revelada (Brady *et al.*, 1999, Motta *et al.*, 1997, cit. Lerias & Byrne, 2003) e, por isso, não são alvo de intervenção, a nível mais precoce. Por sua vez, os efeitos que decorrem de uma experiência de vitimação indirecta podem ser mediados por um conjunto de factores (e.g., história prévia e posterior à experiência vicariante).

Nessa época, e até à segunda metade do séc. XX, no discurso de senso comum e no discurso político, a família era sobretudo encarada ora como causa (e.g., os divórcios, a falta de autoridade dos pais), ora como cura (e.g., pelo seu poder de restabelecer os valores sociais) de certos tipos de crime (e.g., delinquência juvenil) e não como um espaço de criminalidade (Saraga, 1996).

Depois da IIª Guerra Mundial, e sobretudo a partir dos anos sessenta, o conceito e o estatuto de família, até então associado predominantemente a significados securizantes e harmoniosos, é revisto quando se percebe que este contexto não é imune à violência e que em muitas «esta não é um acontecimento excepcional» (Kury, Obergfell-Fuchs & Woessner, 2004, p. 762).

A sociedade foi gradualmente despertando para esta realidade, revelando uma maior consciencialização e uma nova sensibilidade social face ao fenómeno, traduzida muitas vezes na indignação face a casos publicitados, sobretudo relacionados com crianças.

Registou-se também um interesse crescente por parte da comunidade científica sobre a violência oculta, ocorrida no seio familiar. Sobretudo em países como os E.U.A. e o Reino Unido, começaram nessa altura a surgir as primeiras evidências empíricas que anunciavam a família como um «lugar de paradoxos» (Lourenço & Carvalho, 2001, p. 103), um lugar que pode representar perigo para os seus membros, através da violação dos seus direitos básicos (e.g., dignidade, liberdade), um espaço de crime. Os primeiros estudos realizados contribuíram ainda para que se começasse a perceber que as dinâmicas familiares violentas poderiam acarretar custos elevados para os seus membros (cf. trabalhos citados por Kury *et al.*, 2004). A ciência (como resposta) foi prestando atenção aos alvos possíveis de violência familiar, cada um deles merecendo maior atenção em décadas distintas, resultado de uma consciencialização evolutiva: nos anos sessenta, os maus tratos e a negligência das crianças; nos anos setenta, a violência contra as mulheres; nos anos oitenta, o abuso sexual de crianças e, nos anos noventa, os maus tratos aos idosos. No meio científico e académico regista-se, informalmente, a década 2000-2010 como a fase dedicada ao estudo dos homens maltratados. Desde o início, os movimentos e as organizações feministas tiveram um papel decisivo na estimulação da teoria e da pesquisa sobre o tema, nomeadamente no que se refere à vítima mulher.

Essa construção social e científica do problema levou a que este adquirisse uma visibilidade progressiva (e.g., *mass media*, poder político). Esse maior relevo da

violência no seio da família conduziu à procura de explicações para o fenómeno. Inicialmente, predominou a ênfase num conjunto de *stressores* familiares externos (e.g., baixo nível socio-económico, desemprego, pobreza) que tornavam a violência algo “inevitável”. Outros construíam a violência como um problema de saúde mental, resultado da patologia dos protagonistas (e.g., vítima e ofensor mentalmente perturbados; é vítima porque “se porta mal”; o agressor é violento devido ao álcool). A violência familiar era conceptualizada então como um problema individual, do foro privado, comum apenas a uma pequena minoria de famílias “disfuncionais” ou “desviantes”. O ideal (cultural, social, religioso) de preservar a família (a qualquer custo) inviabilizava, por exemplo, que muitas mulheres maltratadas exercessem os seus direitos. Esse tipo de explicações teve, aliás, várias repercussões: contribuiu para ignorar a real dimensão do problema, negar a sua gravidade e o seu carácter criminal, bem como para ocultar o enraizamento cultural dos maus tratos (Saraga, 1996). Para além de impedir o aparecimento de respostas eficazes para o problema (e.g., pela concentração nas respostas de saúde mental e de carácter socio-económico dirigidas a uma categoria homogénea de pessoas que padece das mesmas necessidades), este tipo de argumentos ajudava a preservar uma determinada ideologia e a privacidade das famílias ditas “normais” (Saraga, 1996).

Actualmente, o entendimento das causas da violência familiar não é consensual. Dadas as insuficiências das leituras referenciadas para compreender todos os casos, outras explicações foram sendo avançadas, nomeadamente sobre a violência contra a mulher exercida no contexto familiar: a violência como produto de desigualdades de poder entre os membros da família e a violência como produto das construções sócio-culturais das relações de género (Saraga, 1996) (as diversas explicações alternativas para esse fenómeno serão discutidas amplamente no capítulo II).

A par de todas estas transformações, o papel da mulher na família foi sendo reequacionado. As concepções deterministas da família e do feminino (e.g., estatuto biológico do papel da mulher como mãe e esposa) foram sendo contestadas e novas imagens emergiram. Hoje a mulher complementa a(s) sua(s) identidade(s) de mulher ligada aos papéis e funções familiares com aquilo que desenvolve no domínio profissional. Neste «processo co-evolutivo» de mudanças ocorridas na família e na mulher foi decisiva a abordagem feminista e a sua ênfase na análise da construção social dos papéis de género (Relvas, 2002, p. 317).

Estes desenvolvimentos tiveram outras implicações significativas, designadamente no reconhecimento da socialização e da cultura como mecanismos de colonização da estrutura e das práticas familiares, na responsabilização da sociedade perante o problema (e não apenas dos agressores e das vítimas) e na ampliação das respostas para os casos sinalizados (e.g., grupos de auto-ajuda, redes formais de apoio, programas preventivos).

Reconhecido actualmente pela comunidade científica como um fenómeno universal, a violência na família não conhece fronteiras culturais, sociais, económicas, étnicas, religiosas, de idade ou de género (Lourenço & Carvalho, 2001). Apesar de alguns esforços para retratar de forma sistemática a sua prevalência não terem sido bem sucedidos (por exemplo, em termos europeus), alguns investigadores explicam certas variações geográficas da violência familiar a partir de factores como: as condições de vida de cada país (e.g., nível de precariedade económica), a preservação de atitudes tradicionais sobre as mulheres e as crianças, uma tolerância geral face ao comportamento violento em determinadas sociedades (Kury *et al.*, 2004).

Entre nós, do conjunto de respostas para o problema desencadeados a partir dos anos oitenta, destaca-se, a nível legislativo, a definição legal e a criminalização no Código Penal das práticas familiares violentas (cf. Código Penal, 1982). Esta mudança no tratamento legal da conduta de maus tratos³, bem como do abuso sexual, assumiram um papel fundamental na sinalização e na visibilidade da violência na família, assim como na definição das práticas (e.g., medidas processuais penais de protecção da vítima) face às diferentes situações.

A nível político, os Planos Nacionais contra a Violência Doméstica (I em 2000; II em 2003) são outros indicadores de mudança. Esta forma de violência abarca tradicionalmente «três grandes grupos de risco» (Lourenço & Carvalho, 2001, p. 97): as crianças, as mulheres e os idosos. Nos últimos tempos o olhar dos investigadores tem-se, apesar de tudo, ampliado a outros fenómenos de violência familiar (cf. Gelles, 1997) (e.g., a violência entre irmãos, a violência dos filhos face aos pais).

Para além de poderem suceder em diferentes etapas de vida (e.g., infância, adolescência, vida adulta, velhice), estas formas de vitimação podem ser

³ A este propósito, refira-se que o crime de maus tratos ao cônjuge está descrito no n.º 2 do art. 152º do Código Penal, actualmente designado “maus tratos e infracção de regras de segurança”. Contudo, e após ter passado por três alterações legislativas, continuam a misturar-se vítimas menores, pessoas particularmente indefesas por várias circunstâncias ou subordinados, o que compromete a visibilidade dessa conduta específica (Silveira, 2001).

multidimensionais (e.g., actos de violência física, psicológica, sexual) e envolver diferentes tipos de crime: negligência, maus tratos infantis, abuso sexual, infanticídio, violação, maus tratos ao cônjuge, ofensas à integridade de física, etc..

O estudo da violência familiar, a nível nacional e internacional, tem contemplado quatro áreas fundamentais (Gelles, 1987, cit. Lourenço & Carvalho, 2001), as quais têm permitido ampliar o conhecimento acerca do tema: a) caracterização da dimensão e prevalência, dos grupos e dos contextos de maior ocorrência; b) identificação das dinâmicas familiares violentas; c) etiologia da violência; d) consequências da vitimação.

No nosso país, os estudos sobre a violência familiar têm procurado sobretudo caracterizar a sua dimensão e prevalência, os grupos mais atingidos (e.g., Lourenço & Lisboa, 1992; Machado, no prelo), assim como documentar o enraizamento cultural das práticas familiares violentas (e.g., Machado, Gonçalves & Matos, 2005).

Porém, não nos podemos esquecer que a história da investigação sobre a violência na família tem apenas quarenta anos. Especificamente em Portugal, essa realidade não tem sido suficientemente estudada. Talvez nos encontremos simplesmente no ponto de partida de uma longa caminhada. Hoje, o tema continua a suscitar muitas questões aos práticos e à comunidade científica: como adequar as respostas de apoio às diferentes e complexas situações? Quais as formas mais eficazes de interromper os ciclos intergeracionais de violência e de abuso? Como alterar as normas sócio-culturais que alimentam estes fenómenos? Como articular melhor a teoria, a investigação e a prática? Como aperfeiçoar o combate da prevenção?

Procuraremos de seguida responder a uma dessas questões: como se caracterizam e se distinguem os diferentes fenómenos de violência no casal?

2.1. A violência no casal: uma questão simétrica?

A investigação actual sobre o tema da violência na intimidade sugere que existem padrões distintos de violência no casal. Um dos trabalhos mais referenciados foi desenvolvido pelo sociólogo Michael Johnson (2000, cit. Ruback & Thompson, 2001). Este investigador sugere que existem, fundamentalmente, quatro formas qualitativamente distintas de violência entre parceiros heterossexuais:

a) *a violência comum ao casal*: diz respeito a uma dinâmica de violência recíproca que representa uma resposta interpessoal face a um conflito específico; pode assumir

um carácter intermitente, episódico/ocasional ou até mesmo isolado, na rotina quotidiana de muitos casais; neste caso, o exercício de controlo protagonizado pelo agressor limita-se a uma situação particular. Pode iniciar-se, de forma análoga, quer pelo masculino quer pelo feminino e pode não ter um impacto significativo para a vítima que, inclusive, pode não se perceber como tal (Mahoney, William & West, 2001); quando comparada com a condição que se descreve a seguir, estes casos registam uma prevalência inferior e uma menor probabilidade da violência escalar no tempo e de causar dano severo à vítima (Johnson, 1995, Johnson & Ferraro, 2000, cit. Greene & Bogo, 2002); é tipicamente mais referenciada nos estudos com populações normativas e envolve formas menores de violência (Johnson, 1995, cit. Malley-Morrison & Hines, 2004).

b) *a violência assente no poder masculino sobre o feminino* (“*terroristic violence*”): esta dinâmica é mais séria do que a anterior, pois envolve uma violência progressiva, sistemática e mais grave, inclui dinâmicas múltiplas (e.g., violência física, subordinação, ameaças, isolamento e outras técnicas de controlo) e uma menor probabilidade de auto-defesa por parte da vítima; pode ainda acarretar consequências mais severas (e.g., P.T.S.D.) e envolver um número significativo de tentativas de separação do cônjuge abusivo (Johnson & Leone, 2000, cit. Brehm, Miller, Perlman & Campbell, 2002); esta forma de violência assenta em tradições patriarcais, tais como o direito do masculino de controlar a “sua” parceira; é uma forma de violência habitualmente identificada entre as populações das casas-abrigo e nos estudos de âmbito criminal; é também sobre este padrão relacional que assenta este trabalho de investigação.

c) *a resistência violenta*: consiste tipicamente na agressão cometida pelas mulheres sobre os seus parceiros que se mostram continuamente agressores e controladores na intimidade; este tipo de violência é, particularmente, cometido num registo de auto-defesa mas pode escalar até actos mais graves (e.g., homicídio); pode ter lugar no contexto da tipologia anteriormente descrita (Malley-Morrison & Hines, 2004).

d) *o controlo violento mútuo*: dinâmica típica de relações em que ambos, masculino e feminino, são violentos (e.g., verbal e/ou fisicamente) e lutam para ter o controlo da relação. É um dos tipos de violência menos identificados nas investigações (Johnson, 2000, cit. Swan & Snow, 2003). Nestes casos de «violência recíproca cruzada», um dos requisitos é observar-se um paralelismo das agressões e paridade de força (e.g., física e/ou psicológica) entre o homem e a mulher (Alarcão, 2000, p. 303).

Esta tipologia proposta por Johnson clarifica que as relações abusivas conhecem dinâmicas de abuso e de controlo distintas (e.g., pode acontecer que o parceiro agressivo não seja o que “domina”) e, principalmente, salienta a importância da história e do contexto do comportamento violento exercido na relação.

Talvez reflexo desta diversidade de padrões, persistiu desde sempre (pelo menos nos últimos trinta anos) alguma controvérsia sobre a violência praticada pelos homens e aquela que seria exercida pelas mulheres nas relações amorosas (Saunders, 2002). Nesse domínio assumiram relevância determinadas questões, tais como: estaremos face a um fenómeno bi-direccional? Não o sendo, o que diferencia a violência exercida pelos homens e pelas mulheres na intimidade? Esta polémica levou-nos a esclarecer algumas dúvidas.

Ao realizarmos uma revisão da literatura sobre a simetria de género na violência íntima, reconhecemos fundamentalmente dois movimentos.

De um lado da polémica, encontramos vários estudos internacionais, desenvolvidos sobretudo nos E.U.A. e em Inglaterra, que sustentam, em termos de género, a existência de níveis simétricos de violência exercida nas relações maritais ou de namoro (e.g., Gelles, 1997; Hines & Malley-Morrison, 2001; Straus & Gelles, 1990, cit. Mahoney *et al.*, 2001). Para alguns autores a violência feminina é um assunto legítimo e pertinente, dado o número de estudos representativos e quantitativos que o documentam (Nazroo, 1995). Só no trabalho de Kimmel (2002) são referenciados mais de cem estudos que sugerem essa equivalência de género nos desempenhos violentos. Outros exemplos podem ser apontados: a propósito de estudos conduzidos com casais que procuraram terapia familiar por motivos relacionados com a violência doméstica, Cantor e colaboradores (1994, cit. Hamberger & Guse, 2002) documentam que o padrão de violência mais retratado era bi-direccional. Archer (2000, cit. Hamberger & Guse, 2002), por sua vez, numa revisão de oitenta e dois estudos sobre as mulheres que maltratam na intimidade, concluiu que estas relatavam mais o uso da agressão física do que os homens.

Para além de evidenciarem que os actos violentos não são exclusivamente perpetrados pelos homens, estes estudos têm o mérito de chamar a atenção para um dos fenómenos de violência mais ignorados: o da violência exercida pela mulher na intimidade.

Porém, uma grande parte dos estudos que tem produzido evidências científicas de simetria na violência íntima, quer em relações maritais quer não maritais, tem sido alvo de críticas. Muitos autores reconhecem evidências objectivas de que as mulheres têm potencial para a agressão. O problema reside, todavia, no facto da maioria dos estudos que sustentam essa simetria registar alguns problemas e falhas, nomeadamente de carácter conceptual e metodológico. Deste modo, diferentes instrumentos colocam diferentes tipos de questões sobre a violência (e.g., foco no conflito familiar como é o caso do C.T.S.⁴ vs. crime envolvendo violência), em muitos estudos não existe informação contextual sobre a instalação da violência, não sendo identificado o “agressor primário” em casos de violência mútua, constata-se a ausência de dados sobre a sua cronicidade e incidência, há falta de informação sobre os motivos que presidem à violência e sobre o significado desta para os inquiridos (e.g., presença de violência defensiva, reacção a um abuso continuado), são excluídos itens sobre a violência sexual e sobre o *stalking*⁵. Muitos estudos baseiam-se em amostras diferentes (por exemplo, em amostras normativas é mais provável estar-se a medir violência menos grave), não contêm informação sobre o tipo de dano causado à vítima e não contemplam casais já separados (Saunders, 2002).

Assim, os resultados que traduzem a simetria da violência nas relações amorosas podem ser reflexo de algum tipo de opções e/ou limitações presentes nos estudos. De acordo com Berns (2001), o próprio Murray Straus, frequentemente citado por aqueles que sustentam a simetria de género da violência íntima pelo facto de nos anos setenta ter sido o precursor dessa evidência, reconhece e chama a atenção para as possíveis más interpretações das suas investigações sociológicas que demonstram a simetria quando retiradas do seu contexto de investigação (e.g., centralização na prevalência de actos de

⁴ O CTS1 e CTS2 (*Revised Conflict Tactics Scales*, Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman, 1996) são inventários que medem a frequência dos comportamentos dos inquiridos e dos seus parceiros; contêm questões acerca dos comportamentos violentos perpetrados e questões semelhantes sobre comportamentos experienciados. Estes instrumentos têm um uso difuso em grande parte dos estudos internacionais (pelo menos em 55 dos 79 estudos que registavam a simetria de género numa revisão realizada por Fiebert, 1997, cit. Kimmel, 2002).

⁵ *Stalking* (sem tradução portuguesa) é uma forma tipificada de abuso, motivado pelo controlo social da vítima, cometido física ou psicologicamente de forma a aterrorizá-la e a constringer o seu comportamento (e.g., a sua forma de vestir, de se relacionar) (Ells & Stuckless, 1996, cit. Kimmel, 2002). Apesar de ser possível encontrar vários entendimentos (legais e clínicos), a maioria das definições de *stalking* requer a evidência de comportamentos repetidos e que produzem um medo elevado na vítima (Mahoney *et al.*, 2001). Envolve actos como telefonemas constantes para a vítima, envio de cartas e presentes, a vigilância constante dos seus movimentos, o vandalismo das suas propriedades e, ainda, tentativas de aproximação física e de comunicação não consentidas (Berry, 2000). Existem diferentes categorizações de *stalkers* e de vítimas de *stalking* mas é, predominantemente, o subtipo de ex-parceiros que o exercem, depois da vítima ter abandonado a relação (Sheridan, Blaauw & Davies, 2003). Não sendo capaz de gerir essa rejeição, o ex-parceiro procura “vingar-se”. O *stalking* causa, normalmente, várias dificuldades à vítima: problemas sociais, económicos e psicológicos (Sheridan, Blaauw & Davies, 2003). De acordo com Sheridan e colaboradores (2003), um grande número de estudos sobre o fenómeno do *stalking* documenta uma grande assimetria de género (prevalência estimada de 12 a 16% sobre as mulheres; 4 a 7 % sobre os homens), predominando portanto o exercício de *stalking* do masculino sobre o feminino (Kimmel, 2002).

violência em geral, inexistência de informação sobre o significado e o dano associado ao uso de violência por cada um dos géneros).

Segundo Saunders (2002), nos estudos em que não se registam as dificuldades e/ou lacunas atrás referidas, a simetria de género esbate-se e registam-se taxas muito mais elevadas de violência praticada pelos homens sobre as suas companheiras.

Assim, um dos riscos que resulta dos problemas enunciados será provavelmente o de se estar a confundir as diferentes tipologias supramencionadas de violência no casal (e.g., resistência violenta).

De qualquer modo, interessa referir que a grelha antes apresentada sobre as diferentes tipologias de violência entre parceiros heterossexuais (cf. Johnson 2000, cit. Ruback & Thompson, 2001) cria necessariamente uma invisibilidade: não considera eventuais situações em que a mulher exerce violência “terrorista” (“*terroristic violence*”) contra o seu parceiro, “ocultando” assim esse tipo de violência das mulheres contra os homens (neste caso, a circunstância da mulher ser a “agressora primária”). Desconhece-se, a partir dos estudos disponíveis, se essa modalidade de violência é exclusivamente perpetrada pelos homens contra as mulheres.

Por outro lado, é preciso saber interpretar os estudos que retratam as mulheres como sendo fisicamente tão violentas como os homens.

Alguns autores (e.g., Saunders, 2002; Serran & Firestone, 2004) documentam que é sobretudo a auto-defesa que está na origem dos homicídios praticados pela mulher, em detrimento daqueles que são praticados pelo homem. Saunders (2002), a partir de acórdãos judiciais, evidencia que diferentes motivações determinam os homicídios cometidos pela mulher, tais como: uma forma de interromper a condição de abuso continuado sobre si e/ou os seus filhos; uma forma de prevenir uma agressão que antecipariam como iminente, geradora de um medo elevado; uma forma de actuar durante um episódio de violência. Por sua vez, os motivos que presidem ao homicídio pelo masculino relacionam-se predominantemente com o ciúme e com a intenção de exercer controlo, por exemplo na iminência da relação terminar (Saunders, 2002), com o sentido de propriedade sobre a parceira e eventuais fantasias de infidelidade feminina (Serran & Firestone, 2004).

De forma análoga, outros autores (e.g., Ravazola, 1997) e estudos (e.g., Swan & Snow, 2003) documentam que a maioria das mulheres que agride na intimidade é vítima de abuso severo pelo parceiro masculino e consagram explicações semelhantes para a

violência feminina na intimidade: a maioria das mulheres agride em contexto de auto-defesa (Dasgupta, 1999, cit. Worcester, 2002; Gelles & Straus, 1989, Saunders, 1990, Straus & Gelles, 1990, cit. Harway & O'Neil, 1999); outras foram abusadas e limitam-se, perante a não percepção de outras opções, a reagir retaliando; um grupo mais reduzido (apenas 3 em 67 casos) refere-se a agressoras físicas primárias (Berns, 2001; Swan & Snow, 2003).

Outro elemento importante a considerar nesta questão da simetria relaciona-se com o dano causado à vítima. Na literatura sobre o tema é algo consensual que o nível de dano e as consequências, quer físicas quer psicológicas, são mais significativas para as mulheres vitimadas do que para os homens vitimados (Archer, 2000, cit. Hamberger & Guse, 2002; Nazroo, 1995; Saunders, 2002; Sorenson & Upchurch, 1996). Gelles (1997) salienta que as mulheres, nas disputas domésticas, têm dez vezes mais probabilidade de evidenciar dano após o abuso. A ilustrá-lo, Saunders (2002) refere um conjunto de estudos representativos, desenvolvidos no domínio do homicídio conjugal, que sublinham as consequências severas que a vitimação feminina pode acarretar: cerca de 70% dos homicídios são perpetrados sobre as mulheres pelos seus parceiros e apenas 30% se referem a homens vitimados pelas companheiras. Nalguns estudos onde se compara a experiência de vitimação dos dois géneros, os homens agredidos pela parceira relatam receber maioritariamente actos de “pequena” violência (e.g., Hamberger & Guse, 2002) e as mulheres uma vitimação mais severa. De forma complementar, Swan e Snow (2003) apontam que o masculino exerce predominantemente violência sexual, maus tratos verbais e controlo coercivo. As mulheres, por sua vez, recorrem mais a estratégias emocionais abusivas do que os homens. Com uma menor probabilidade, a violência feminina decorre da intenção de dominar e aterrorizar o parceiro (Archer, 2000, cit. Hamberger & Guse, 2002).

Assim, estes estudos reforçam a ideia de que a violência exercida sobre os homens não envolve as mesmas motivações, nem os mesmos padrões (e.g., prevalência, manifestações abusivas, dano, severidade, repetição). Não coloca à vítima os mesmos dilemas, nem tão-pouco tem igual significação (Mahoney *et al.*, 2001).

Sintetizando, a maioria das investigações que sustentam a simetria de género contesta as perspectivas feministas propondo, em alternativa, uma análise neutral do fenómeno no que respeita ao género (Dasgupta, 2002). Todavia, o conjunto de elementos enunciados conduz alguns autores a entender o argumento da simetria como uma estratégia para negar a violência na intimidade como um fenómeno de género (cf.

Berns, 2001) e outros a considerar que a simetria de género não passa de um mito (cf. Kimmel, 2002).

Do outro lado da polémica, estão precisamente os estudos que sustentam que a violência íntima se trata de um fenómeno de género (e.g., Renzetti, 1993, cit. Berns, 2001), porque as mulheres experienciam mais essa vitimação do que os homens.

É possível encontrar vários autores (e.g., Dobash, Dobash, Cavanagh & Lewis, 2000) e diversas investigações que ilustram essa realidade discrepante. Múltiplas evidências nacionais e internacionais registam uma prevalência muito superior da violência exercida sobre a mulher no contexto da intimidade. A maioria dos trabalhos de prevalência sustenta empiricamente a conceptualização que os movimentos feministas elaboram acerca do problema (como ilustraremos adiante a propósito dos estudos de prevalência). Em termos nacionais, apesar do fenómeno começar a ter alguma expressão, os homens maltratados que recorrem às instituições são uma minoria por comparação com o volume de vitimação feminina: por exemplo, no ano de 2002, eram apenas cinco os processos-crime por maus tratos ao cônjuge ou análogo em que as vítimas eram do sexo masculino e os arguidos do sexo feminino (contrastando com os 729 processos de vitimação feminina) (GEPMJ, 2003); na APAV, em 2004, apenas 6,6% (n = 888) das vítimas de violência doméstica eram do sexo masculino (contrastando com os 12539 casos de vitimação feminina). Também Corsi (1995, cit. Alarcão, 2000) aponta que o número de maridos maltratados representa uma minoria: estima-se que apenas 2% dos casos de abuso na intimidade sejam perpetrados contra o homem. Também Gelles afirma que «é categoricamente falso sustentar que o número de homens batidos é o mesmo que o de mulheres batidas» (2000, cit. Kimmel, 2002, p. 1357) e o próprio Straus (1997, cit. Saunders, 2002) reconhece que os esforços de intervenção (e.g., política, de controlo, de prevenção) devem continuar a dar prioridade às mulheres e às suas necessidades.

Refira-se, ainda, que “ler” a violência na intimidade a partir das perspectivas de género pode inclusive contribuir para clarificar, pelo menos em parte, a própria simetria de valores identificada nalguns estudos anteriormente citados. Por exemplo, homens e mulheres estimam, de modo distinto, o seu recurso à violência. De acordo com estas abordagens (cf. Kimmel, 2002), o facto de serem socializadas para a não-violência faz com que as mulheres tendam a recordar-se mais facilmente de cada transgressão nesse domínio. O facto de ser menos legitimada e tolerada (socialmente e pelas próprias) pode

também resultar na sua sobre-estimação dos actos praticados. Nos homens, a mesma dinâmica pode conduzir a uma sub-estimação, dado que, segundo Kimmel (2002), a socialização histórica para a masculinidade concebe a tolerância face ao recurso à violência.

Do ponto de vista dos modelos feministas, a argumentação que vimos atrás – os movimentos “*backlash*” (i.e., discursos de reacção contra as feministas) – não está isenta de crítica (Faludi, 1991, cit. Berns, 2001; Worcester, 2002).

A esse propósito, um estudo interessante de Nancy Berns (2001) aborda um posicionamento que a autora intitula de “resistência patriarcal”. A autora assinalou a presença desse discurso em diversas revistas masculinas (e.g., *Playboy*, *Penthouse*) que argumentam que o uso da violência íntima é simétrico. Este movimento rejeita a violência sobre o feminino como um fenómeno de género e procura normalizar a violência ocorrida na intimidade (e.g., “é a verdadeira natureza da relação íntima”) (Dasgupta, 2002). Segundo a autora, essas revistas fazem-no de várias formas: ao negar o carácter social do problema, ao descentrar a atenção da responsabilidade masculina procurando responsabilizar a mulher pela violência exercida pelo masculino, ao rejeitar o poder da socialização e das atitudes culturais (e.g., a interferência de uma cultura patriarcal e de género), ao ignorar a extensão da violência sobre o feminino presente nos estudos de prevalência e de dano e, ainda, ao desvalorizar a prevenção a nível cultural. Recorrem, também, de forma descontextualizada, a alguns dados de investigações já referenciadas (e.g., Gelles & Straus, 1999, cit. Kimmel, 2002).

Os resultados que sustentam a simetria no exercício da violência são ainda discutidos como forma de tentar condicionar o financiamento de políticas, de instituições (e.g., como casas-abrigo) e de projectos (e.g., formação policial) dirigidos às mulheres vítimas (Schwartz, 2000).

Os movimentos “*backlash*” procuram, igualmente, dar visibilidade aos estudos sobre casais homossexuais lésbicos para promover a sua posição (Worcester, 2002).

Esses movimentos utilizam também o facto do número de mulheres detidas nalguns países (e.g., Canadá, E.U.A.) estar a aumentar como prova da paridade de género na violência exercida na intimidade (Dasgupta, 2002; Swan & Snow, 2003). Contudo, desvalorizam o facto do número de homens detidos por violência contra a parceira permanecer muito superior. Nas suas análises omitem, ainda, o facto dos estudos desenvolvidos com mulheres detidas por exercerem maus tratos sobre os

parceiros revelarem que a sua grande maioria experienciava uma vitimação severa pelo parceiro, o qual frequentemente iniciava a agressão (e.g., Emery & Lloyd, 1994; Henning & Feder, 2004). Nesse sentido, alguns autores (e.g., Worcester, 2002) defendem inclusive que o aumento do número de mulheres detidas justifica avaliar se tal não é resultado de uma aplicação da justiça sem contextualizar as ocorrências. Por outro lado, os movimentos “*backlash*” negligenciam também alguns estudos que compararam homens e mulheres em situação de reclusão devido à violência contra o/a parceira e que mostram que as mulheres detidas registam um menor risco de vir a exercer violência futura comparativamente aos homens detidos pelas mesmas circunstâncias (Henning & Feder, 2004).

Por tudo isto, para um número significativo de autores (e.g., Dasgupta, 2002; Saunders, 1990; Swan & Snow, 2003) que se têm dedicado ao estudo das mulheres como agressoras na intimidade é consensual que o comportamento violento da mulher deve ser, em larga medida, recolocado no contexto da violência exercida sobre elas pelos seus parceiros. Outros sublinham a necessidade de reconceptualização urgente desse padrão de violência (Emery & Lloyd, 1994). Alguns autores (Dasgupta, 2002) reforçam ainda, à semelhança do que se propõe para os homens maltratantes, a necessidade de se adoptar um modelo ecológico na compreensão das situações de violência da mulher sobre o parceiro sobretudo nos casos em que se pretende explicar a violência não letal. Diferentes autores (e.g., Serran & Firestone, 2004) destacam a necessidade de se analisar outros factores para além da auto-defesa quando se trata de explicar o homicídio do parceiro maltratante (e.g., cultura, *stressores* de vida, experiências de infância).

Em resumo, apesar da violência poder ser exercida por qualquer um dos protagonistas do casal, a maioria dos estudos não permite caracterizar o homem e a mulher como igual ou «mutuamente violentos» (Hamberger & Guse, 2002, p. 1322). Estes diferem em facetas muito significativas (e.g., motivação, dano no parceiro, significado da violência).

Da análise das argumentações discrepantes, destaca-se o facto das diferentes conclusões sobre a simetria parecerem ser o resultado de factores de ordem vária: a utilização de metodologias diferentes (e.g., definição de conceitos, instrumentos de recolha), a análise de objectos de estudos distintos (por exemplo, a vitimação ou o conflito familiar), a omissão/negligência de determinadas dimensões (por exemplo, as

posições que registam a simetria ignoram a maioria dos estudos de prevalência e dano). Outro exemplo diz respeito ao facto dos questionários sobre o conflito familiar acabarem por captar formas “menores” e menos frequentes de violência, enquanto que os estudos que envolvem o crime de maus tratos (e.g., estatísticas, inquéritos de vitimação, estudos clínicos) reportam-se, normalmente, a uma violência íntima crónica e mais severa (Straus, 1999, cit. Kimmel, 2002).

Por outro lado, dada a prevalência e as consequências descritas em termos comparativos, conclui-se que a violência contra as mulheres se constitui hoje como um problema social, difuso e grave. Segundo Saunders (2002), não existe igual consenso na comunidade científica de que a violência exercida sobre os homens se trate de um fenómeno que deva merecer igual atenção social.

Por tudo isto, clarificar esta questão da (a)simetria pareceu-nos particularmente relevante. Desconhecer os fundamentos de cada um dos lados da controvérsia pode gerar, junto de diferentes públicos (e.g., público em geral, *mass media*, políticos, técnicos), imagens desfasadas da realidade ou actuações pouco úteis, nomeadamente conduzir a alguma confusão ao nível do apoio (e.g., o que promover; o que financiar?) e dos programas de intervenção (e.g., a nível político, judicial).

Analisar as diferenças entre os padrões de violência no casal ajuda também a diversificar a imagem do fenómeno (e.g., significados, reacções). A distinção entre esses padrões pode ajudar os técnicos a melhor sinalizar os casos e a propor respostas em consonância. Por outro lado, ampliar estudos de âmbito diverso sobre a violência no casal, enquanto conceito alargado, pode ser útil precisamente porque a sua consideração nas propostas para a gestão do fenómeno permitirá multiplicar as respostas, como por exemplo: fomentar políticas regulares de apoio ao agressor e à vítima, independentemente do género; os estudos sobre a “pequena” violência podem ser úteis para o desenvolvimento de programas de prevenção (Straus, 1999, cit. Kimmel, 2002); os estudos sobre a violência exercida pelo feminino podem ajudar a perceber melhor os mecanismos de retaliação face ao agressor e o porquê desta forma de actuação da mulher. A resposta a esta última questão poderá ajudar, por um lado, a reduzir o risco das mulheres que se colocam nessa posição de maior vulnerabilidade (Dasgupta, 2002) e, por outro lado, a diminuir os homicídios de homens por parte das suas companheiras vitimadas.

2.2. Outros contextos de violência na intimidade

Apesar da maioria dos estudos se centrar nas relações maritais heterossexuais, recentemente a investigação no domínio dos relacionamentos íntimos tem permitido retratar novas realidades. De forma breve, daremos conta de outros contextos abusivos, situando a violência em momentos distintos da relação marital (e.g., prévios ou posteriores) e em contextos homossexuais.

a. A violência no namoro

A violência em contextos de namoro tem sido reconhecida nas duas últimas décadas como um problema social preocupante (Browne & Williams, 1993, Makepeace, 1989, cit. Koss, Ingram & Pepper, 2001) tendo em conta a maioria dos estudos de prevalência (Glass, Fredland, Campbell, Yonas, Sharps & Kub, 2003, para uma revisão de estudos neste domínio realizados nos últimos vinte anos). Berry (2000), por exemplo, documenta que 20% a 30% dos adolescentes envolvidos em relações de namoro experimentam violência. Magdol, Moffit, Caspi, Newman, Fagan e Silva (1997) estimam que a prevalência da violência entre jovens adultos se situará entre os 21,8% e os 55%. Sugarman e Hotaling (1991, cit. Mahoney *et al.*, 2001) estimam que cerca de 28% dos homens e mulheres, em algum momento das suas vidas, terão estado ou estarão inseridos numa relação de namoro que envolve actos de violência, sendo que a ocorrência destes actos abusivos é mais provável em relações afectivas mais duradouras e em que existe coabitação. Num estudo realizado em Espanha com mulheres maltratadas nas relações amorosas verificou-se que em 18,2% dos casos as agressões se iniciaram antes de haver coabitação (Goméz, Méndez-Valdivia, Izquierdo, Muniz, Díaz, Herero & Coto, 2002, cit. Machado, Matos & Moreira, 2003).

Outro estudo preocupante neste domínio (Henton *et al.*, 1983, cit. Gelles, 1997) retrata a não percepção destas formas de interacção como abusivas: um quarto das vítimas e três em cada dez agressores interpretam a violência como uma evidência de amor.

A literatura descreve, em geral, a violência no namoro ou entre casais jovens como um fenómeno que envolve as mesmas dinâmicas da violência marital e que partilha alguns dos seus factores de risco (e.g., a presença de violência na família de origem, o

isolamento social, o funcionamento familiar disfuncional) (Dalhlberg, 1998, cit. Glass *et al.*, 2003; Kaura & Allen, 2003; Wilson, 1997). Pode traduzir-se, igualmente, num impacto significativo nomeadamente ao nível do bem-estar psicológico da vítima (e.g., Callahan, Tolman & Saunders, 2003), podendo resultar em danos diversos (cf. Glass *et al.*, 2003), a curto e a longo prazo (e.g., disfunções do comportamento alimentar, perturbações emocionais, comportamentos sexuais de risco, abuso de substâncias).

Porém, ao nível da violência envolvida, há autores que apresentam alguns padrões diferenciadores e até mesmo contraditórios entre si: alguns documentam como sendo mais comuns no namoro actos "menos graves", como empurrar e esbofetear (e.g., Gelles, 1997); outros, por sua vez, indicam que a violação e outras formas de abuso sexual são mais comuns e/ou mais relatados pelos jovens envolvidos em relações de namoro do que noutra tipo de relacionamentos (Berry, 2000; Michael, 1994).

Por outro lado, face à lei, estas situações não estão contempladas de igual forma e o acesso aos próprios serviços de apoio nem sempre é fácil, sobretudo quando envolve pessoas muito jovens com pouca mobilidade fora da família e da escola (Wilson, 1997).

Pelo exposto, a presença deste fenómeno entre as novas gerações deve, doravante, merecer maior atenção, até porque estamos hoje conscientes de que a violência nas relações amorosas juvenis é considerada um importante preditor da violência conjugal (Hamby, 1998).

As limitações neste domínio de pesquisa continuam a ser muitas (e.g., ao nível das metodologias de amostragem, da contextualização dos dados em análise) (Lewis & Fremouw, 2001). Privilegiar um maior número de estudos, sobretudo mais compreensivos, e simultaneamente programas preventivos que focalizem a mudança nas atitudes dos jovens (e.g., face ao género, face à criminalização dos actos abusivos) são algumas das respostas entendidas como úteis face ao fenómeno (Mathews, 2000; Smith & Welchans, 2000).

b. A violência pós-separação marital

A literatura tem, até ao momento, prestado pouca atenção à violência que se regista durante a separação marital.

Uma das ideias que se destaca dos poucos estudos disponíveis é a de que a separação nas relações abusivas representa um factor de risco elevado para o

agravamento da violência já existente na relação (Mahoney *et al.*, 2001; Walker, Logan, Jordan & Campbell, 2004). Porém, uma investigação promovida por Hutton (2001, cit. Walker *et al.*, 2004) conclui que a violência registada sobre a mulher nessa fase pode traduzir situações diferenciadas: alguns casos referem-se de facto a um agravamento de uma situação de violência anterior (24%); outras situações envolvem a manutenção de um nível similar de violência anterior (37%); outros casos, por sua vez, dão conta da instalação da violência nessa fase (39%).

A reforçar a ideia de que a violência muitas vezes não termina com a separação, um estudo longitudinal de dois anos, com mulheres que estavam em casas-abrigo para promover a sua segurança, documenta que mais de um terço continuava a ser agredida fisicamente pelo ex-parceiro durante esse período (Fleury, Sullivan & Bybee, 2000). A maioria dessas agressões (72%) era de natureza severa (e.g., violação, pontapés, uso de arma de fogo). Os factores que contribuíam para essa condição estavam relacionados com as características ou comportamentos dos agressores, nomeadamente tentativas de extensão do controlo sobre a vítima (e.g, frequência elevada de ameaças anteriores para o uso da violência, acusações de infidelidade da parceira, desejo de proximidade física).

Outra ideia que a literatura neste domínio também tem vindo a documentar refere-se a um aumento da prevalência de determinados tipos específicos de violência exercidos pelo parceiro sobre as mulheres separadas ou divorciadas (e.g., *stalking*, homicídio conjugal) (Bachman & Saltman, 1995, Dearwater *et al.*, 1988, cit. Campbell, 2000).

Por sua vez, a separação é também uma fase em que a mulher vítima pode enfrentar outras dificuldades: aumento da conflituosidade face à parentalidade, elevada preocupação com a segurança dos filhos, dificuldades económicas, maior isolamento face aos familiares (Logan & Walker, 2004). A experiência de violência nesta fase de vida da mulher pode comprometer as suas escolhas e opções (e.g., negociação do divórcio, do poder paternal) (Mahoney *et al.*, 2001).

Assim, para além de ser necessário desenvolver mais estudos para um maior conhecimento desta realidade, as respostas neste domínio (a nível teórico e prático) precisam também de ser promovidas em prol do ajustamento dos envolvidos (e.g., mulheres e crianças).

c. A violência em casais homossexuais

O tema da violência entre casais homossexuais desenvolveu-se na literatura sobretudo a partir da década de oitenta, recebendo até então reduzida atenção por parte dos investigadores (Renzetti, 1993).

O fenómeno é descrito na literatura como sendo similar àquilo que acontece nos contextos heterossexuais, quer no que respeita aos níveis de prevalência (entre 25-30%), quer no tipo de violência envolvida (e.g., padrões múltiplos, reiterados) (Mahoney *et al.*, 2001; Renzetti, 1993). Algumas das diferenças mais significativas registam-se ao nível das dinâmicas de abuso psicológico e/ou emocional (e.g., homofobia da sociedade como uma forma de violência contra a vítima - “outing” -, que consiste em revelar ou ameaçar divulgar a outros a orientação sexual do parceiro) (Gelles, 1997, cit. Antunes & Machado, 2003), da pressão social (e.g., por parte das organizações homossexuais para a não denúncia pelo receio de maior estigmatização destes grupos), do apoio percebido (e.g., inexistência de estruturas de apoio e refúgio específicas) (Mahoney *et al.*, 2001) e da reduzida procura de ajuda junto das instituições formais (Renzetti, 1993).

Num estudo de Renzetti (1992, cit. Renzetti, 1993) sobre violência nas relações lésbicas verifica-se, a partir do relato das poucas vítimas que procuraram ajuda em determinadas instituições oficiais (e.g., polícias, abrigos), que a resposta desse tipo de recursos é habitualmente negativa. De facto, a maioria das estruturas de apoio criadas no contexto da violência na intimidade parece não estar preparada para atender as situações que envolvem casais homossexuais. Tal poderá explicar o facto desta população, segundo os estudos (Girshick, 2002; Renzetti, 1993), procurar preferencialmente o apoio de psicoterapeutas e de amigos.

Os estudos desenvolvidos neste domínio enfrentam, contudo, algumas limitações significativas (e.g., grande parte dos estudos realiza-se a partir de amostras pequenas, não representativas). O facto das amostras recolhidas serem auto-identificadas (Renzetti, 1993) pode, por exemplo, ajudar a explicar o porquê de alguns estudos registarem níveis de prevalência de violência muito elevada (por exemplo, documentando que a violência ocorre num terço dos relacionamentos homossexuais).

A semelhança encontrada nalguns estudos de prevalência entre o universo heterossexual e homossexual (e.g., Brand & Kidd, 1986, cit. Hansen & Harway, 1993; Antunes & Machado, 2003), igualmente sustentada por alguma da literatura (e.g., Gelles, 1997, cit. Antunes & Machado, 2003) torna importante assinalar que, para além

do argumento cultural (e.g., adesão a uma cultura de tolerância face aos maus tratos, ligada a estereótipos de género que sustentam a desigualdade na relação), há outras dimensões de explicação do fenómeno da violência íntima que interessa explorar. Alguns exemplos dizem respeito à dependência e ao isolamento da vítima, aos desequilíbrios de poder e às (as)simetrias (e.g., em termos de força física) que podem existir entre os parceiros, quer sejam heterossexuais ou homossexuais.

Resumindo, a pesquisa nacional e internacional, para além de denunciar de modo predominante a mulher como vítima e o homem como principal agressor na intimidade, tem-nos proporcionado uma imagem cada vez mais sustentada, completa e diversificada das dinâmicas violentas que têm lugar na privacidade. Por outro lado, o retrato de muitas dessas dinâmicas está ainda incompleto.

III. O abuso contra as mulheres nas relações de intimidade

3.1. Definição ou definições?

Na literatura é possível encontrar várias definições para o problema, umas fundamentadas na intencionalidade e no dano causado pela violência (Pence & Paymar, 1993), outras nos actos envolvidos (Straus & Gelles, 1990, cit. Gordon, 2000). Provavelmente, nenhuma definição linear será satisfatória para integrar a pluralidade de experiências subjectivas possíveis acerca desta realidade complexa. Apesar dos estudos mostrarem que as mulheres vitimadas define os maus tratos do parceiro como graves e a experiência vivida como lesiva (Campbell & Humphreys, 1993, Campbell *et al.*, 1998, cit. Campbell, 2000), existe habitualmente no seu discurso a mesma dificuldade em reunir um consenso na definição do abuso.

A questão de se saber quais as definições mais ajustadas a adoptar tem gerado um considerável debate. Aqueles que sustentam definições mais alargadas do fenómeno (isto é, várias formas de abuso exercidas habitualmente num *continuum*) são, por vezes, criticados pelo facto de conduzirem as suas investigações movidos por factores políticos e ideológicos (e.g., feminismo), acabando por traduzir números mais expressivos de vitimação. Aqueles que recorrem a definições mais estreitas invocam normalmente as

definições legais ou focalizam-se, em exclusivo, nas agressões graves. As críticas que lhes são dirigidas relacionam-se com o facto de se cingirem ao abuso “criminalizado”, captando necessariamente uma menor prevalência de situações e pressupondo uma hierarquia de abusos em termos de gravidade. Por outro lado, ao não conseguirem captar a realidade complexa da violência exercida (DeKeseredy, 2000; DeKeseredy & Schwartz, 2001; Dobash & Dobash, 1998), banalizam a experiência abusiva de muitas mulheres que não encaixam nessas definições mais circunscritas.

Por entendermos que as definições mais amplas ajudam a caracterizar melhor este fenómeno, conferindo maior sustentação ao pressuposto da violência como um *continuum* (DeKeseredy, 2000), destacamos uma das definições que nos parece mais integradora, apresentada pelo Conselho da Europa (1999) e que define violência contra as mulheres como «qualquer acto, omissão ou conduta que serve para infligir danos físicos, sexuais e/ou psicológicos, directa ou indirectamente, por meio de enganos, ameaças, coacções ou qualquer outra estratégia. Tem como objectivo intimidá-la, puni-la, humilhá-la ou mantê-la nos papéis estereotipados ligados ao seu género sexual ou recusar-lhe a dignidade humana, a autonomia sexual, a integridade física, mental e moral ou abalar a sua segurança pessoal, auto-estima ou a sua personalidade ou diminuir as suas capacidades físicas e/ou intelectuais» (Presidência do Conselho de Ministros, 2001, p. 1). Nesse contexto, entendemos a violência nas relações amorosas como o abuso de uma pessoa sobre outra, numa relação específica de intimidade, podendo ocorrer em relações maritais e não maritais (e.g., namoro, coabitação, separação), actuais ou passadas, de carácter heterossexual ou homossexual⁶. De forma mais específica, os maus tratos à parceira podem definir-se como um conjunto de condutas de carácter abusivo perpetrado sobre ela de forma intencionalizada, habitualmente de modo continuado, podendo envolver acções violentas (e.g., maus tratos físicos e sexuais) e “não-violentas” (e.g., formas de controlo, omissões) (Margol, 1996, Straus, 1996, cit. Gordon, 2000).

Trata-se de um fenómeno transversal (e.g., classe, estatuto social) e multidimensional, isto é, a violência infligida pode variar em termos de tipologia (e.g., abuso físico, sexual, psicológico/emocional) e severidade (e.g., empurrão, bofetada, violação). Essa condição leva alguns autores a situar os actos de violência num *continuum* comportamental que inclui desde a agressão verbal até à agressão física

⁶ Neste trabalho usaremos os termos *violência/abuso na intimidade pelo parceiro ou maus tratos à mulher* como sinónimos para nos referirmos às várias formas de abuso possíveis contra a mulher em relações heterossexuais. Estes conceitos são mais integrativos do que o termo *violência conjugal* (que abarca apenas as relações maritais).

severa (Feld & Straus, 1990, Stets, 1990, Straus & Sweet, 1992, cit. Salari & Baldwin, 2002) que pode culminar no homicídio. Efectivamente, o abuso contra as mulheres tende a escalar em termos de frequência e gravidade ao longo do tempo (Woffordt, Mihalic & Menard, 1994). Alguns estudos documentam que o abuso psicológico é aquele que causa dano mais significativo e durável (DeKeseredy & Schwartz, 2001; Gelles, 1997). É também relativamente consensual na literatura que o abuso verbal e psicológico acompanha e tende a preceder a agressão física (Gelles & Straus, 1988, Okun, 1986, cit. DeKeseredy, 2000).

3.2. Relevância actual do tema

Em termos globais, a violência contra a mulher na intimidade tem sido conceptualizada como uma violação séria dos direitos humanos (cf. Nações Unidas, 2003, cit. Sev`er, Dawson & Johnson, 2004).

Alguns estudos nacionais dão conta de uma forte consciência social da sua elevada prevalência. Por exemplo, Lourenço e Lisboa (1992) constataram que “o pai que bate no filho” e o “marido que bate na mulher” figuravam entre as quatro situações de violência percebidas como as mais frequentes. Um outro inquérito realizado pelos mesmos autores (1992) dava conta de que 61% de 205 crianças de escolas primárias oficiais afirmavam ter visto o pai bater na mãe.

A sociedade parece, gradualmente, despertar para esta realidade. Esse reconhecimento público da violência contra a mulher como um grave problema social é talvez consequência de uma pluralidade de factores: da maior transparência das relações familiares, da própria redefinição do papel das mulheres na família e a maior possibilidade de exercício dos seus direitos individuais, dos testemunhos públicos de algumas vítimas, de alguns movimentos cívicos colectivos (e.g., organizações não-governamentais) e até mesmo da controvérsia e das questões que o tema gera (e.g., simetria de género, dano e custos envolvidos, valores ideológicos em causa).

Progressivamente são lançados novos olhares sobre as histórias (antigas) dos maus tratos à mulher. Essa nova sensibilidade face ao fenómeno pode ser traduzida de várias formas, por exemplo, aderindo a narrativas ficcionadas, traduzidas em romances (e.g., “A mulher transparente” de Cristina Silva, 2004; “A mulher que ia contra as portas” de Roddy Doyle, 1997) ou em filmes (e.g., “Dou-te os meus olhos” de Bollair, 2004).

Indissociável dessa crescente consciencialização pública está a proliferação de serviços de informação de fácil acesso à comunidade (e.g., linhas telefónicas), condição que tem contribuído para combater o desconhecimento de muitos face ao tema.

O poder político tem também dado algum destaque ao assunto: enquanto membro da União Europeia, Portugal declarou o ano de 1999 como o Ano de “Tolerância Zero” face à violência contra as mulheres e definiu, no ano 2000, o dia 25 de Novembro o Dia Internacional de Eliminação da Violência contra a Mulher.

O poder judicial tem igualmente demonstrado o seu interesse em ensaiar novas formas de resposta⁷. Estas transformações têm procurado contribuir para a “desprivatização” da violência contra o cônjuge, para uma progressiva criminalização social da conduta maltratante e, ainda, para a diminuição da pressão sobre a vítima (Matos, 2000). Reflexo disso será a maior participação criminal do fenómeno ao longo dos últimos anos no nosso país: entre 1999 e 2003, o crime de “maus tratos, sobrecarga de menores, incapazes ou do cônjuge” registados pelas entidades policiais aumentou exponencialmente (de 3417 para 10254) (G.E.P.M.J., 2003). Aliás, tem havido uma evolução percentual significativa no número anual de denúncias desse crime na ordem dos 10% (APAV, 2003). Apesar de tudo, estima-se que apenas uma minoria de casos resulte na denúncia criminal. De facto, através de outros organismos, percebemos que o volume de casos é porventura muito superior: recorreram à APAV em 2004 cerca de 12539 vítimas de violência doméstica (na quase totalidade mulheres). Por sua vez, importa mencionar que, do universo de denúncias criminais, apenas uma pequena percentagem resulta em condenação efectiva do maltratante⁸.

Os meios de comunicação social e a ciência têm, neste como noutros assuntos, um duplo papel: o de “responder” à construção social dos fenómenos e de contribuir para o melhor esclarecimento dos públicos-alvo.

Os *mass media*, através das notícias, dos debates e de fóruns de discussão, representam provavelmente um dos mecanismos que mais contribui para o entendimento e a representação que o senso comum faz dos fenómenos sociais (Gamson, 1992, Leller, 1995, cit. Berns, 2001). As notícias não têm efeitos neutros: por

⁷ Alguns exemplos: lei 61/91 (Diário da República, 1991); em 1995 foram agravadas as penas dos crimes de maus tratos ou sobrecarga de menores, incapazes ou do cônjuge (1 a 5 anos); a Assembleia da República (lei nº 7/2000 de 27 de Maio) alterou o art. 152º do código penal, designadamente estabelecendo o carácter público deste crime (ou seja, a partir daí, a denúncia destas situações não exige a queixa por parte da vítima).

⁸ Refira-se que no ano 2002, apesar dos 8264 crimes de maus tratos ao cônjuge ou análogo registados pelas autoridades policiais, nesse ano, o total de arguidos foi de 463 e o total de indivíduos condenados foi de 228 (49,24%), situações que envolveram predominantemente a vitimação feminina e arguidos de sexo masculino. Isto revela que, no período em referência, no universo de crimes de maus tratos que chegaram ao conhecimento das autoridades, a taxa de condenação dos agressores foi reduzida. Do total de condenados, alguns (n=8) viram a sua pena ser substituída por multa, a quase totalidade (n=205) foram alvo de uma medida de suspensão da pena de prisão e apenas 14 foram alvo de uma pena não substituída e não suspensa (GEPMJ, 2003).

um lado, moldam o nosso entendimento dos fenómenos (e.g., contribuindo por vezes para gerar consensos populares) e, por outro, reflectem os valores predominantes na sociedade. Meyers (1997) explica, por exemplo, que as notícias sobre o crime são definidas culturalmente. Em particular, no que se refere à violência na intimidade, o interesse mediático surgiu de forma gradual. Todavia, nem sempre com os melhores “produtos”. A comunicação social retrata o que entende como mais “noticiável”: muitas vezes, os *mass media* centralizam a sua atenção, não nos casos típicos de violência na intimidade, mas nos casos extremos. Meyers (1997) documenta, por exemplo, que os homicídios conjugais são retratados nas notícias como “aberrações”, resultado da patologia individual e não como uma consequência de uma opressão sistemática sobre a mulher. Esse tipo de trabalhos retrata a violência na intimidade como algo excepcional, que ocorre em circunstâncias especiais. A autora alerta para o facto desse critério jornalístico nem sempre favorecer a construção deste como um fenómeno social.

Apesar dessa controvérsia, em nosso entender os *mass media* têm tido algum mérito em tornar públicos os dramas privados. Em Portugal os *media* têm assumido nos últimos tempos um papel determinante na consciencialização para o problema e na sua maior visibilidade, tendo-se multiplicado os espaços de elucidação e reflexão acerca do problema (e.g., debates). Estes instrumentos viabilizam a actuação face ao fenómeno, ajudando a definir o que é aceitável ou ilegítimo. Os *media* têm ainda o poder de ajudar a construir a natureza criminal e grave este fenómeno, sublinhando sempre a responsabilidade do agressor, podendo levar a uma maior participação e a uma menor tolerância social. Nesse sentido, desafiar mitos e estereótipos associados aos maus tratos à mulher pode representar outro contributo significativo dos *media* (Meyers, 1997).

Quanto à ciência, a emergência deste objecto de estudo no nosso país notou-se sobretudo a partir do início da década de noventa, altura em que surgem as primeiras publicações sobre o tema. Um conjunto de factores fomentou esse interesse: a necessidade de desenvolver novas ferramentas teóricas que permitissem alargar a sua compreensão e a sua abordagem; a necessidade da ciência informar melhor a prática (e.g., os técnicos no terreno); o desenvolvimento de novas metodologias de aproximação ao objecto (e.g., inquéritos de vitimação, estatísticas mais específicas, novos instrumentos de recolha de dados) que permitissem “registá-lo” e caracterizá-lo.

Apesar do conhecimento científico disponível neste domínio não se comparar com o volume de pesquisa produzido no âmbito de outras formas de violência (e.g., delinquência juvenil, maus tratos a menores) (Gordon, 2000), o desenvolvimento de

investigação regular e relevante sobre os maus tratos à mulher tem sido crescente em vários países. De seguida, actualizamos o conhecimento empírico produzido acerca desta forma particular de violência, nomeadamente ao nível da sua prevalência, dano causado à vítima, crenças e atitudes associadas.

IV. Investigação da violência contra as mulheres nas relações de intimidade

Até aos anos setenta, desconhecia-se a magnitude e as consequências do problema (Sev`er, Dawson & Johnson, 2004). A partir dessa década, a violência nas relações de intimidade tornou-se objecto de estudo pela comunidade internacional e a produção de conhecimento na área foi sendo ampliada de forma significativa (DeKeseredy & Schwartz, 2001).

Em Portugal, essa atenção notou-se mais tardiamente, como já referimos sobretudo na década de noventa. O conjunto de estudos nacionais nesse domínio, realizados ou projectados até ao momento, tem adoptado diferentes direcções de pesquisa. Passamos a enunciar alguns desses trabalhos, a saber:

- i. a identificação da extensão deste fenómeno (e.g., Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa, 2003; Lourenço, Lisboa & Pais, 1997; Machado, no prelo);
- ii. a compreensão das dinâmicas relacionais e psicológicas envolvidas na violência conjugal (e.g., trabalhos de Silva, 1995);
- iii. a caracterização do impacto da violência sobre a vítima e sobre terceiros (e.g., trabalhos de Matos, 2000; Sani, 2003);
- iv. o homicídio conjugal (e.g., Pais, 1998);
- v. o estudo sobre o enraizamento cultural da violência nas relações íntimas (e.g., Machado, Gonçalves & Matos, 2005; Machado, no prelo);
- vi. a avaliação da eficácia da prevenção (e.g., Matos, Machado, Caridade & Silva, 2006);
- vii. a relevância forense e clínica dos maus tratos às mulheres e crianças (e.g., Lisboa, Barroso & Marteleira, 2003);
- viii. os custos sociais e económicos envolvidos na violência contra as mulheres (Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa, 2003);

- ix. a investigação da experiência dos maltratantes conjugais (e.g., trabalhos de Sousela, em preparação sobre a violência da mulher sobre o parceiro);
- x. a caracterização da violência nas relações amorosas juvenis (trabalhos de Caridade, em preparação; Machado, Matos & Moreira, 2003; Paiva & Figueiredo, 2004);
- xi. a violência nos contextos homossexuais: comportamentos e atitudes (Antunes & Machado, 2003);
- xii. a caracterização das percepções sociais sobre a violência e os protagonistas envolvidos (e.g., trabalhos de D. Costa, 2002; Dias, 2004).

A partir destes trabalhos constata-se que a comunidade científica nacional se têm interessado quer sobre os diferentes intervenientes no fenómeno, quer sobre as suas diversas dimensões, características, consequências e contextos.

De seguida, apresentamos o “estado da arte” sobre o tema, procurando destacar alguns dos trabalhos de referência no estudo deste objecto. Tendo em conta o volume considerável das investigações internacionais, estas serão abordadas de forma breve dando-se mais destaque à pesquisa nacional que se tem vindo a ampliar em domínios específicos. Tratam-se de estudos de âmbito disciplinar diverso e baseados em diferentes metodologias (e.g., inquéritos, inventários, estatísticas dos serviços, observações clínicas). A partir do conhecimento acumulado, salientaremos aquelas conclusões que nos parecem mais relevantes para ajudar a traçar um retrato o mais completo possível do que se sabe actualmente sobre o fenómeno da violência nas relações íntimas, nomeadamente no nosso país.

4.1. Estudos sobre a prevalência da violência

A detecção dos casos de violência contra a mulher é de extrema importância, no sentido em que permite caracterizar o fenómeno em termos de contextos, protagonistas e factores associados, estimar a sua prevalência, traçar padrões evolutivos e, ainda, avaliar a eficácia das políticas institucionais (e.g., campanhas de sensibilização, despistagem nos hospitais e serviços de acção social).

Em muitos países (e.g., E.U.A., Inglaterra), embora não isentos de limitações (cf. Campbell, 2000), os sistemas de registo estão a funcionar. Os estudos internacionais de prevalência reforçam a ideia de que se trata de um problema comum (Berry, 2000) e

alguns reconhecem-no mesmo como «epidémico» (Willson, McFarlane, Malecha, Watsom, Lemmey, Schultz, Gist & Fredland, 2000, p. 996).

Os números recentemente estimados, em termos globais, são de facto alarmantes: alguns estudos prevêem que pelo menos uma em cada três mulheres foi/será batida, coagida sexualmente ou sujeita a qualquer outra forma de abuso e 50% dos homicídios cometidos sobre as mulheres é/será perpetrado pelo seu parceiro (Fundo para o Desenvolvimento das Mulheres, Nações Unidas, 2003, cit. Sev`er, Dawson & Johnson, 2004). Nos E.U.A., por exemplo, só no ano 2000, 1247 mulheres e 440 homens foram mortos pelos parceiros íntimos, o que se traduz numa percentagem doze vezes superior ao total de baixas oficiais americanas na Guerra do Iraque (Sev`er, Dawson & Johnson, 2004). Ainda nos E.U.A., o homicídio da parceira é a sétima causa de morte prematura entre as mulheres. No mesmo país, o homicídio na intimidade representa 40 a 50% dos homicídios contra as mulheres e 5,9% dos homicídios contra os homens. Em Espanha os últimos dados sobre os homicídios de mulheres pelo companheiro ou ex-companheiro são igualmente dramáticos, tendo-se registado uma tendência crescente de 1999 para 2003 (de 54 para 71 mulheres mortas) e uma ligeira tendência decrescente de 2003 para 2005 (de 71 homicídios para 61) (Instituto de la Mujer, 2005). A partir destes dados percebe-se que, entre as tipologias de homicídios na intimidade, a mulher é a principal vítima (cf. Silva, 1995).

No entanto, nesse contexto é possível identificar um outro padrão de agressões graves que já documentámos antes: o homicídio cometido pela mulher contra o cônjuge violento. Estão reunidos na literatura alguns elementos correlacionados com este tipo de homicídio (Browne, 1987, cit. Kantor & Jasinski, 1998) (e.g., frequência de incidentes violentos, severidade dos ferimentos na mulher, ameaças de morte pelo parceiro, uso de drogas pelo parceiro, estado de intoxicação frequente do parceiro, tentativas de suicídio da mulher, actos sexuais forçados com a vítima). Independentemente do parceiro vitimado, muitos desses homicídios representam o culminar de prolongadas histórias de violência física.

Ainda sobre a prevalência, um outro estudo muito recente da O.M.S. (2005, *não publicado*), realizado com 24000 mulheres, oriundas de áreas rurais e urbanas dos diferentes continentes e de dez países (e.g., Bangladesh, Brasil, Etiópia, Japão, Peru, Sérvia e Montenegro, Tailândia e Tanzânia) documenta este como um fenómeno disseminado em todo o mundo. Aliás, o estudo revela que a violência praticada pelo companheiro é a forma mais comum de vitimação sofrida pelas mulheres. Nesse estudo

estima-se que uma em cada seis mulheres foi/será agredida pelo marido ou companheiro. Esse trabalho documenta também algumas diferenças entre os países: por exemplo, no Japão estima-se uma prevalência de 13% de situações de violência contra as mulheres; na Etiópia, essa percentagem sobe para 50%.

Há outros estudos que também nos permitem conhecer a realidade dos diferentes países em termos de prevalência⁹. Em países desenvolvidos como o Canadá, Estados Unidos e Reino Unido, a prevalência situa-se entre os 18-30% (Sev`er, Dawson & Johnson, 2004). Em países não desenvolvidos, as taxas de prevalência são mais dramáticas: no Ghana, 70% das mulheres relatam alguma forma de vitimação (Amoakohene, 2004, cit. Machado & Dias, no prelo); na Nicarágua, estima-se em 52% a taxa de vitimação feminina ao longo da vida e 27% no último ano (Ellsberg *et al.*, 1999, cit. Machado & Dias, no prelo). Na Europa, Machado e Dias (no prelo) fazem referência a estudos que situam as taxas de prevalência de vitimação ao longo da vida entre os 23% (e.g., Inglaterra) e os 32% (e.g., Espanha). Segundo o Instituto de la Mujer (2005), estima-se que no espaço europeu uma em cada cinco mulheres seja vítima de violência doméstica. Importa dizer que, de acordo com a mesma fonte, em Espanha a taxa de denúncia criminal por parte das mulheres acerca da violência cometida na intimidade tem aumentado significativamente: de 2002 para 2004, respectivamente de 43313 para 57527.

Este conjunto de evidências documenta a elevada disseminação destas práticas em diversas regiões do mundo.

Porém, no nosso país, a detecção do fenómeno é ainda muito limitada. Alguns sistemas oficiais de registo não foram ainda construídos (e.g., hospitais, casas-abrigo). Naqueles domínios em que os números estão disponíveis, como o da justiça, tem sido identificado um conjunto de problemas (e.g., identificação correcta do crime maus tratos ao cônjuge *vs.* ofensas à integridade física, não identificação do grau de parentesco com a vítima). Além de predominarem sistemas quantitativos, no domínio da justiça não existe uma recolha nem um cruzamento sistematizado de informação que permita uma imagem detalhada e sustentada, nem tão pouco perceber padrões evolutivos acerca deste problema (APAV, 2003). Assim, qualquer discussão sobre a detecção e a prevalência em Portugal de casos de violência contra as mulheres na intimidade conhece, desde logo, muitos obstáculos.

⁹ Apesar de tudo, há a destacar que os estudos de prevalência nos diferentes países não permitem elaborar verdadeiras análises comparativas já que os dados são habitualmente reportados de forma genérica, baseiam-se em amostras e instrumentos diferentes entre si e envolvem metodologias discrepantes (Machado & Dias, no prelo).

Aqueles que estudam o fenómeno estão hoje conscientes de que dificilmente se conseguirá um mapa da verdadeira dimensão do problema, sendo que parte da sua representação permanecerá marginal. Como já sublinhámos, embora haja uma evolução nas denúncias criminais, o volume de violência não detectada adivinha-se significativo. Aliás, em Portugal se a taxa de denúncia criminal em geral é já extraordinariamente baixa (estimada em 28%), tal é particularmente verdadeiro em relação à violência praticada por familiares (Almeida & Alão, 1994). Alguns factores ajudam a explicar as idiossincrasias que se colocam frequentemente na (inibição da) denúncia da violência contra a mulher na intimidade (cf. Matos, 2001): a vergonha, a minimização da “pequena” violência, o medo de uma revitimação, os comportamentos controladores do parceiro, as prescrições de certos valores que ditam modos de ser e de estar que “coabitam” com o abuso, a não percepção de recursos ou opções, o receio da reacção do outro à revelação, a falta de informação sobre a forma como os outros – nomeadamente os técnicos – poderão ajudar a vítima de um crime desta natureza.

Apesar de tudo, durante os últimos vinte anos, tem-se desenvolvido esforços para captar a extensão do fenómeno no nosso país. Um dos instrumentos em que nos podemos apoiar para conhecer os números são as estatísticas da justiça que, como vimos antes, têm registado um aumento substancial das participações dos maus tratos. Tal não significa que hoje a violência na intimidade seja mais preponderante do que outrora. Alguns factores já discutidos ajudarão certamente a explicar esta mudança em direcção a uma maior expressão estatística do fenómeno (e.g., maior sensibilidade do público face ao problema, maior conhecimento dos cidadãos sobre os seus direitos e deveres). Por outro lado, outras circunstâncias poderão também ter a sua influência, tais como: o acesso mais fácil à justiça, a maior eficácia na despistagem a nível dos serviços e das polícias na identificação do tipo de crime em causa, algumas alterações jurídicas, uma melhor percepção de eficácia do sistema judicial e, ainda, o facto de um dos critérios de admissão nas casas-abrigo ser a apresentação prévia de uma queixa-crime contra o agressor.

Os inquéritos de vitimação de 1992 e 1994, do Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Justiça (Almeida & Alão, 1993, 1995), constituíram-se também instrumentos importantes na estimativa do volume de vitimação em Portugal. Em relação aos anos a que se referem, os inquéritos representaram uma resposta complementar às estatísticas criminais, pois foram um contributo para desvendar alguma da vitimação “encoberta” ou oculta, permitiram extrair perfis e tendências de

vitimação e ajudaram ainda a perceber os factores que inibiam nessa altura uma maior participação dos crimes. Por exemplo, no inquérito de 1994, a baixa denúncia (taxa de 36%) da vitimação violenta era explicada pelo facto de os inquiridos entenderem que a polícia não podia fazer nada (41%), lerem o incidente como pouco importante (34%), não simpatizarem com a polícia (31%), terem medo de represálias (12%) e, ainda, pela presença de constrangimentos envolvidos na denúncia (e.g., despesas, aborrecimentos) (11%).

Um outro conjunto de estudos desenvolvidos no nosso país, através de questionários ou inventários, predominantemente de cariz sociológico mas também psicológico, tem permitido estimar a prevalência da violência praticada na intimidade, caracterizar os contextos de violência e os intervenientes - vítima e agressor. Apresentamos de seguida os resultados que, do nosso ponto de vista, são mais significativos, optando por organizar os estudos cronologicamente:

i. «*Violência contra as mulheres em Portugal*» (Lourenço, Lisboa & Pais, 1997): realizado em 1995, dirigido à população em geral, com uma amostra de 1000 mulheres, este estudo obteve os seguintes resultados:

<p>Tipos de violência</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicológica = 37% ▪ Sexual = 25,4% ▪ Física = 13,7%
<p>Tipos de reacção da vítima (último ano)</p>	<p>Face à violência em geral, não reacção = 80%</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ não reacção = 39,3% e reacções passivas = 40,6% <p>Face à violência física:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ não-reacção = 20,9% ▪ reacção passiva = 29,9% ▪ reacção violenta = 20,9%

O espaço de violência física e psicológica era predominantemente a casa (43%) e os maridos os principais autores da agressão (47%); de entre as causas avançadas para a violência, a dominação masculina e o machismo eram as mais apontadas pelas vítimas (29%); as mulheres mais novas, de regiões mais urbanizadas, com um nível de instrução mais elevado eram as que mais se percebiam como vítimas de situações de violência (particularmente sexual e discriminatória); a violência física era mais reportada por

mulheres mais velhas e com um nível de instrução mais baixo; a violência psicológica distribuía-se de modo menos diferenciado pelos diferentes grupos socio-económicos; apenas 16% dos casos de vitimação da mulher envolviam, segundo as inquiridas, o consumo de drogas ou álcool pelo agressor.

ii. «*O contexto social da violência contra as mulheres detectada nos Institutos de Medicina Legal*» (Lisboa, Barroso & Marteleira, 2003): realizado sobre o ano 2000, baseado maioritariamente em casos de violência praticada no meio familiar; o universo de análise deste trabalho era constituído por 2160 processos de mulheres. Este estudo teve como mais-valia o contexto de recolha, o Instituto de Medicina Legal (IML Coimbra e Porto), permitindo caracterizar a violência relativamente grave e o respectivo perfil socio-económico das vítimas e dos agressores. Nesse contexto, em termos de valores totais, destacamos o seguinte:

Estado civil das vítimas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ casadas = 59,1% ▪ solteiras = 19,4%
Tipos de violência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ violência física = 83,3% ▪ associação entre violência física e psicológica = 14,2% ▪ violência sexual = 1,6%
Tipos de actos registados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sovas = 74,5% (IML Coimbra); 58,1% (IML Porto) ▪ ameaças e insultos = 2,4% (IML Coimbra); 12% (IML Porto) ▪ tentativas de homicídio = 5,6% (IML Coimbra); 6% (IML Porto) ▪ empurrões = 5,6% (IML Coimbra); 2,2% (IML Porto)
Percepção das vítimas sobre os motivos da agressão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ciúme = 44,4% ▪ alcoolismo = 19,7% ▪ questões de vizinhança = 7,2% ▪ desemprego/problemas económicos = 7,1% ▪ assalto = 6,5% ▪ questões de divórcio = 4,2% ▪ toxicoddependência = 3,9% ▪ questões laborais = 2,1% ▪ problemas de saúde = 2,1% ▪ gravidez indesejada = 1,5%

As agressões ocorreram na própria casa (67,2%), sobretudo à noite, com os filhos a presenciarem as agressões (95,3%) ou a serem igualmente alvo destas (66,7% no Porto e 83,3% em Coimbra). A maioria das inquiridas denunciou uma história de

violência continuada, sendo expressivo o número de situações que se perpetuara por mais de dez anos (36,7%, em termos do total da amostra), protelando até então a denúncia. Os agressores eram, sobretudo, maridos das vítimas (49,6%) e alguns assumiam o estatuto de namorados (7,5%), predominando em termos profissionais os trabalhadores não qualificados. As vítimas eram, sobretudo, mulheres domésticas (40,3%). Vítimas e agressores tinham o mesmo nível de instrução (primário ou secundário) e nível etário (maior prevalência de pessoas com menos de 44 anos, sendo que 70,5% das vítimas tinha entre os 25-44 anos). O predomínio dos diferentes tipos de violência variava consoante o estrato socio-económico das vítimas: a violência física foi mais reportada pelas mulheres mais velhas, divorciadas, separadas ou viúvas, com um nível baixo de instrução, pouco qualificadas do ponto de vista profissional e economicamente dependentes dos maridos; a violência sexual sobressaiu entre as mulheres mais novas, solteiras, estudantes ou profissionais de serviços, com salário próprio ou dependentes dos pais; a violência psicológica registou-se mais nas mulheres casadas, indiferenciadas profissionalmente, com ordenado ou dependentes economicamente.

iii. «*Os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres*» (Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa, 2003): realizado em 2002, dedicado à análise das dimensões sociais, de saúde física, psicológica e de educação das vítimas, foi conduzido através de um inquérito sociológico a 1500 mulheres com 18 anos ou mais. Este estudo permitiu actualizar os dados do anterior trabalho de 1995. Nele se conclui que 30% das mulheres inquiridas se percebem como vítimas de pelo menos um acto de violência (física, sexual, social, discriminação sócio-cultural, psicológica) nos últimos doze meses e em anos anteriores. Destacamos ainda os seguintes resultados:

<p>Tipos de violência</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Física = 29,3% ▪ Associação de vários tipos de abuso = 23% ▪ Psicológica = 19,4%
<p>Tipos de reacção da vítima</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reacção passiva = 57,5% ▪ “Evitar” a situação = 14,2% ▪ Recurso às instituições = 14,2% ▪ Reacção violenta = 13,8%

Neste cenário, em 39% dos casos, a violência experienciada perpetuara-se por um período superior a dez anos. A casa era o espaço habitual de violência física e psicológica (46%) e, reportando-se ao último ano, o marido e o ex-marido/companheiro eram os protagonistas da agressão (40%). Em grande parte dos casos, estes possuíam a instrução preparatória ou secundária (46,3%) e desenvolviam actividades operárias (28,2%). Quanto ao perfil socio-económico da vítima, a violência física foi reportada sobretudo pelas mulheres mais velhas, divorciadas, separadas ou viúvas, com níveis de instrução mais baixos e pouco qualificadas profissionalmente; a violência sexual foi mais reportada pelas mulheres mais novas, solteiras; a violência psicológica foi mais relatada pelas mulheres casadas que viviam com maridos ou companheiros, economicamente dependentes ou com ordenado próprio. As reacções mais determinadas surgiram das mulheres mais novas, mais instruídas e autónomas. Foram também estas as que recorreram mais às instituições.

iv. «*Violência nas relações de namoro: Comportamentos e atitudes na população universitária*» (Machado, Matos & Moreira, 2003): realizado em 2002, em contexto universitário, este estudo procurou caracterizar a prevalência da violência e os valores culturais que contribuem para a sua legitimação no contexto das relações amorosas. No que respeita ao plano comportamental, uma percentagem significativa de estudantes adoptou condutas violentas no contexto das suas relações pré-maritais: 15,5% referiram ter sido vítimas de pelo menos um acto abusivo durante o último ano; 21,7% admitiram já ter adoptado este tipo de condutas em relação aos seus parceiros. O feminino surgiu como o grupo mais vitimado, predominando entre os estudantes formas “menores” de violência (e.g., insultar, difamar ou fazer afirmações graves para humilhar ou “ferir”, gritar ou ameaçar com intenção de meter medo, partir ou danificar objectos intencionalmente, dar uma bofetada). No que toca a diferenças de género, as estudantes admitiram mais do que os seus colegas alguns comportamentos específicos (e.g., “dar uma bofetada”).

v. «*Violência nas famílias portuguesas: Um estudo representativo na região Norte*» (Machado, no prelo): realizado em 2002 e 2003, procurou estudar a prevalência da violência no contexto familiar, designadamente a nível conjugal e parental. Envolveu um total de 2391 famílias da região Norte do país, possuindo um ou mais filhos com idades inferiores a 18 anos. A amostra era constituída por um representante de cada um

dos agregados, distribuindo-se em termos de habilitações de forma relativamente homogénea entre os diferentes grupos socio-económicos. Em termos de comportamentos de maus tratos na relação conjugal, a partir do instrumento de recolha IVC¹⁰ (Matos, Machado & Gonçalves, 2000), destacamos os seguintes resultados:

<p>Actos perpetrados: 26.2% maltrataram durante o último ano pelo menos uma vez</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Violência física = 12% ▪ Maus tratos emocionais = 23,7%
<p>Actos recebidos; 21% vítimas de pelo menos um acto de agressão por parte dos seus parceiros durante o último ano</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agressões físicas = 10,3% ▪ Maus tratos emocionais ou coerção = 20,8%
<p>Maus tratos físicos mais típicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar bofetadas (perpetrado 7,4%; recebido 7,1%) ▪ Dar empurrões violentos (perpetrado 4,6%; recebido 4,9%) ▪ Atirar com objectos (perpetrado 3%; recebido 3,4%) ▪ Puxar os cabelos (perpetrado 2,7%; recebido 3,2%) ▪ Dar murros (perpetrado 2%; recebido 3,1%) ▪ Ameaçar com armas ou uso de força física (perpetrado 1,1%; recebido 2,2%) ▪ Apertar o pescoço (perpetrado 1%; recebido 2,2%)
<p>Maus tratos emocionais mais típicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insultar, difamar ou fazer afirmações graves para humilhar ou ferir o parceiro (perpetrado 17,3%; recebido 17,6%) ▪ Gritar ou ameaçar para meter medo (perpetrado 10,8%; recebido 10,6%) ▪ Partir coisas ou deitar a comida ao chão para meter medo (perpetrado 6,5%; recebido 6,2%) ▪ Impedir o contacto com outras pessoas (perpetrado 1,4% e recebido 2,9%) ▪ Ficar com o salário da outra pessoa ou colocá-la em situação de privação económica (perpetrado 0,6%; recebido 2%)

Este trabalho permitiu, entre outros aspectos, identificar a prevalência de diferentes formas de violência no contexto da conjugalidade, um fenómeno que registou uma maior prevalência nos níveis socio-económicos inferiores, mas também uma

¹⁰ O IVC (Inventário de Violência Conjugal, Machado, Matos & Gonçalves, 2000) é um inventário comportamental que questiona o sujeito sobre actos de violência distintos (física, emocional e sexual), perpetrados ou recebidos por si relativamente ao seu parceiro(a) conjugal no último ano. Em relação a cada acto admitido, permite avaliar a sua reincidência.

prevalência significativa no nível superior. Quanto às diferenças de género, os homens evidenciaram-se mais como agressores, perpetrando mais violência física, nomeadamente grave; as diferenças de género esbateram-se no que se refere à agressão emocional. A análise da associação entre agressão e vitimação conjugal permitiu constatar um elevado grau de sobreposição entre estas duas condições: das 477 vítimas identificadas, 393 eram também agressoras conjugais.

vi. «*Abuso no relacionamento íntimo: Estudo de prevalência em jovens adultos portugueses*» (Paiva & Figueiredo, 2004): realizado em 2003/2004, com 318 estudantes universitários, a partir do *Revised Conflict Tactics Scales*, os seus resultados mostraram que, em termos da perpetração e da vitimação, a agressão psicológica foi a mais prevalente (53,8-50,8%, respectivamente), seguindo-se a coerção sexual (18,9-25,6%, respectivamente) e o abuso físico sem sequelas (16,7-15,4%, respectivamente). O abuso físico com sequelas foi o menos frequente (3,8-3,8%, respectivamente) entre os jovens. As formas de abuso “menores” foram mais comuns comparativamente às formas de violência severa. Neste estudo, o exercício da violência revelou-se uma realidade comum aos dois elementos da relação e não um comportamento típico de um determinado elemento. A perpetração e a vitimação encontravam-se, portanto, significativamente associadas.

Discussão

Apesar dos sistemas de registo nacionais evidenciarem uma série de limitações já referidas, a partir dos estudos conclui-se que, à semelhança de outros países, a violência na intimidade é uma realidade comum às mulheres portuguesas, exercida no contexto da casa, pelo seu parceiro, em relações maritais e não-maritais, actuais e passadas.

As investigações nacionais referenciadas permitem estabelecer alguma diferenciação entre os tipos de violência e o estrato socio-económico e o grupo etário das vítimas. Destaca-se, por exemplo, que a violência física é reportada pelas mulheres mais velhas e a sexual pelas mulheres mais novas. O relato da violência psicológica é mais ambíguo em termos de grupo etário mais abrangido, registando nalguns estudos níveis dramáticos (e.g., estudo de Lisboa *et al.*, 1997; Paiva & Figueiredo, 2003), o que poderá talvez explicar-se por uma definição alargada do conceito.

Vítimas e agressores partilham um perfil de transversalidade (e.g., a nível etário, educativo, económico, profissional e estatuto social).

Os estudos de prevalência mostram ainda que, para muitas mulheres, as trajetórias de violência são longas e registam um início muito precoce.

A prevalência de actos abusivos encontrada nos estudos desenvolvidos em contexto de namoro ou com jovens, ainda que envolva maioritariamente “pequena” violência, é suficiente para não minimizarmos este fenómeno.

Por sua vez, a partir do estudo desenvolvido nos contextos da Medicina legal, conclui-se que muitas situações envolvem violência grave, nomeadamente tentativas de homicídio. A implicação, directa ou indirecta, dos filhos nestes conflitos é clara nalguns dos estudos descritos.

Apesar do pouco que se sabe, a violência é atribuída pelas vítimas aos factores culturais (e.g., machismo) e a alguns factores individuais (e.g., ciúme).

O recurso às instituições corresponde à resposta de uma minoria, depois de vários anos de vitimação (cf. estudo no IML). Aliás, se compararmos os estudos sociológicos de 1995 a 2002 verificamos que, quanto às soluções desenvolvidas, passados sete anos parece continuar a predominar uma atitude passiva das vítimas face à sua condição. No período temporal compreendido, registam-se apenas duas transformações. Uma relaciona-se com o facto de um número maior de mulheres assumir uma reacção legal (de 1% para 10,4%). Os autores do estudo realizado mais recentemente justificam que essa diferença poderá explicar-se pela maior consciencialização das vítimas acerca do carácter criminal da conduta do agressor e da sua percepção de maior eficácia dos mecanismos judiciais, sistema de que esperam habitualmente protecção. Outra mudança relaciona-se com a violência física, a qual regista um valor mais expressivo no último estudo. De qualquer forma, os autores do segundo estudo alertam que não deverá ser produzida uma análise comparativa já que a metodologia utilizada nos dois trabalhos é diferente (por exemplo, no estudo de 1995, as questões eram realizadas acto a acto, o que não acontece neste último trabalho).

O facto de em dois dos estudos a perpetração e a vitimação surgirem relacionados exige uma maior clarificação. Essa associação poder-se-á explicar de diferentes formas: pode, por exemplo, resultar do tipo de instrumentos utilizados (negligenciando-se o contexto de ocorrência da violência). Assim, a sobreposição entre as duas posições pode decorrer de situações de resistência da vítima face à violência do parceiro, formas de tentar defender-se e readquirir controlo, até porque como documentam os estudos de

Lisboa e colaboradores a reacção violenta é um padrão de resposta possível da mulher que é maltratada na intimidade (os estudos que documentam essa sobreposição não diferenciam quem é o “agressor primário”). Pode resultar também do facto dos agressores serem simultaneamente alvo de violência das suas parceiras (e.g., psicológica), podendo nesse caso estar presentes padrões de agressão recíproca ou mútua, ocasional ou continuada. Aliás, tendo em conta o que discutimos sobre a questão da simetria da violência, os dados empíricos encontrados poderiam ser melhor entendidos se se recolocasse no contexto interactivo as situações em que a perpetração e vitimação se sobrepõem. A esse nível, interessaria clarificar quais os padrões de violência que os estudos investigam e os tipos de violência envolvidos (e.g., em termos de gravidade), distinguir a incidência dos actos reportados, perceber os contextos de instalação da violência e as interacções subsequentes promovidas pelos intervenientes, analisar o dano causado às vítimas, os significados e as motivações envolvidas no exercício da violência.

Assim sendo, qualquer explicação avançada poderá ser demasiado simplista. Precisamos, definitivamente, de perceber melhor as circunstâncias em que agressor e vítima se aproximam pelo seu recurso à violência, desenvolvendo mais estudos eventualmente com um carácter mais contextual.

4.2. Estudos sobre o impacto da violência

Segundo o Conselho da Europa, a violência contra as mulheres no espaço doméstico é a maior causa de morte e invalidez entre as mulheres dos 16 aos 44 anos, superando o cancro, os acidentes de viação e as mortes em contextos de guerra (cit. CIDM, 2003). Um estudo já referido, realizado pela O.M.S. (2005), reforça a imagem do enorme impacto que a violência física e sexual por parte dos maridos e parceiros tem sobre a saúde e o bem-estar das mulheres em todo o mundo. Entre os que estudam o fenómeno há igual consenso em torno da noção de que este tipo de violência se traduz em elevados custos, pela perturbação psicológica e/ou física que pode causar nas vítimas.

Estudos internacionais realizados a partir dos anos setenta, sobretudo nos contextos da saúde, ilustram as consequências deste tipo de experiência. Abbott e

Williamson (1999) documentam, por exemplo, que as mulheres que experienciam relações íntimas violentas têm geralmente uma saúde mais precária.

Segundo Stark (2001), a partir da pesquisa sabe-se, por exemplo, que: a) um número considerável de mulheres recorre a ajuda médica pelo menos uma vez nas suas vidas devido ao abuso (Teske & Parker, 1983); b) anualmente, 1,5 milhões de mulheres recorrem a tratamento médico pelos danos causados pelo abuso (A.M.A., 1992); c) a cada ano, os custos médicos decorrentes das agressões pelo marido são significativos (National Crime Victimization, 1991) e resultam em milhares de hospitalizações, visitas às urgências e consultas a clínicos (U.S. Department of Justice, 1992); d) 22 a 35% das mulheres que recorrem aos serviços de urgência apresentam sintomas que decorrem de maus tratos (Campbell, 1994); e) as agressões durante a gravidez, as fracturas faciais e os danos infligidos sobre o crânio são causas comuns das hospitalizações (Coben *et al.*, 1999); f) uma em cada oito situações de mulheres que recorrem aos serviços de urgência está relacionada com os maus tratos pelo parceiro (Abbott *et al.*, 1999, cit. Koss *et al.*, 2001); g) comparativamente às mulheres sem experiência de violência, as mulheres batidas têm três vezes mais probabilidade de ser abusadas durante a gravidez (Stark & Flitcraft, 1996); h) 20% dos nados mortos durante a gravidez devem-se a traumatismos físicos (Fildes, 1992); i) 40% das mulheres batidas relatam ter sido vítimas durante a gravidez (Chambliss, 1997); j) um terço de todas as violações ocorre em relações íntimas abusivas (Ropper *et al.*, 1979); l) o risco para os filhos de mães maltratadas de serem também maltratados é seis a quinze vezes mais elevado (Rosalind, 1997); m) as mulheres vítimas de violência conjugal recebem quatro a cinco vezes mais tratamento psiquiátrico do que as mulheres da população em geral (Stark & Flitcraft, 1991, cit. Stark 2001).

De forma específica, a violência física pode resultar em múltiplas fracturas faciais, lesões de vários tipos (e.g., escoriações, hematomas, queimaduras, mordeduras, cortes), danos ao nível da audição e da visão, problemas obstétricos (e.g., aborto, risco de parto prematuro) e distúrbios ginecológicos. A dor crónica e/ou psicossomática é outro dos motivos que conduz, com frequência, as mulheres vitimadas aos serviços de saúde (Goldberg & Tomlanovich, 1984, cit. Campbell, 1998). Essa queixa pode representar tanto a somatização do abuso, como resultar de lesões físicas não tratadas devidamente.

A partir de uma revisão de vários estudos, Koss e colaboradores (2001) referem ainda que as mulheres que são vítimas de agressões físicas estão especialmente vulneráveis ao abuso sexual, embora este seja menos participado. Quando comparadas

com mulheres vitimadas fisicamente, aquelas que são também abusadas sexualmente registam um maior risco de ser vítimas de violência durante a gravidez, um maior risco de ser vítimas de homicídio, manifestando igualmente sintomatologia depressiva mais severa e um maior dano ao nível da auto-estima (Campbell, 1989; Frieze, 1983).

A violência psicológica pode resultar num comprometimento semelhante ou mesmo mais severo da vítima (e.g., DeKeseredy, 2000), ainda que numa dimensão mais difícil de medir.

Segundo Stark e Flitcraft (1996, cit. Stark, 2001), quando comparadas com mulheres não maltratadas, as mulheres vitimadas pelo parceiro têm mais probabilidade de tentar o suicídio, de recorrer ao álcool e a outras drogas como formas de evitamento. A depressão é, sem dúvida, um dos principais motivos que conduz as mulheres vitimadas a procurar os serviços de apoio (Campbell, 1995, cit. Gondolf, 1998), a par das perturbações de ansiedade (Plichta, 1997, cit. Campbell, 1998). São, ainda, frequentes os distúrbios cognitivos e de memória (e.g., confusão mental, imagens intrusivas, dificuldades na tomada de decisão), alterações na imagem corporal, alterações na sexualidade - sobretudo quando está presente a violação pelo parceiro - e, ainda, um comprometimento significativo ao nível da identidade da mulher (cf. Matos, 2000).

De salientar que estas dificuldades referenciadas pela literatura surgem após o abuso, estando a agressão pelo marido/companheiro na sua origem. Muitas vezes, os seus efeitos prolongam-se para além da cessação da violência.

Outras condições observadas nesta população podem também resultar do alto nível de *stress* experienciado nas relações íntimas violentas (e.g., distúrbios alimentares e de sono, distúrbios psicossomáticos, desordem de *stress* pós-traumático) e um conjunto de problemas de saúde (e.g., cefaleias recorrentes) pode constituir-se como consequências indirectas da violência.

A literatura tem também documentado, de forma ampla (e.g., Mo-Yee Lee, 2001; Wilson, 1997), o impacto negativo nos filhos que têm contacto com estes conflitos, designadamente a nível cognitivo (e.g., expectativas face ao conflitos, atribuição da culpa), comportamental (e.g., *coping* face ao conflito, problemas de externalização, menor competência social) e emocional (e.g., mais deprimidos, inseguros, problemas de internalização). Essa experiência pode condicioná-los nas várias esferas relacionais da sua vida (e.g., McCloskey & Lichter, 2003), a curto e a longo prazo (cf. Berman, 1993). Os estudos neste domínio (e.g., Berman, 1993) não deixam, contudo, de documentar um

conjunto de factores mediadores do impacto dessa violência junto dos filhos (e.g., idade, género, existência de outros *stressores*, tipo de suporte percebido e recebido, significados atribuídos à violência).

Em Portugal, alguns dados preliminares recolhidos nos anos 1985/87 (Silva, 1995) documentavam já uma preocupante realidade: a quase totalidade dos 114 casos de agressão inter-conjugal registados pelo Instituto de Medicina Legal do Porto era de agressão à mulher. De igual modo, durante o ano de 1982, metade das mulheres que foram seguidas em dois dos Serviços de Psiquiatria, da cidade do Porto, eram vítimas regulares de agressão física na relação conjugal; no serviço de Psiquiatria Infantil, da mesma cidade, um quarto dos processos clínicos analisados fazia referência a que o pai batia na mãe.

Recentemente, e de forma mais ampla, outros estudos de referência documentaram as múltiplas consequências da vitimação:

i. «*Homicídio conjugal em Portugal*» (Pais, 1998): numa “radiografia” dos homicídios conjugais em Portugal, Pais (1998) destacou que este crime corresponde a 15,1% dos homicídios em geral no nosso país. No estudo realizado refere-se ainda que, na maior parte dos casos, esse crime foi cometido pelo homem. Conclui-se também que mais de metade das mulheres que cometeram homicídio mataram para pôr fim aos maus tratos conjugais.

ii.«*Os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres*» (Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa, 2003): através deste trabalho, os autores concluem que as mulheres que se percebem como vítimas de vários tipos de violência (não apenas por parte dos companheiros, embora tal predomine entre as situações reportadas) se diferenciam das não-vítimas a vários níveis. No que respeitava aos custos sociais, o estudo mostrou que cerca de metade (47,3%) das vítimas associava a violência, ocorrida nos últimos doze meses, a efeitos negativos junto da família e amigos (e.g., a separação forçada de familiares ou amigos), referindo-se na sua maioria aos filhos. As vítimas evidenciaram, por exemplo, uma probabilidade 50% superior de ter os filhos doentes nos doze meses anteriores ao inquérito. Quanto aos custos profissionais, 15,2% das vítimas revelaram que a violência teve consequências evidentes na sua vida profissional, designadamente dificuldade em arranjar emprego e uma maior probabilidade de

despedimento. Sobre os custos com a saúde física, os autores documentaram que 21% das mulheres vítimas recorreram ao hospital devido à violência sofrida, sobretudo aquelas que experimentaram violência física de forma continuada (traduzida em idas sucessivas aos serviços). Quanto à severidade das lesões, a maioria das situações não exigiu internamento, nem intervenções cirúrgicas, predominando lesões ligeiras relacionadas com equimoses/hematomas (22,5%). As agressões mais graves relacionaram-se com fracturas (n = 6) e abortos (n = 3). Das mulheres violentadas 4,6% ficaram com incapacidades. O estudo permitiu ainda destacar que daquelas que recorreram aos hospitais, 30% não revelaram ao médico a violência como motivo da consulta. O recurso aos centros de saúde e aos médicos privados (16% e 8% respectivamente) foi menor do que o recurso aos hospitais. Sobre os custos com a saúde psicológica, o recurso à consulta de psicologia/psiquiatria por perturbação emocional foi o dobro nas mulheres vítimas, quando comparadas com as não-vítimas (33,3 e 16,4%, respectivamente). Das que já recorreram a psicólogo/psiquiatra, cerca de metade fizeram-no pelo motivo da violência. Quanto aos custos psicológicos indirectos, quando comparadas com as não-vítimas, as vítimas reportaram que a violência interferiu bastante ou muito com familiares ou amigos, tinham uma menor percepção de produtividade, revelaram maior irrequietude, dificuldade em descontraír e em tomar decisões, choro fácil, pensamentos assustadores, dificuldade em expressar sentimentos, dificuldades de concentração e de memória. Os pensamentos suicidas eram quatro a cinco vezes mais frequentes do que entre as não-vítimas, existia nove vezes mais probabilidade de tentar o suicídio, seis vezes mais probabilidade de exibir comportamentos violentos face aos outros, quatro vezes mais probabilidade de ter medos excessivos, três vezes mais probabilidade de assumir comportamentos destrutivos, duas vezes mais probabilidade de manifestar problemas alimentares (sobretudo associados a situações reportadas de violência psicológica). No que se refere ao impacto na educação, a violência prejudicou o percurso escolar das mulheres vitimadas e dos seus filhos. Por parte das que já não frequentavam a escola, registou-se uma maior percepção de insucesso escolar no passado; entre as que ainda frequentam a escola, registou-se uma maior probabilidade de absentismo face às não-vítimas devido a violência (sobretudo física). Os seus filhos tinham igualmente uma maior probabilidade de reprovar ou de abandonar a escola quando comparados com os filhos das mulheres não-vítimas.

iii. «*Trajectórias institucionais de (re)inserção*» (Baptista, Silva, Silva & Neves, 2003): a partir do único estudo conhecido em Portugal sobre as experiências de institucionalização das mulheres vítimas de maus tratos nas casas-abrigo, realizado em seis desses locais de acolhimento e abarcando 26 mulheres entrevistadas, constatou-se que a maioria das utentes apresentava um elevado nível de precariedade económica. A maior parte delas eram relativamente jovens (idade inferior a 44 anos). O número médio de filhos era de 3,4. Os seus percursos revelaram pouco investimento em termos de escolaridade, reflectido em níveis de escolaridade baixos (a maioria possuía o 6º ano ou menos); para metade das mulheres inquiridas, a situação de vitimação durou mais de cinco anos e, destas, metade referiu uma experiência de quinze anos ou mais. Retrataram, portanto, contextos de violência continuados, onde eram desvalorizadas e isoladas da família. Aquelas que possuíam um nível de escolaridade mais elevado registaram períodos de vitimação inferiores. A maioria reportou também uma grande precariedade profissional, contribuindo a relação com o agressor para uma certa instabilidade neste domínio. A situação educacional e profissional que revelaram a propósito dos agressores eram idênticas. Alguns elementos inibiram ou fizeram estas mulheres protelar as suas decisões face aos maus tratos (e.g., interferindo na ruptura relacional): poucos recursos habitacionais, elevado número de filhos, alguns factores associados à vítima (e.g., esperança na mudança, “casamento para toda a vida”, vergonha da ruptura, ambiguidade afectiva face ao agressor, medo represálias). De referir que os filhos e o medo se constituíram quer como inibidores, quer como impulsionadores de decisões. O poder do marido era exercido através da proibição de trabalhar fora de casa ou da ausência de contribuição para o orçamento familiar conduzindo a situações de grande carência. Na maioria das situações existia comportamentos aditivos do agressor. Essa foi, aliás, uma causa avançada pelas inquiridas para os maus tratos. O impacto da violência nos seus filhos era percebido pelas mulheres a partir de diversos sinais (e.g., comportamentos agressivos, ambivalência face ao pai). A rede informal de apoio, quando existia, assumia um papel positivo. Todavia, a maioria das participantes revelou situações de isolamento social e uma ausência de suporte familiar. O apoio formal proporcionado pelas polícias foi alvo de uma avaliação quer positiva (proximidade do atendimento), quer negativa (insensibilidade). Acerca da eficácia das práticas, constatou-se que o trabalho que as casas-abrigo promovem era valorizado pelas mulheres, mas havia também excepções: foram relatadas situações em que não existiam estratégias de apoio

à procura de emprego ou, mais raramente, que estimulavam a dependência das mulheres face à instituição de acolhimento.

Discussão

Os estudos nacionais corroboram a literatura internacional, ou seja, viver uma experiência de vitimação na intimidade, de forma continuada, acarreta um preço elevado, sendo evidentes os seus custos directos e indirectos para a própria vítima e para os seus filhos.

No domínio profissional, as dificuldades vividas contribuem para uma condição de maior precariedade a vários níveis (e.g., social, económico).

Na área da saúde, a maioria dos estudos reforça a noção de que o impacto da violência íntima na saúde física e psicológica da mulher é difuso. Talvez por isso, recentemente, alguns investigadores o considerem um assunto de saúde pública (Koss *et al.*, 2001). Tal designação poderia ajudar a sublinhar a sua natureza interdisciplinar e as necessidades de prevenção face ao problema, ainda que essa abordagem não encerre apenas vantagens (e.g., descentração de outros efeitos mais vastos para além da saúde) (cf. Campbell, 2000).

Embora procurem os serviços de saúde, particularmente aquelas que são violentadas fisicamente, um terço continua a não denunciar a sua experiência aos técnicos.

Em geral, de entre os efeitos nas próprias vítimas e nos que lhe são próximos destacam-se os problemas de saúde, as dificuldades comportamentais, emocionais e relacionais, assim como o carácter destrutivo (e.g., homicídio e suicídio) e incapacitante dos maus tratos.

Apesar dos longos trajectos de violência, as mulheres que procuram as casas-abrigo são relativamente jovens. Os percursos mais curtos estão directamente relacionados com a presença de um maior nível de recursos. As vítimas estão conscientes de que a ausência de recursos diversos (e.g., falta de suporte familiar) e os próprios efeitos que decorrem da vitimação as condicionam no momento de tomada de decisão. Curiosamente, os filhos e o medo estimulam a inacção e, noutras etapas, são agentes da mudança. Nem sempre a apreciação dos serviços de apoio (e.g., casas-abrigo) é favorável. Necessitamos, por isso, de mais investigação nesse domínio.

No essencial, a partir dos estudos percebe-se que a condição de vitimação é geradora de grande vulnerabilidade pessoal. Todavia, pensamos que seria abusivo, a partir dos estudos de impacto, identificar um perfil único de dano, apesar de muitos ainda insistirem em encontrar e em isolar esse perfil homogéneo (e.g., *Battered woman syndrome* ou *Síndrome da mulher batida*), nomeadamente nos meios judiciais (cf. Ferraro, 2003). As implicações dessa procura persistente de um perfil de vítima de maus tratos serão analisadas no capítulo II, a propósito de uma reflexão crítica que faremos acerca das explicações intra-individuais para a violência contra as mulheres.

4.3. Estudos sobre as crenças associadas à violência

Vários estudos internacionais documentam a relação entre as atitudes sustentadas em torno da violência e os comportamentos violentos dos indivíduos nos seus relacionamentos íntimos (Kantor & Straus, 1987, Russell & Hulson, 1992; Stith & Farley, 1993, cit. Kane, Staiger & Ricciardelli, 2000). Em relação aos agressores, no entender de Herzberger e Ruceckert (1997), as crenças tolerantes face aos maus tratos conjugais podem constituir-se quer como precursores, quer como consequências do comportamento violento, uma vez que os maltratantes tendem a acreditar que esta é justificável e que não devem ser unicamente responsabilizados ou punidos pelos actos praticados.

Outros estudos têm evidenciado que esse tipo de crenças também contamina aqueles que intervêm publicamente na violência na intimidade. Berry (2000) refere que, nos anos oitenta, alguns juízes ainda entendiam o abuso na intimidade como um “sintoma” de um mau casamento, em vez de o entenderem como causa, e o maltratante arrependido era olhado como merecendo uma outra oportunidade. Ptacek (1988), a partir de uma análise de artigos e livros escritos por vários profissionais que intervêm directamente com maltratantes (e.g., assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras), enuncia um conjunto de exemplos da literatura clínica que considera a “perda de controlo” e a “provocação” como formas de explicar a ocorrência de violência contra a parceira. Para o autor, essas circunstâncias também contribuem para preservar as atitudes culturais que mantêm a violência na intimidade.

Em Portugal, existem poucos estudos neste domínio. De qualquer forma, há já alguns dados disponíveis:

i. «*Violência nas relações de namoro: Comportamentos e atitudes na população universitária*» (Machado, Matos & Moreira, 2003): neste estudo, a partir da ECVC¹¹, conclui-se que a generalidade dos sujeitos apresenta um baixo nível de concordância com as crenças legitimadoras da violência. Contudo, os estudantes masculinos revelaram percepções mais tolerantes acerca da violência. Subscreveram mais a crença de que a violência poderá ser justificável face a determinadas condutas da mulher, consideraram mais importante preservar a privacidade familiar, acreditaram que a violência pode ser atribuível a causas externas e fora de controlo do ofensor, tais como o álcool ou a pobreza e minimizavam mais a “pequena violência” no contexto das relações íntimas. Verificaram-se ainda diferenças significativas entre os estudantes dos primeiros (1º e 2º) e dos últimos anos (4º e 5º) das diferentes licenciaturas envolvidas no estudo, evidenciando que a tolerância face à violência decresce ao longo do percurso de formação. No que se refere à relação entre vitimação e tolerância face à violência, ao compararmos vítimas e não vítimas e agressores e não agressores, nas relações actuais e passadas, verificou-se que estes não se diferenciaram significativamente no seu grau total de tolerância à violência. Contudo, as vítimas tenderam mais a minimizar a “pequena” violência e os agressores apoiaram também mais essa banalização.

ii. «*Violência nas famílias portuguesas: Um estudo representativo na região Norte*» (Machado, no prelo): neste estudo, no que se refere à caracterização das atitudes culturais em relação à violência conjugal, também a partir da ECVC, as respostas dos entrevistados indicaram uma tendência de resposta desfavorável aos itens que compõem a escala. O mesmo aconteceu em relação a cada uma das dimensões específicas que contribuem para a minimização dos maus tratos, observando-se um sentido de resposta tendencialmente negativo. O padrão de diferenciação sexual foi muito evidente, com os homens a subscreverem mais o conjunto de crenças sustentadoras desta conduta, assim como cada um dos factores que a compõem. Como já referimos, esta legitimação traduziu-se a nível comportamental, com os homens a ocuparem mais frequentemente o papel de agressores conjugais, nomeadamente a nível físico. O grupo dos agressores conjugais legitimaram também mais a violência, pontuaram mais na ECVC, bem como nas dimensões específicas que compõem a escala. O mesmo sucedeu com as vítimas de

¹¹ A ECVC (Escala de Crenças em relação à Violência Conjugal, Matos, Machado & Gonçalves, 2001) é composta por vinte e cinco itens e a sua nota total mede o grau de legitimação ou tolerância face à violência nas relações íntimas (Machado, Matos & Gonçalves, 2004).

violência, igualmente mais legitimadoras deste comportamento na nota global da escala e nos diferentes factores que a integram.

Discussão

Apesar de traduzirem valores globalmente baixos de tolerância face à violência na intimidade, os estudos nacionais corroboram alguma da literatura internacional sobre o tema: em determinadas dimensões verifica-se uma maior tolerância ao abuso por parte de determinados grupos. Um dos estudos nacionais (o segundo referenciado) mostra mais claramente que o estatuto de agressor e de vítima está associado a uma maior tolerância face à violência. As vítimas revelam-se mais tolerantes (e.g., minimização da “pequena” violência) provavelmente porque são influenciadas pelos estereótipos culturais que enfatizam a normalidade da violência (Nabi & Horner, 2001, cit. Machado, Matos & Moreira, 2003), a preservação da família a todo o custo e a crença de que a violência foi apenas um acto isolado (Machado, Matos & Moreira, 2003). Por sua vez, os agressores são mais tolerantes, banalizando mais a violência, provavelmente pelo facto de sustentarem crenças de auto-desculpabilização, atribuição externa da culpa e minimização do dano causado à vítima (Machado, Gonçalves & Matos, 2005).

Assim, as crenças de legitimação da violência podem assumir um impacto profundo, moldando o entendimento que os intervenientes da violência - vítimas e agressores - constroem acerca destas experiências. Esse tipo de crenças acerca dos maus tratos pode também interferir nos desempenhos daqueles que estão envolvidos nestas dinâmicas abusivas. As vítimas podem permanecer na relação, interpretando tais ocorrências como episódios sem significado e não denunciar os abusos. Os agressores, por sua vez, podem desvalorizar a necessidade de modificar a sua conduta abusiva (Machado, Matos & Moreira, 2003).

Outro dado que se destaca é que, em termos globais, as atitudes e as mensagens culturais de tolerância parecem estar mais presentes nos discursos dos homens do que no das mulheres.

Por último, um dado positivo que ressalta do estudo com os jovens estudantes é o facto da formação/escolarização estar associado a níveis menores de tolerância face à violência.

4.4. Reflexão crítica: a investigação nacional sobre os maus tratos na intimidade

A investigação na área da violência na intimidade continua a enfrentar um conjunto de problemas, de carácter diverso, designadamente problemas conceptuais, epistemológicos e metodológicos. Expomos, de seguida, aqueles com que nos fomos deparando neste percurso de tentar compreender e intervir no fenómeno.

Do ponto de vista conceptual, introduzimos este primeiro capítulo estabelecendo os diferentes padrões de violência no casal e, em particular, definindo a violência contra a mulher na intimidade. Nesse âmbito, percebemos como a definição e a explicitação de conceitos implícitos nos *designs* das investigações é importante para se poder avaliar a congruência entre estudos: *afinal, o que avalia cada estudo?* Concluimos que os resultados de várias investigações, independentemente do seu enfoque disciplinar, reflectem mais a definição de violência que lhes está subjacente do que a realidade do fenómeno (e.g., dados de prevalência sobre a simetria da violência). Muitos não produzem retratos contextualizados das realidades que estudam (e.g., a violência exercida pelas mulheres na intimidade, violência no namoro). A este nível, Schwartz (2000) destaca uma outra questão pertinente: *aquilo que estamos a estudar reflecte a experiência das mulheres vitimadas ou a definição de violência do investigador?* A resposta a esta questão tem implicações ao nível da validade externa dos próprios estudos. As questões que colocamos e a forma como as colocamos podem ter efeitos dramáticos nos resultados (Schwartz, 2000).

Algumas dessas lacunas ou falhas conceptuais manifestam-se em problemas de método, isto é, nem sempre existe uma adequação funcional entre o que se pretende estudar e a forma mais útil de o fazer (e.g., estudar a violência a partir de escalas que avaliam o conflito familiar). As medidas ou instrumentos, bem como as amostras usadas geram também variação nos resultados, sendo apresentadas diferentes realidades que muitas vezes se confundem. Estes motivos inviabilizam, portanto, o cruzamento sistemático de informação entre os estudos (e.g., ao nível da mensuração do fenómeno).

Mesmo ultrapassando algumas das dificuldades conceptuais assinaladas, persistirá o problema metodológico da maioria dos estudos neste domínio se basear no auto-relato dos inquiridos (Heckert & Gondolf, 2000). Nesta área, essa circunstância gera um

problema muito evidente: o sub-relato. A nível da mensuração da violência, o sub-relato pode explicar-se por um conjunto de factores: o facto dos inquiridos não perceberem alguns actos como criminais, o facto das questões/actos não retratarem a experiência percebida pelos investigados, a interferência das diferenças de género no processamento das questões até à recusa em revelar uma experiência deste tipo. A nível dos estudos sobre as crenças e atitudes face à violência, o sub-relato pode explicar-se pela desejabilidade social que poderá afectar alguns inquiridos. Uma solução para melhor retratar o mesmo fenómeno, nas suas diversas dimensões, poderia passar por exemplo pela multiplicação dos instrumentos de medida disponíveis (DeKeseredy & Schwartz, 2001).

A nível da prevalência, registam-se outro tipo de problemas metodológicos: é necessário desenvolver formas de melhor registar as ocorrências, fomentar uma maior sistematização dos dados estatísticos disponíveis (e.g., relacionar os dados das vítimas com os dados do agressor) e voltar a realizar os inquéritos de vitimação. Nalguns serviços (e.g., hospitais, polícias), os estudos de prevalência aperfeiçoar-se-iam, não só pela maior operacionalização dos sistemas de registo, mas também pela maior sensibilidade e formação dos técnicos com essas funções de sinalização/detecção. Estas e outras soluções criativas para melhorar a detecção da violência têm sido apontadas por Jacquelyn Campbell (2000). Em Portugal, e como resultado das dificuldades referidas a nível da prevalência, são inexistentes os estudos longitudinais que possam traduzir padrões evolutivos, por exemplo na mensuração do problema (e.g., níveis de participação, níveis de ocorrência) e no grau de dano causado à vítima (e.g., custos/efeitos a longo prazo).

Do ponto de vista epistemológico, há domínios mais estudados e outros ainda muito lacunares.

Em termos internacionais e nacionais, o foco científico tem-se dirigido para estudos que testemunham o dano (principalmente na esfera pessoal), o “défice” causado pelos maus tratos. São, por exemplo, raros os estudos sobre os processos de *empowerment*. Essa circunstância resulta de uma certa centralização dos estudos em amostras clínicas. Assim, os estudos realizados a partir desse tipo de amostras, ainda que diferenciadas (e.g., recolhidas nas instituições judiciais, policiais, abrigos), devem ser complementados com outros trabalhos que envolvam experiências de vítimas que não se percebem como tal ou que não recorrem a essas instituições de apoio.

Por outro lado, entre os estudos desenvolvidos em Portugal predominam estudos quantitativos. Se a intenção de generalização dos resultados das investigações fez todo o sentido numa fase inicial de diagnóstico da problemática, actualmente são necessários retratos onde a experiência subjectiva (de vítimas e agressores) não seja negligenciada. Por exemplo, poucos estudos têm dado voz efectiva às vítimas, têm-se ocupado com a forma como estas experimentam, definem, explicam o problema e as mudanças geradas pelos maus tratos e após os maus tratos. Faltam análises mais profundas, estudos com uma maior dimensão de descoberta (e.g., estudos sobre os processos, estudos de caso). Para além dos retratos dos acontecimentos violentos, faltam imagens mais dinâmicas que permitam representar as trajectórias de coabitação com a violência, mas também as trajectórias de mudança (e.g., quais são as trajectórias que estas mulheres trilham depois dos maus tratos?), estudos capazes de captar mudanças ténues ou de grande magnitude.

No mesmo sentido, interessa privilegiar investigações longitudinais (e.g., estudos de *follow-up*, pós-denúncia, pós-penalização do agressor) sobre mulheres e homens recuperados para podermos melhor conhecer os seus percursos de mudança para formas de vida não-violentas. A disseminação deste tipo de testemunhos junto de audiências mais vastas pode ser importante, pois a percepção de alternativas (dirigidas a vítimas e agressores conjugais) por parte da sociedade pode constituir-se como impulsora do seu maior envolvimento.

São também necessários estudos sobre os recursos que estas mulheres activam para resistir ou escapar a uma situação continuada de maus tratos, estudos que ajudem a perceber os factores de resiliência face a uma experiência deste tipo. Alguns estudos (e.g., Árias, 1999) mostram que os estilos de *coping* condicionam o processo de saída da relação, como veremos no capítulo III. Estudos nesse âmbito são inexistentes em Portugal.

Por outro lado, hoje interessa-nos não só actualizar o retrato de vítimas e ofensores, mas também perceber quais as práticas mais úteis e o potencial do seu alcance em direcção a mudanças estruturais e qualitativas neste domínio. Faltam estudos que avaliem a eficácia dos serviços: as mulheres que procuram estas instituições estão satisfeitas com os serviços que lhes são prestados? Em que medida? A intervenção dos serviços ajuda-as a reduzir a recorrência dos abusos e a minorar as suas dificuldades? De que forma? Os vários profissionais sinalizam correctamente os casos de violência pelo parceiro e/ou elegem o abuso como alvo da sua intervenção? Que tipo de respostas tem recebido aquele que maltrata na intimidade? O foco científico no futuro deve, desta

forma, dirigir-se mais para estudos que possam melhor informar a prática, que promovam formas mais eficazes de compreender e apoiar as vítimas.

A procura de respostas por parte dos profissionais que estão envolvidos nestes processos de apoio deve começar, de forma gradual, a coexistir com a reflexão sobre as suas práticas: como é que os técnicos julgam a eficácia das suas práticas?

Estas são apenas algumas das dimensões que permanecem inexploradas e de que é preciso cuidar. As respostas a estas questões podem contribuir para atenuar o desfasamento actual entre as orientações teóricas e as práticas efectivas, bem como para colmatar eventuais divergências entre as necessidades das vítimas e a capacidade dos serviços.

Por sua vez, a (re)organização das práticas muitas vezes só é possível desde que fundamentada em estudos de investigação, condição que determina a sua influência comunitária, institucional e política. Daí que a promoção de estudos neste domínio se constitua como um pressuposto fundamental. É a partir do desenvolvimento de mais trabalhos empíricos que se pode amplificar a imagem que possuímos acerca do fenómeno. Assim, através da investigação poder-se-á ampliar a forma como o problema da violência pode ser conceptualizado, definir políticas, assim como diversificar as respostas no sentido de atender às múltiplas necessidades que ele coloca. A comunidade científica tem consciência de que para compreender este fenómeno complexo é necessário complementar estudos macro e micro, recorrendo a metodologias combinadas.

A terminar, importa sublinhar que, nos últimos trinta anos, os progressos no conhecimento desta temática são significativos a diferentes níveis (e.g., compreensivo, explicativo, interventivo), embora condicionados à realidade de cada país. Essa evolução tem permitido captar uma imagem de diversidade acerca das realidades conjugais abusivas, das vítimas e dos agressores. Repensar alguns dos estereótipos associados dos maus tratos íntimos e algumas das abordagens mais tradicionais de intervenção são também consequências dos novos desenvolvimentos ao nível do conhecimento.

Do que foi discutido percebe-se que aquilo que sabemos acerca dos maus tratos sobre a mulher na intimidade continua a chegar-nos, maioritariamente, de investigações noutros países. A realidade entre nós não deve, todavia, ser muito diferente, pelo menos

na forma como estes problemas são experienciados por vítimas, agressores e sociedade. Antecipamos que as maiores diferenças se situem na quantidade e na qualidade das respostas ao problema.

Acabamos de elaborar um retrato do que sabemos sobre a violência contra as mulheres na intimidade e do que entendemos como os maiores desafios à investigação empírica nacional nesse domínio. O futuro da investigação na área, como sugerimos, deve envolver a melhoria das ferramentas de abordagem ao objecto de estudo, o aprofundamento de alguns temas já estudados e a expansão do âmbito de estudo do problema. Interessa doravante ultrapassar as lacunas identificadas e aceitar os desafios que se colocam no sentido de saber mais acerca do fenómeno, aperfeiçoar a caracterização nacional desta realidade e investir na melhoria das políticas de intervenção e prevenção (e.g., a nível macro e micro).

No próximo capítulo daremos conta das explicações alternativas que têm sido desenvolvidas a propósito da ocorrência dos maus tratos.

Capítulo II

CAUSAS E DINÂMICAS DA VIOLÊNCIA

Síntese: Nas três últimas décadas uma grande parte da comunidade científica tem procurado responder à pergunta: *o que leva os homens a exercer violência contra as suas parceiras?* A pesquisa em torno desta questão está intimamente relacionada com a busca de soluções relevantes para a redução e a prevenção dessas dinâmicas. Assim, neste capítulo discutimos os modelos teóricos mais preponderantes para explicar a ocorrência de violência contra a mulher na intimidade: factores individuais, interpessoais/familiares e sócio-culturais. A conceptualização e a ênfase de determinados factores etiológicos, em detrimento de outros, acabam por se reflectir no privilégio de certas filosofias e práticas de intervenção. No âmbito de cada modelo etiológico, apresentamos as principais premissas e discutimos as implicações inerentes (e.g., socio-políticas, preventivas). Reflectimos ainda sobre a relevância e as limitações de cada perspectiva para a compreensão do objecto em estudo. Por fim, conferimos particular destaque aos modelos multidimensionais para a explicação da violência íntima.

I. Introdução

Tendo em conta a natureza complexa e multidimensional do fenómeno da violência na intimidade, conforme reflectimos no capítulo I, foi-se tornando fundamental procurar explicações de ordem diversa e de natureza multidisciplinar.

Reconhecido o pluralismo teórico na etiologia do problema, apresentamos seguidamente os principais argumentos que têm sido avançados, reunindo as diferentes propostas em três domínios:

a) *a violência como reflexo de factores biológicos e intra-individuais:* analisamos as explicações relacionadas com as características de personalidade do agressor, o consumo de substâncias, o papel dos neurotransmissores, a influência das disfunções cerebrais, da psicopatologia do agressor e também da vítima. Estas abordagens dizem respeito a factores localizados ao nível do micro-sistema (cf. Malley-Morrison & Hines, 2004);

b) *a violência como resultado dos sistemas sociais e familiares:* desenvolvemos as propostas teóricas relacionadas com os contextos (e.g., familiares) e os padrões de interacção pessoal. Estas abordagens contemplam factores estabelecidos ao nível do micro e do exossistema (cf. Malley-Morrison & Hines, 2004).

c) *a violência como resultado dos discursos sócio-culturais:* debatemos a influência dos discursos e das práticas sócio-culturais na construção do fenómeno,

dando particular relevo às abordagens feministas. Estas perspectivas integram factores situados ao nível do macro-sistema (cf. Malley-Morrison & Hines, 2004).

Ao longo da discussão destacaremos um conjunto de investigações empíricas que sustentam cada uma dessas propostas. Reflectiremos também sobre as respectivas implicações conceptuais (e.g., ao nível da construção do fenómeno), clínicas (e.g., identificação de determinados factores de risco e factores de protecção) e empíricas (e.g., tipo de estudos mais valorizados) de cada argumento. Discutiremos ainda aquelas que julgamos ser as principais limitações de cada uma das leituras para a compreensão deste objecto de estudo.

II. A violência como reflexo de factores intra-individuais e biológicos

*«Os maus tratos só ocorrem quando há outros problemas dentro da família
(e.g., alcoolismo, consumo de drogas)»*

*«O problema dos maus tratos dentro do casamento afecta
uma pequena percentagem da população»
(ECVC, 2000)*

As primeiras teorias a surgir sobre a violência na intimidade foram de carácter intra-individual. No essencial, estas explicações focalizam a sua atenção num conjunto de factores predisponentes para a agressão na relação íntima, procurando fundamentalmente compreender as acções do ofensor a partir das suas características biológicas e psicológicas (Cullberg, 1984, Faulk, 1974, Gondolf, 1985, Hamberger & Hastings, 1986, Schultz, 1960, cit. Hydèn, 1995).

Num universo menos representativo de estudos, as perspectivas intra-individuais procuram ainda descrever a personalidade das vítimas e os traços psicológicos que “predeterminam” os maus tratos ou que as levam a suportá-los (cf. Gayford, 1983, Snell, Rosenwald & Robey, 1964, cit. Hydèn, 1995).

2.1. Uma origem psicopatológica ou o reflexo da personalidade do agressor?

Os defensores desta perspectiva equacionam uma variedade de questões individuais específicas que causam comportamentos “anormais”. O facto de partilharem

a ideia de que o ofensor estaria doente ou perturbado leva a que estas explicações sejam, geralmente, referenciadas como abordagens psicopatológicas.

Neste âmbito, descrevem-se como causas possíveis para a violência: a presença de uma perturbação psicológica (e.g., depressão, esquizofrenia, PTSD), de dificuldades na empatia, na comunicação e no auto-controlo, a presença de elevado *stress* e ansiedade, de baixo auto-controlo, a existência de pobres competências sociais e uma reduzida auto-estima do maltratante (Pagelow, 1984, cit. Doerner & Lab, 1995). Segundo Riggs, Caulfield e Street (2000), estes problemas psicológicos aparecem muitas vezes, em condições de co-morbilidade (por exemplo depressão, PTSD e dependência de substâncias).

Para além da psicopatologia e dos défices enunciados, outros estudos referenciados por Jasinski e Williams (1998) relacionam a violência com outro tipo de factores de risco individuais, designadamente com as características de personalidade do maltratante: a irritabilidade (Dutton, 1988, Gottman *et al.*, 1995, Margolin, John & Gleberman, 1988, Shupe *et al.*, 1987), a personalidade anti-social (Hanson *et al.*, 1997, cit. Gordon, 2000), a psicopatia (Kosson *et al.*, 1997, cit. Gordon, 2000), um estilo de personalidade narcísica, agressiva ou hostil (Heyman, O’Leary & Jouril, 1995), a elevada sintomatologia *borderline* e as queixas somáticas (Dutton & Starzmoski, 1993; Murphy, Meyer & O’Leary, 1993). As dificuldades na expressão da raiva são também apontadas por alguns autores (cf. Harway & O’Neil, 1999). A sua explicação reside na ausência de estratégias pessoais que permitam ao agressor orientar alguns dos seus sentimentos de uma forma mais aceitável. Nesta perspectiva considera-se que quando actua violentamente contra a sua mulher, o parceiro estará a “ventilar” a raiva sentida face a assuntos com que ele não consegue lidar directamente (e.g., frustrações, *stress* no trabalho) (Buzawa & Buzawa, 1996).

2.2. Um produto das dependências do maltratante?

Nesta proposta é enfatizada uma outra causa para a violência na intimidade, reforçada por muitas investigações: o consumo de drogas e/ou de álcool pelo ofensor (Browne, 1987, Collins, 1989, Gelles & Straus, 1979, Hotaling & Sugarman, 1986, Kantor & Straus, 1987, cit. Doerner & Lab, 1995). Alguns estudos sugerem que mais de metade dos maltratantes bebem mais álcool do que os não maltratantes (Roberts, 1988,

Tollman & Bennett, 1990, cit. Doerner & Lab, 1995; Van Hasselt, 1985, cit. Barnett & Fagan, 1993), que o seu uso excessivo está associado à maior frequência dos maus tratos (Testa, Quigley & Leonard, 2003), à maior probabilidade de escalada e de generalização da violência a outros alvos (Testa *et al.*, 2003), aos maus tratos físicos mais severos (e.g., homicídio) e a danos mais significativos na vítima (Coleman, 1980, Walker, 1979, cit. Schifrin & Waldron, 1992; Testa *et al.*, 2003). A este propósito, os investigadores têm desenvolvido um conjunto de teorias para clarificar a relação álcool – violência: a) o modelo “desinibidor” do controlo social, o qual se salienta o efeito farmacológico directo do álcool no funcionamento cerebral, na libertação de inibições e no prejuízo do julgamento (e.g., Jacob, 1978, cit. Barnett & Fagan, 1993), constituindo-se uma causa directa da agressão; b) o modelo da aprendizagem social, o qual sustenta que as pessoas aprendem que quando bebem é mais aceitável ou tolerável que se comportem de uma forma agressiva pois, em geral, escapam mais facilmente a uma condenação pessoal (MacAndrew & Edgerton, 1968, cit. Barnett & Fagan, 1993) (cf. Bennett & Williams, 2003, para uma revisão destas perspectivas).

Outras substâncias mais associadas à violência são a cocaína, o *crack*, a heroína e, sobretudo, as anfetaminas (cf. Wilson, 1997). Tal como no álcool, a literatura refere o aumento da violência quando o maltratante está sob o seu efeito. Mears, Carlson, Holden e Harris (2001), por exemplo, num estudo dedicado à análise do papel de diferentes factores associados à vitimação na relação íntima acrescentam que o uso de drogas e as dependências estão associadas a um maior risco de revitimação.

2.3. Uma causa biológica?

Outros autores, sobretudo no contexto de modelos explicativos ecológicos, salientam que determinadas condições biológicas podem também contribuir para explicar o comportamento violento. Embora os autores, a partir de estudos sobre a transmissão genética de traços violentos e o efeito de anomalias genéticas, confirmem em geral pouco apoio à ideia de herança do comportamento criminal, e muito menos à base exclusivamente genética do comportamento violento (isto é, à concepção de uma espécie de «gene do crime», Harway & O’Neil, 1999, p. 53), é possível encontrar alguns estudos que analisaram as causas biológicas da violência.

Assim, no que respeita ao suporte conferido pelas teorias endócrinas, os estudos não são suficientemente esclarecedores. Por um lado, Harway e O'Neil (1999) referenciam um conjunto de trabalhos (e.g., Dabbs *et al.*, 1988) que concluem que as hormonas (e.g., testosterona) não são um elemento suficientemente diferenciador, em termos de género, para explicar a maior prevalência do exercício dos maus tratos pelo masculino. Por sua vez, Buzawa e Buzawa (1996) citam outros estudos (e.g., Bradford & Bourget, 1986) que associam a violência a factores bioquímicos (e.g., investigações que registam a elevação nos níveis de testosterona nos indivíduos que cometeram crimes violentos).

A nível dos neurotransmissores, Harway e O'Neil (1999) invocam um conjunto de estudos (e.g., Raine, 1993) que apontam que os níveis de serotonina e os actos impulsivos parecem estar inversamente relacionados, assumindo a serotonina um papel inibidor da violência. Referem, igualmente, que a norepinefrina pode ser um factor moderador da relação entre a serotonina e a impulsividade, assumindo um papel facilitador da violência (e.g., Volavka, 1995).

A partir dos estudos das disfunções cerebrais e das diferenças neuro-anatómicas, os mesmos autores sustentam que a disfunção no lobo frontal parece ser um factor moderador (e não uma causa) da violência.

Outro elemento significativo para o prognóstico de agressão é a história de danos cerebrais do agressor (Greene, 1999). Jasinski (2001) refere alguns estudos (e.g., Rosenbaum *et al.*, 1999) que demonstram que a existência de dano cerebral está associada a um menor controlo de impulsos e a uma maior sensibilidade no que se refere à intoxicação pelo álcool.

2.4. Existem factores de predisposição na vítima?

A argumentação de que as mulheres maltratadas diferem daquelas que não o são também está disponível na bibliografia sobre o tema.

Alguns dos autores que suportam este tipo de argumentação procuram identificar os traços de carácter psicopatológico que conduzem a mulher à permanência na relação violenta. No essencial, alegam que as mulheres que toleram esse tipo de abusos na intimidade sofrem de patologia, nomeadamente pela sua incapacidade de aprendizagem e pela sua não-mudança comportamental (Buzawa & Buzawa, 1996).

Nesse âmbito, Dobash e Dobash (1992, cit. Foreman & Dallos, 1993) identificaram, a partir da literatura, um conjunto de características particulares, designadamente de personalidade (e.g., dependente), que foram sendo avançadas e que supostamente distinguiriam a mulher maltratada. Esses atributos vão desde a tendência para a introspecção, a incapacidade de gerir o lar até à frigidez feminina. Gayford, por exemplo, (1983, cit. Hydèn, 1995) concebe as mulheres maltratadas como “frágeis”, sendo este um factor que contribui para a sua continuada vitimação.

Estão disponíveis na literatura outros argumentos de natureza semelhante que procuram isolar esse perfil da mulher maltratada, a partir da “psicopatologização” da sua condição: o diagnóstico de personalidade dependente (APA, 1994) é explicado recorrendo ao caso-exemplo de uma mulher que “tolera” uma relação abusiva (Harway, 1993). A frequente invocação da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PTSD) e do Síndrome da Mulher Batida (SMB) para caracterizar esta população são outros exemplos. De forma particular, o SMB proposto por Lenore Walker (1979, cit. Walker, 1994) surgiu como uma tentativa de responder à questão “porque é que as mulheres permanecem numa relação abusiva?”. Teve particular sucesso entre a década de oitenta e noventa, período em que foi aceite como explicação dominante, reunindo forte reconhecimento social, merecendo a atenção dos *mass media* e do sistema legal. O SMB retrata a mulher como passiva e submissa (Rothenberg, 2003), portadora de diversos problemas psicológicos (e.g., depressão, baixa auto-estima, medo, mecanismos auto-destrutivos). Nesse contexto, o facto da mulher estar constrangida pelo “desânimo aprendido” (Seligman, 1975, cit. Harway, 1993) e por um “ciclo de violência” (Walker, 1994) torná-la incapaz de interromper a violência e sair da relação. Partindo desta leitura, a representação passiva e não reactiva da vítima, associada a uma incapacidade pessoal de agir para se proteger (Kirkwood, 1993) e a uma dinâmica de desmotivação progressiva da mulher ao longo da relação abusiva, fá-la-á continuar a ser violentada.

Essa condição geral de entorpecimento psicológico da vítima tem sido concebida por alguns como uma causa da violência (mais do que como um eventual efeito dessa violência) (Foreman & Dallos, 1993) e, por outros, como um dos factores explicativos para a continuidade do abuso (Rothenberg, 2002).

Subjacente a essas concepções psicopatológicas da mulher maltratada estão, muitas vezes, ideias como “a precipitação da vítima” (esta inicia ou incita os maus tratos), a teoria da “predisposição da vítima para a violência” e, por fim, a teoria do “masoquismo”. Este último tipo de teorização apoia a ideia de que a mulher que

permanece numa relação abusiva e continua a professar que ama o seu parceiro, depois deste lhe ter batido, ou deve gostar de estar numa relação perigosa onde é batida ou então está doente e necessita de apoio psiquiátrico (Alexander, 1993).

Discussão

A perspectiva dos maus tratos enquanto reflexo dos factores individuais é uma das mais difundidas no senso comum (Gelles & Loseke, 1993, cit. Buzawa & Buzawa, 1996) e dela decorre uma série de implicações.

Em relação ao agressor, uma das implicações práticas relevantes deste tipo de argumento relaciona-se com o facto dos estudos identificarem alguns dos factores de risco de carácter individual (e.g., álcool, características de personalidade) que ajudam a explicar as formas mais graves de violência. A identificação dessas evidências torna-se particularmente útil quando se trata de avaliar, do ponto de vista clínico e forense, as situações que envolvem um maior risco de violência severa e/ou letal.

As leituras intra-individuais podem ainda ser importantes para explicar aqueles casos em que os agressores exercem a violência em múltiplos contextos, dado que alguns dos elementos referenciados (e.g., danos cerebrais, evidência de psicopatologia, dependência de substâncias) causam um comprometimento mais difuso, tornando-se a interacção violenta mais generalizada e ampliada a outros contextos externos à família.

Avaliar e, conseqüentemente, explicar a conduta maltratante a partir de factores irreversíveis (e.g., danos cerebrais) poderá também fazer sentido para compreender alguns casos de não-mudança no homem maltratante, depois deste ter sido alvo de programas interventivos de carácter judicial ou outros (e.g., grupos psicoterapêuticos).

Outra das implicações das teorias de nível individual foi a emergência de algumas tipologias de maltratantes na intimidade¹² (Holtzworth-Munroe, Smutzler & Sandin, 1997; Holtzworth-Munroe & Meehan, 2004). Em função disso, desenvolveram-se diversas propostas de intervenção, do ponto de vista psicoterapêutico, médico e farmacológico, adequadas às características ou ao perfil do agressor (Jasinski, 2001). Por exemplo, os estudos a nível dos neurotransmissores sugerem que a terapia farmacológica pode ter algum efeito junto de maltratantes de tipo impulsivo (cf. Harway & O'Neil, 1997, cit. Greene, 1999). Contudo, os dados disponíveis até ao momento não

¹² Os indivíduos com as características de personalidade apontadas no ponto 2.1. correspondem a um determinado perfil nalgumas das tipologias de maltratantes disponíveis na literatura (cit. Gordon, 2000): “genericamente violento/anti-social” (cf. tipologia de Holtzworth-Munroe *et al.*, 1997), “agressores instrumentais” (cf. tipologia de Tweed & Dutton, 1998).

são conclusivos acerca da eficácia de uma intervenção clínica específica para um determinado subgrupo de maltratantes conjugais (cf. Holtzworth-Munroe, Smutzler & Sandin, 1997).

Apesar dos argumentos intra-individuais referenciados poderem ser úteis para explicar e intervir em certas situações, isso não os torna imunes a críticas. Muito pelo contrário, estas propostas intra-individuais têm sido continuamente criticadas (Gelles & Loseke, 1993), desde logo pelo facto destas leituras traduzirem uma concepção reificada da violência (Greene, 1999).

No que se refere aos maltratantes, alguns autores (cf. Campbell & Landerburger, 1995; Gondolf, 1999) sustentam que o papel da psicopatologia e dos traços de personalidade é reduzido. Estima-se que a presença de psicopatologia será a causa de apenas 10% dos actos abusivos (Straus, 1980b, cit. Jasinki, 2001; Walker, 1994). Por outro lado, outros autores sugerem que a maioria dos ofensores não se encaixa em nenhuma categoria de perturbação mental, recordando que muitos dos estudos não conseguiram isolar um perfil típico ou homogéneo de agressor conjugal masculino (Koss *et al.*, 1994, cit. Buzawa & Buzawa, 1996).

O que parece acontecer é que a resposta à questão sobre o papel da psicopatologia depende, sobretudo, do nível de agressão que pretendemos explicar. Isto porque à medida que o nível de agressão física aumenta, maior é a probabilidade desta estar associada a um estilo de personalidade ou perturbação psicopatológica (Campbell & Landerburger, 1995).

Outra das limitações desta perspectiva traduz-se na sua incapacidade para explicar a extensão da violência na intimidade. Isto é, se entendermos os maus tratos como um problema de uma minoria de “doentes”, como explicar então a sua prevalência difusa? Tendo em conta o número de casais onde existe violência é difícil manter o paradigma da “doença”...

Por sua vez, os estudos sobre a relação álcool-violência não são consensuais. Assim, uma das ideias a destacar refere-se ao facto do álcool não ser uma condição necessária nem suficiente para que a violência ocorra (já que a sua associação não é universal entre os maltratantes) (Campbell & Landerburger, 1995; Testa, 2004). Dito de outro modo, não há dados que demonstrem uma associação simplista de causalidade álcool-violência, permanecendo algo controversa a sua relação (Spieker, 1981, cit.

Barnett & Fagan, 1993). Aliás, algumas das evidências e argumentos presentes na literatura proporcionam justamente as bases para a desmistificação desse estereótipo (Kantor & Straus, 1987, cit. Doerner & Lab, 1995). Portanto, não se pode reduzir a violência ao alcoolismo.

Por outro lado, e embora o álcool e a violência familiar possam coexistir e representem fenómenos igualmente complexos, a verdade é que eles constituem problemas distintos. Embora haja factores que aproximam os indivíduos que manifestam esse tipo de problemas (e.g., a minimização da severidade dos seus comportamentos, a externalização da culpa, a auto-desculpabilização, as variações frequentes de humor), esses fenómenos diferenciam-se a vários níveis: o consumo de álcool é particularmente nocivo para o próprio, enquanto a violência causa dano sobretudo à vítima; a violência é sempre um crime, enquanto que o alcoolismo só assumirá uma natureza criminal em circunstâncias especiais; em termos etiológicos, se o modelo médico ou de doença pode ser particularmente útil para o alcoolismo, a violência pode ser melhor compreendida a partir de outras análises (e.g., sócio-políticas) (Wilson, 1997).

Apesar de tudo, alguns estudos documentam que a presença do álcool pode interferir na violência: promovendo a sua escalada, produzindo actos graves e que causam dano severo na vítima e, ainda, uma provável generalização da violência a outros alvos, conforme documentámos antes.

Por último, importa mencionar que a redução da violência ao alcoolismo acaba por acarretar consequências nefastas a diversos níveis.

Schifrin e Waldron (1992) alegam que os esforços para provar a relação causal álcool-violência reflectem a tendência da sociedade para conceber os maus tratos como um comportamento individual patológico e a sua relutância em concebê-lo como um problema social que acontece em muitas famílias.

O argumento do álcool também condiciona muitas vezes as vítimas, fazendo-as acreditar que o agressor é mais um homem “doente” do que abusivo e que, uma vez resolvido o alcoolismo, a violência cessará. Sobre esta leitura, alguns autores (Johnson, 2001) alertam que se os programas de intervenção dirigidos a maltratantes com problemas de alcoolismo se centrarem exclusivamente na redução ou eliminação do seu consumo, não actuando a outros níveis (e.g., crenças sobre o controlo masculino), não serão bem sucedidos na interrupção da violência. A influência do álcool na produção de

comportamentos violentos é mediada por factores fisiológicos, psicológicos, contextuais, sociais, educacionais, ocupacionais e culturais (Gelles & Loseke, 1993).

Um grupo de investigadores (Campbell & Landerburger, 1995; Jasinski & Williams, 1998) tem vindo a reforçar também que essa ênfase nos factores individuais serve frequentemente para desresponsabilizar os maltratantes pelo comportamento violento (e.g., justificando-o com base em factores como o álcool), contribuindo desse modo para uma construção não criminal da violência na intimidade (Saraga, 1996). Não podemos negligenciar que muitos dos argumentos enfatizados por esta perspectiva (e.g., álcool, falta de mecanismos de auto-controlo, predisposição da vítima) são usuais no discurso dos maltratantes, como mostram alguns estudos com essa população (Ptacek, 1988).

Em síntese, ao nível conceptual, este tipo de teorização centrada no agressor convida à construção falaciosa da violência do parceiro como um problema exclusivamente de saúde mental, circunscrito a uma minoria homogénea. No plano interventivo acentua o tratamento clínico dos indivíduos agressores, em detrimento de uma intervenção a nível do macro ou do exosistema.

Em relação à argumentação intra-individual centrada na vítima, a utilização de alguns quadros nosológicos (e.g., S.M.B.) parece ter auxiliado, durante algum tempo, aqueles que se dedicavam quer à defesa das vítimas, quer a apelar à atenção do público para os riscos e danos envolvidos nestas vivências (Rothenberg, 2003).

Consideramos que só nessa perspectiva é que esse tipo de argumento poderá ter sido relevante: na ênfase colocada no impacto psicológico produzido pelo abuso, no reconhecimento das implicações do problema e no destaque das respostas de *coping* da mulher maltratada, ainda que ineficazes. No essencial, julgamos que os problemas evidenciados pela vítima não devem ser lidos como factores precipitantes, causais ou explicativos da sua continuada vitimação pelo parceiro, sendo o recurso a diagnósticos clínicos desajustado para explicar o que preside ao abuso. No limite, as dificuldades da vítima devem ser conceptualizadas como efeitos esperados, decorrentes da sua repetida vitimação. Alguns desses argumentos (e.g., ênfase no dano psicológico) poderão ajudar a perceber que a permanência na relação abusiva se pode dever a um comprometimento acentuado dos recursos pessoais disponíveis.

Para além disso, há muitas evidências na literatura que recusam a ideia de que esta população apresenta, de modo universal, um entorpecimento psicológico e de que existe

um padrão homogêneo de respostas da vítima face aos maus tratos (baseado apenas no défice). Por exemplo, alguns autores mostram que muitas destas mulheres são activas e eficazes na gestão e no *coping* face aos maus tratos ao longo dos seus trajectos na violência (e.g., Bowker, 1993; Gondolf, 1988, Gelles, 1987, cit. Rothenberg, 2003). Dutton (1996, cit. Rothenberg, 2003) reforça também a ideia de que uma caracterização homogênea da mulher maltratada, a partir de uma única concepção ou síndrome, não faz qualquer sentido já que negligencia um conjunto de esforços habitualmente desenvolvidos pela vítima que enfrenta o abuso do parceiro. Rounsaville (1978, cit. Silva, 1995) sublinha igualmente que as mulheres não aceitam passivamente o abuso, referindo que a maioria já tentou qualquer tipo de ajuda em prole de mudanças efectivas.

Por outro lado, um número significativo de estudos contraria as explicações para o abuso a partir das características prototípicas individuais da mulher maltratada, mencionando a ausência de qualquer factor de risco que distinga as mulheres maltratadas das não-maltratadas (Hotaling & Sugarman, 1986, cit. Buzawa & Buzawa, 1996), independentemente da severidade do abuso. Hotaling e Sugarman (1986) afirmam inclusive que «a revisão das características da vítima evidencia que o factor precipitante mais poderoso é ser-se mulher...» (Holtzworth-Munroe *et al.*, 1997, p. 184).

Dessa forma, estas evidências contribuem para afastar a ideia de que existe um determinado “desvio” (prévio à vitimação) inerente às mulheres que se envolvem ou que permanecem nestas relações. Para Alexander (1993), a teoria da patologização da vítima só tem em conta uma pequena minoria de vítimas. De acordo com o autor, esse tipo de argumentos carece sobretudo de investigação. Além de serem relativamente escassos, os estudos que apoiam a explicação psicopatológica da vítima para a ocorrência dos maus tratos têm sido alvo de críticas do ponto de vista metodológico. Segundo Margolin, Sibner e Gleberman (1988), estes estudos são influenciados pelas suas amostras, por exemplo, centradas em casos psiquiátricos (e.g., Symonds, 1978) ou em populações prisionais (e.g., Faulk, 1974, Scott, 1974).

A “psicologização” da condição de vítima e a concepção desta como elemento de um grupo homogêneo assumiram várias repercussões negativas ao longo dos anos.

Para Saraga (1996), uma dessas implicações mais centrais foi o silenciamento da sua experiência individual. Além disso, à luz desses argumentos, o conjunto de

incompetências (e.g., entorpecimento) ou “comportamentos patológicos” que lhes eram atribuídos tornava-as responsáveis tacitamente pela sua condição de mal-estar (Margolin *et al.*, 1988) e pela perpetuação do abuso.

Para Ferraro, a caracterização universal destas mulheres como débeis e incapazes contribuiu ainda para reforçar estereótipos tradicionais de feminilidade. Para o mesmo autor, a “patologização” das respostas de *coping* ineficazes da mulher face aos maus tratos continuados, recorrendo a classificações psiquiátricas tradicionais, fez esquecer que «a percepção de não conseguir escapar ou libertar-se de um agressor corresponde a uma avaliação realista para muitas mulheres, e não a um desajustamento psicológico» (2003, p. 126), nomeadamente dos riscos que enfrentam. Ferraro (2003) chama, por exemplo, a atenção para outras consequências graves da redução da violência contra as mulheres ao SMB no âmbito dos processos judiciais e da intrínseca procura do “verdadeiro” retrato da mulher maltratada. Através de vários casos-exemplo, a autora sustenta que as mulheres que não se “encaixavam” no estereótipo sustentado pela referida síndrome suscitavam dúvidas nos técnicos sobre a presença dessa síndrome e tinham menor probabilidade de ser indemnizadas pelos danos sofridos, desvalorizando-se, assim, os casos em que a vítima, apesar de maltratada, não registava um dano significativo. Para a autora, a construção da realidade das mulheres maltratadas a partir da utilização recorrente de diagnósticos para as caracterizar, assim como a adopção da «linguagem da síndrome» (2003, p. 112), correspondeu à “medicalização” do fenómeno e a uma desnecessária “patologização” das reacções normais duma mulher numa situação muito traumática e que permanece na relação abusiva. Estabelecia-se, dessa forma, uma equação simplista entre a conduta maltratante dos homens e a doença mental das mulheres (Matos, 2000).

Para alguns autores (e.g., Brush, 2003, cit. Rothenberg, 2003), esta leitura confere poder aos especialistas em saúde mental mas retira-o à mulher vítima. Aliás, no que respeita à construção da mudança em direcção a realidades não violentas, este tipo de teorização mais reificada não privilegia a intencionalidade daqueles que estão envolvidos nos maus tratos (as vítimas mas também os maltratantes).

O centralismo na psicopatologia das vítimas acarreta ainda outros riscos, à semelhança do que foi referido para os agressores: por um lado, enfatiza unicamente as soluções individuais, centradas na vítima, para a resolução do problema (e.g., terapia) e, por outro, negligencia ou oculta outro tipo de factores explicativos (e.g., sócio-culturais) para a ocorrência de violência. Como clarificaremos adiante, a persistência numa

relação maltratante poderá resultar de uma cultura dominante de tolerância face aos maus tratos (até mesmo internalizada pela vítima). Nesse sentido, o recurso ao diagnóstico, nestes casos, não será mais uma expressão de «uma patologização progressiva da cultura?» (Gergen, 1996, cit. M. Gonçalves, 2003, p.27).

Pelo exposto, a própria questão “*porque é que as mulheres permanecem neste tipo de relação?*” é por si só desajustada e falaciosa. Por um lado, a permanência na relação abusiva não é certamente resultado de uma personalidade ou psicopatologia tipificada mas antes o produto de uma complexidade de factores (e.g., sociais, interaccionais, económicos, psicológicos e por vezes psicopatológicos). Por outro lado, essa questão coloca, implicitamente, a causa da violência ou da sua perpetuação na vítima, no seu comportamento ou na sua personalidade, descontextualizando os maus tratos e os efeitos que daí decorrem. Tal como refere Ferraro (1998, cit. Rothenberg, 2003), essa questão é mais uma forma de desfocar a origem do problema. Como já dissemos, é também uma maneira de perpetuar alguns dos mitos sobre a mulher batida e de ignorar os múltiplos esforços que estas desenvolvem no contexto dessas relações. A questão “*porque é que os parceiros as agridem?*” deveria ser sempre mais relevante do que a primeira.

Em síntese, este conjunto de explicações intra-individuais centradas no agressor ou na vítima foi-se revelando insuficiente e muitas vezes inadequado para compreender todas as situações.

Além disso, se aceitássemos essa concepção dos maus tratos como algo individual, ignorando outros factores (e.g., sócio-culturais), então o desafio de compreender o recurso à violência tornar-se-ia, até de um ponto de vista preventivo, uma questão de predição individual (Gelles & Loseke, 1993).

Como referimos, de um ponto de vista socio-político, essa concepção favorece, essencialmente, respostas de intervenção terciária (remediativa) para o problema, nomeadamente ao nível da saúde mental dos indivíduos. Se assim fosse, a violência seria uma questão de tratamento clínico específico dos maltratantes (e.g., ênfase nos défices) e das vítimas (e.g., ênfase nos défices e no dano).

III. A violência como resultado dos sistemas sociais e familiares

*«Os homens aprenderam a ser agressivos para com a parceira na sua família de origem ou através dos mass media»
(Foreman & Dallos, 1993)*

O conjunto de teorias que se inserem neste grupo de explicações centra a sua atenção nos contextos (e.g., familiares) e nos padrões de interacção pessoal (e.g., modelagem, problemas comunicacionais) que caracterizam as relações onde a violência tem lugar.

A necessidade dessa contextualização da violência e das respectivas dinâmicas que operam nos sistemas onde há interacções violentas justifica-se por um conjunto de motivos: o facto do maltratante, na maioria dos casos, não ser violento fora do contexto da família (agredindo quase exclusivamente a mulher e os filhos); o facto de não exercer essa violência vinte e quatro horas por dia; a ausência, como já referimos, de um perfil (e.g., psicológico, social) único de vítima ou de maltratante e, ainda, a circunstância da maioria das relações onde existe violência se manter no tempo (Anderson & Schlossberg, 1999).

Gelles e Straus (1979, cit. Tonry & Ohlin, 1989) inscrevem nesta perspectiva um conjunto de teorias: a teoria da frustração-agressão (e.g., Dollard *et al.*, 1939; Miller, 1934) que sustenta que o ser humano possui uma tendência inata para a agressividade, sendo esta despoletada quando determinadas situações (e.g., formas de interacção) interferem com os propósitos do indivíduo; o interaccionismo simbólico que se centra na forma como as pessoas socialmente constroem significado, bem como nas consequências que daí decorrem para situações concretas (Denzin, 1984, cit. Campbell & Landerburger, 1995); a teoria da troca que concebe os maus tratos a partir das noções benefício/recompensa e do evitamento de custos/punições (Blau, 1964, cit. Tonry & Ohlin, 1989); a teoria das atribuições que sustenta que a mulher maltratada é, normalmente, estigmatizada, não pelos maus tratos em si, mas pelo papel que outros lhe atribuem por causá-los ou, com maior frequência, por não lhes pôr fim; a teoria sociológica da sub-cultura da violência que defende que esta se distribui na estrutura social de forma desigual, mais presente e mais legitimada em determinados grupos étnicos e grupos economicamente desfavorecidos (Dias, 2004); a teoria do conflito que suporta que a família regula as suas interacções quotidianas a partir do conflito, o qual

pode ser gerido de forma violenta; por fim, a teoria geral dos sistemas que concebe a família como um sistema holístico, aberto, gerido por mecanismos como o *feedback*, que se movimenta através de uma causalidade circular. Nesta última perspectiva, a violência é concebida como um produto do sistema familiar, devendo nesse contexto procurar-se a explicação para a sua ocorrência.

Contudo, Dias (2004) reconhece um conjunto de limitações no âmbito destas teorias, apontando as seguintes críticas: a teoria da frustração-agressão não consegue explicar como se passa da frustração à agressão, nem tão pouco atende ao facto dessa dinâmica não ser linear para todos os indivíduos, dado que a frustração pode ser seguida de outras manifestações não-agressivas (e.g., resignação, isolamento, depressão, construção activa de soluções); o interaccionismo regista algumas dificuldades ao nível da sua operacionalização, dado que não explica como é que algumas mulheres se tornam mais activas na procura de ajuda ao longo do tempo, outras conseguem sair das relações violentas e outras conseguem que a violência termine mantendo o casamento; a teoria da troca é insuficiente para explicar todas as situações dado que, por exemplo: em determinada fase da relação (e.g., se a mulher decide denunciar, divorciar-se ou sair da relação), os custos iminentes para o maltratante são percebidos mas isso nem sempre resulta numa redução da violência; outro exemplo reside no facto de nem sempre as interacções familiares violentas resultarem de uma avaliação racional e objectiva entre custos e benefícios; por sua vez, a teoria das atribuições, não integra, por exemplo as evidências que reforçam que as mulheres tendem a culpabilizar-se menos pelos maus tratos com o decorrer do tempo (Frieze, 1979, cit. Campbell & Landerburger, 1995); a teoria sociológica da sub-cultura da violência, embora enfatize a importância da cultura dos grupos como meio de transmissão de dinâmicas violentas, é omissa na explicação das raízes e das mutações da violência nessas sub-culturas. É ainda incapaz de explicar a transversalidade em termos de estratos socio-económicos e geográficos registada pelos estudos de prevalência (cf. capítulo I); a teoria do conflito representa uma proposta demasiado genérica para explicar a violência contra a mulher (Spreey, 1979, cit. Dias, 2004); a teoria geral dos sistemas, apesar de avançar com muitos conceitos relevantes para a análise destes padrões interactivos violentos, é por vezes criticada (Dell, 1989) precisamente pelo facto de algumas propostas sistémicas enunciadas (e.g., causalidade circular) não esclarecerem muito acerca do abuso íntimo (Dias, 2004).

Seguidamente, referimo-nos, de modo mais aprofundado, a outras conceptualizações alternativas sobre os sistemas sociais e familiares que nos parecem particularmente relevantes – a perspectiva intergeracional do abuso e a análise dos padrões relacionais típicos dos casais onde ocorre violência –, dada a amplitude do debate conceptual e o extenso volume de trabalhos empíricos que estas propostas têm gerado.

3.1. Transmissão intergeracional do abuso

A perspectiva da transmissão intergeracional da violência tem subjacente a noção de aprendizagem social, a qual postula que o comportamento de cada indivíduo é determinado pelo ambiente em que este se insere, particularmente pelos membros da sua família, através de mecanismos de observação, reforço, modelagem ou coacção (Gelles, 1979, Margolin *et al.*, 1988, cit. Cox & Stoltenberg, 1991).

De modo complementar, Dutton (1995) aponta que a modelagem não se processa só através de mecanismos vicariantes (e.g., observação), mas também por outros mecanismos proporcionados pela exposição à violência, como certas características de personalidade que sustentam a agressão na intimidade (e.g., tendência para externalizar a responsabilidade, emoções desproporcionais face à rejeição/abandono), os quais muitas vezes representam as consequências a longo prazo de uma vitimação vicariante.

Para além disso, no contexto dessa ênfase no processamento social de informação, a família é percebida não só como uma entidade que pode viabilizar certos comportamentos agressivos nos seus membros (e.g., tipos de estratégias interpessoais), mas que pode também levá-los a interiorizar valores ideológicos e sociais (e.g., atitudes e crenças sobre os papéis de género) promotores de condutas violentas (Gelles, 1997).

Nesse sentido, esse tipo de aprendizagens por parte dos filhos de casais onde existe violência viabilizaria, no futuro, desempenhos conjugais similares, quer como vítimas quer como maltratantes. Esse ciclo geracional de violência na intimidade (uma espécie de «cultura de violência») (Pollak, 2003, p. 325) perpetuar-se-ia quer testemunhassem, quer fossem vítimas directas de violência na família. Assim, e de acordo com Pollak (2003), esta abordagem assenta em três premissas básicas: «a) a probabilidade de um marido se tornar violento depende do facto deste ter crescido num lar violento; b) a probabilidade de uma esposa permanecer com um parceiro abusivo

depende do facto desta ter crescido num lar violento; c) os indivíduos que cresceram em lares violentos tendem a casar com indivíduos que cresceram em lares com o mesmo problema» (p. 315).

Algumas evidências empíricas têm reforçado a ideia de que um indivíduo que foi vítima directa de abuso ou que testemunhou o abuso enquanto criança, muitas vezes, cresce e torna-se num maltratante (Hotaling & Sugarman, 1990, cit. Doerner & Lab, 1995). Por exemplo, Margolin e colaboradores (1988) relatam vários estudos que suportam a elevada frequência de violência nas famílias dos maltratantes (e.g., Gayford, 1975, Rosenbaum & O'Leary, 1981, Roy, 1977, Strauss *et al.*, 1980). Essa experiência, de acordo com Straus (1980, cit. Buzawa & Buzawa, 1996), pode inclusive levar os indivíduos maltratantes a desenvolver uma associação amor-violência, a partir dos maus tratos pelos cuidadores ou outros durante a sua infância. Um outro estudo de Skuja e Halford (2004), realizado com dois grupos de jovens, um exposto à violência na sua família de origem e outro onde não existiu a mesma exposição, concluiu que o primeiro grupo, face à exposição em vídeo de conflitos na interação íntima, regista como potencial resposta um relacionamento mais agressivo, uma comunicação disfuncional, um maior número de comportamentos de domínio e um predomínio de afectos negativos. Estes elementos sugerem que, neste grupo, existe um risco maior para o recurso à violência num relacionamento futuro. Harris e Dersch (2001) chamam ainda a atenção para o facto de haver o risco das crianças “habitadas” à violência nos seus quotidianos subestimarem, com o decorrer do tempo, a severidade das ocorrências que testemunham.

Outras evidências sugerem que o legado da violência na família aumenta igualmente o risco de vitimação da mulher quando adulta, dado que pode proporcionar para esta também um modelo de desempenho (e.g., por exemplo, através da normalização da violência e do reforço de representações mais passivas). Um estudo de Hotaling e Sugarman (1986, cit. Holtzworth-Munroe *et al.*, 1997) conclui que, entre os vários factores de risco estudados, o facto de testemunhar a violência parental era o preditor mais consistente para poder vir a tornar-se uma vítima de agressão marital. A reforçar esta ideia, Kantor e Straus (1987, cit. Giles-Sims, 1998) defendem que as mulheres vítimas de violência na intimidade registam uma probabilidade duas vezes superior às outras de terem crescido em lares violentos. Os mesmos investigadores explicam que essa exposição à violência parental na infância compromete a auto-estima

da mulher e poderá levá-la a “aceitar” e/ou tolerar o uso da violência no cumprimento das expectativas do seu papel. Neste cenário, perante uma situação futura de violência pelo parceiro, a mulher assumiria mais facilmente a responsabilidade pessoal pelo problema, pelo insucesso do casamento e pela instabilidade emocional de toda a família, o que a levaria a suportar os maus tratos e a permanecer na relação.

Porém, a cadeia de determinações intergeracionais não é linear. De acordo com vários estudos, um *background* violento nem sempre pré-determina um adulto violento. A comprová-lo, diversos estudos referenciados por Holtzworth-Munroe e colaboradores (1997) não identificaram qualquer relação positiva entre a presença de violência na família de origem e a experiência de vitimação marital feminina. Também Harris e Dersch (2001), a partir de um estudo exploratório com indivíduos de sexo masculino que testemunharam violência durante o seu crescimento mas que não reproduziram tais padrões na sua vida adulta, concluíram que existem um conjunto de factores de resiliência. Alguns factores externos (e.g., contacto com outro tipo de relacionamentos familiares, a percepção de contextos sociais e familiares pouco tolerantes face à violência), assim como a percepção dos custos associados à violência testemunhada (e.g., a intervenção policial no lar, o testemunho do dano severo na mãe, o divórcio) ajudariam os participantes a não aderir ao modelo violento e, não se conformando com este, a tentarem encontrar alternativas à violência na gestão das suas relações íntimas. A relação positiva com o outro progenitor não violento pode também aumentar a probabilidade de resiliência face a um ambiente familiar caótico (Rocklin & Lavett, 1987, cit. Harris & Dersch, 2001). Nesse sentido, os indivíduos resilientes são normalmente membros que permanecem marginais ao caos de um lar onde existe abuso, conseguem “desidentificar-se” com a cultura familiar de abuso e, conscientemente, recusar aquele padrão nocivo de interacção (Rubin, 1996, cit. Harris & Dersch, 2001).

Para além disso, os estudos que predizem um maior recurso à violência nos indivíduos expostos durante a infância a ambientes abusivos não são consensuais sobre a forma como esse contacto com a violência na família de origem pode afectar, de forma diferente, rapazes e raparigas. Alguns sustentam que essa aprendizagem é diferente dependendo do género (cf. Jaffe *et al.*, 1986, cit. McCloskey & Lichter, 2003). Um outro conjunto de evidências sugere, por exemplo, que a transmissão do legado da violência é mais consistente no que respeita aos homens do que em relação às mulheres (Hotaling & Sugarman, 1986, cit. Campbell & Landerburger, 1995; O’Leary, 1988, cit.

Gelles, 1997). Outros trabalhos, por sua vez, defendem a inexistência de tais diferenças (e.g., Kalmuss, 1994, cit. Gordon, 2000; Kwong, Bartholomew, Henderson & Trinke, 2003; McCloskey & Lichter, 2003; White & Widom, 2003).

Outros estudos indicam que a relação entre experimentar a violência na família de origem e tornar-se um maltratante da parceira quando adulto é mediada pelas atitudes (Markowitz, 2001).

Assim, em todas estas dinâmicas de reprodução comportamental poderão existir muitos factores mediadores, ambientais (Egeland, 1993) ou de outra natureza (e.g., consumo de álcool, personalidade anti-social) (Pollak, 2003). Talvez por isso as evidências disponíveis, favorecendo a abordagem da transmissão intergeracional da violência na conjugalidade, continuem a ser objecto de muito debate e controvérsia (Pagelow, 1984, cit. Doerner & Lab, 1995).

3.2. Tipificação relacional no abuso

Uma outra perspectiva socio-psicológica tem procurado explicar a relação abusiva através do argumento da «vinculação traumática» (Painter & Dutton, 1985, cit. Harway, 1993, p. 32). Este conceito refere-se a uma ligação emocional forte entre duas pessoas em que uma, de forma intermitente com momentos positivos, agride, ameaça ou intimida a outra. Traduz-se, normalmente, numa grande dependência psicológica e na ambiguidade emocional face ao parceiro agressor e manifesta-se, nalguns casos, na dificuldade da mulher sair da relação e, noutros, numa dinâmica que facilita o regresso à relação. Uma condição semelhante é descrita a partir do Síndrome de Estocolmo¹³. Alguns autores estabelecem um paralelismo e algumas similaridades entre essa condição e a condição psicológica das mulheres batidas: ambas se referem a situações em que a vítima, após uma longa convivência com o agressor, acaba por “vincular-se” ou “afeiçoar-se” emocionalmente a este (num misto de medo e compaixão), gerando um

¹³ Esta designação surgiu a partir de um incidente que ocorreu em 1973, envolvendo quatro reféns, em Estocolmo, na Suécia, durante um assalto a um banco. Após seis dias de rapto, diversas tentativas para o resgate das vítimas falharam devido à resistência activa manifestada por parte destas. Alguns autores entendem esta conduta como uma estratégia de “sobrevivência” daqueles que são vítimas de violência interpessoal. Durante o julgamento dos raptos, as mesmas vítimas recusaram testemunhar contra estes e apoiaram financeiramente a sua defesa judicial. No contexto do Síndrome de Estocolmo, o agressor é entendido como alguém que ameaça a vida da vítima mas opta por poupá-la, gerando sentimentos de minimização do dano causado, de gratidão e de recusa em responsabilizar judicialmente o agressor. Alguns dos preditores identificados na literatura para a emergência desta condição estão presentes na maioria dos casos de maus tratos: ameaça percebida face à sobrevivência física ou psicológica e o reconhecimento de que o agressor concretizaria a ameaça; presença de pequenos gestos de bondade do agressor em relação à vítima; ausência de contacto com outras perspectivas acerca dos acontecimentos à excepção das do agressor; percepção de incapacidade de poder escapar (Montero, 2000).

sentimento de interdependência e ambivalência que pode inclusive prolongar-se muito tempo depois de uma separação física.

Num sentido idêntico, para alguns autores a violência íntima desenvolve-se a partir de modelos de interação cíclicos e repetidos. A teoria cíclica do abuso, proposta por Leonor Walker (1984, cit. Harway, 1993) sustenta, por exemplo, a existência de três fases diferenciadas do relacionamento vítima-agressor: a) fase da acumulação e da tensão crescente; b) fase do episódio agressivo; c) fase da reconciliação ou pacificação. Essas dinâmicas conduzem, segundo a autora, à construção gradual de um sentimento de impotência perante as situações difíceis a que estão sujeitas as vítimas (Doerner & Lab, 1995). Essas estratégias envolvidas no abuso funcionam como estratégias de reforço intermitente que “vinculam” a mulher-vítima à relação. Nesta perspectiva, esse contexto de “periodicidade” do abuso, o desequilíbrio de poder, a incerteza dos afectos, a ambiguidade das expressões afectivas do maltratante nas diferentes fases e a consequente esperança na mudança por parte da vítima – uma espécie de “esperança aprendida” (Barnett & LaViolette, 1993) – são alguns dos factores centrais que aumentam a ambivalência e a vulnerabilidade da mulher face ao parceiro e, concomitantemente, contribuem para a manutenção da relação. Outra noção associada a esta teoria, relativamente unânime entre os investigadores da violência conjugal, é a de que os maus tratos aumentam, em intensidade e frequência, com o decorrer do tempo (Pagelow, 1981, cit. Woffordt *et al.*, 1994).

Estas ideias alertam, de certo modo, para a forma como a mulher gere a violência, condicionando a sua evolução (e.g., competências interpessoais ineficazes, “racionalização” do abuso, dificuldades na diferenciação emocional face ao parceiro).

Todavia, este padrão interactivo cíclico não é universal nos casais onde existe violência (Malley-Morrison & Hines, 2004). Algumas investigações apontam que, com o decorrer do tempo, os aspectos positivos da relação quase desaparecem à medida que os conflitos se intensificam. Nesse caso, o parceiro agressor acaba por assumir de forma invariável um comportamento dominador, disciplinar e de desvalorização da mulher (e.g., Douglas, 2001, cit. Malley-Morrison & Hines, 2004). Raramente se torna apologético (fase três da teoria cíclica do abuso) e, em muitos casos, a fase dois (violência física) não é antecedida pelos sinais de alarme que representam, por exemplo, os maus tratos verbais.

Outra dinâmica da estrutura familiar que pode explicar a violência na intimidade é o isolamento social de uma determinada família (Buzawa & Buzawa, 1996), uma vez que tal condição pode neutralizar o poder de *coping* de outros agentes, com funções de inibição e dissuasão da violência ou, ainda, de ajuda aos diferentes membros (e.g., informação, apoio psicológico). Assim, o isolamento, muitas vezes promovido activamente pelo agressor, funciona como uma forma deste tornar a mulher mais vulnerável, contribuindo ao mesmo tempo para manter a privacidade do abuso e para evitar eventuais sanções (e.g., judiciais, sociais).

Por sua vez, Ravazola (1997) propõe uma outra explicação sistémica para os «circuitos de violência entre os membros de uma família» (p. 56), integrando os mecanismos que conduzem à reiteração de tais interações. Segundo ela, os sistemas de género¹⁴ e os sistemas autoritários¹⁵, rígidos e estáveis, permitem caracterizar os contextos abusivos, tendo em conta as crenças, as condutas e as estruturas que esses sistemas viabilizam. Detenhamo-nos, por agora, nos sistemas autoritários e na forma como estes “preservam” formas de relacionamento abusivo. De acordo com a autora, o discurso autoritário caracteriza-se por uma determinada organização (e.g., disfunções, polarizações, descontextualizações) e baseia-se num conjunto de crenças que promove os sistemas abusivos (e.g., “as famílias são mais importantes que as pessoas”; “os problemas familiares devem ser resolvidos entre marido e mulher”). Nessa perspectiva, o abusador comunga habitualmente de determinados privilégios (e.g., “sentido de propriedade” face aos outros membros, impunidade, centralidade, controlo, autoridade). Por sua vez, a pessoa abusada sustenta frequentemente crenças que a levam a permanecer nestes circuitos (e.g., crença em torno da incondicionalidade, do poder pessoal diminuído, a comiseração face ao maltratante percebido como “doente”, a desvalorização pessoal, a “anestesia” de mal-estar) (Ravazola, 1997). Essas dinâmicas familiares levam a que muitas relações abusivas acabem por se perpetuar.

Ainda no âmbito desta abordagem, outros interlocutores defendem a importância da análise da estrutura e dos padrões relacionais dos casais onde existe violência (Buzawa & Buzawa, 1996). Gelles (1997) refere, por exemplo, que os padrões de

¹⁴ Princípio organizativo frequentemente “essencializado” ou “naturalizado”, de tal forma que contamina a formação de identidade dos sujeitos de uma determinada cultura. Muitas vezes a sua aceitação como “real” faz esquecer o facto deste ser construído como tal pelos actores sociais (Ravazola, 1997).

¹⁵ Sistema assente em argumentos que justificam a opressão e o recurso a medidas disciplinares para a viabilizar, embora os subordinados possam desenvolver formas de desafiar essa opressão (Ravazola, 1997).

decisão e o equilíbrio de poder relacionam-se com a violência na intimidade na medida em que os casais que se pautam por uma organização familiar democrática, partilhando o poder decisório, assinalam uma menor probabilidade de se confrontarem com a violência, comparativamente aos casais onde esse poder é exercido de forma hierárquica ou unilateral.

Outros trabalhos têm assinalado que determinadas estruturas familiares se caracterizam pela coexistência de múltiplas formas de violência (e.g., maus tratos a menores e ao cônjuge) (Gelles, 1997).

Outros estudos referenciados por Anderson e Schlossberg (1999) diferenciam casamentos fisicamente violentos de casamentos sem violência, caracterizando estes últimos a partir de estratégias de comunicação positiva e de estilos construtivos de resolução de problemas. Os mesmos autores enunciam um conjunto de padrões interacionais associados aos maus tratos na intimidade: elevada conflituosidade e *stress* marital (e.g., tentativas sucessivas de culpar o outro pelos problemas, queixas abundantes, criticismo acentuado, desvalorização do outro), elevado grau de ameaça, poucos comportamentos positivos (e.g., aprovação, aceitação da responsabilidade) e níveis elevados de desacordo a diversos níveis. Segundo os autores, a presença de padrões de interação hostil, de comportamentos de raiva, de défices ao nível da comunicação e da resolução de problemas por parte de ambos, de hostilidade verbal e de agressão passiva são ainda percursos da violência física.

No mesmo sentido, Sally Lloyd (1999) aponta um conjunto de estudos sobre as dinâmicas maritais de casais jovens, onde se concluiu que a violência dos homens contra as mulheres está associada a problemas interacionais e comunicacionais específicos. Esse conjunto de factores peculiares que viabilizam a interação marital violenta abarca: a) a presença de défices nas competências sociais do agressor (e.g., reduzido poder argumentativo, atribuições hostis para o comportamento da mulher, estratégias não construtivas de resolução dos problemas); b) a presença de um contexto de controlo, caracterizado pela preservação da crença num código masculino que, por um lado, rejeita a influência da mulher, em si mesma percebida como uma ameaça e, por outro, reforça a eficácia da agressão como tática de controlo. Estas dinâmicas têm lugar: c) num clima marital caracterizado pela elevada dependência e emaranhamento, pela volatilidade e frustrações duradouras, pautado por padrões de comunicação rígidos, afecto negativo, beligerância por parte do agressor, resistência e medo por parte da mulher-vítima e, ainda, por padrões de exigência/isolamento.

Anderson e Schlossberg (1999) acrescentam um outro conjunto de factores contextuais que aumentam a probabilidade de maus tratos do parceiro sobre a mulher (vs. factores causais) e que conduzem a família a organizar as suas interações em torno da violência: os factores socio-económicos (e.g., recursos profissionais ou salariais inferiores do homem em relação à mulher) e algumas das normas sustentadas pelo agressor (e.g., estereótipos rígidos sobre o papel de género).

Em resumo, nesta perspectiva não é a presença de conflitos que distingue as relações íntimas com padrões interaccionais violentos daquelas que não o são. É a forma como os conflitos (e.g., divórcio), alguns inevitáveis nos relacionamentos, são orientados, geridos e negociados na relação (e.g., inexistência de competências de comunicação construtivas). Combinados com outros factores contextuais (e.g., a violência na família de origem, o isolamento social, as atitudes de normalização do abuso, determinados padrões de vinculação relacional), esses elementos interaccionais aumentam o risco de violência na intimidade (Anderson & Schlossberg, 1999).

Discussão

Sobre o contributo das teorias familiares sistémicas, há autores que contestam especificamente os poucos desenvolvimentos gerados nesse âmbito no sentido de ajudar a compreender a violência na intimidade (Dell, 1989). Segundo Anderson e Schlossberg (1999), essa circunstância pode ser o reflexo de vários factores: o facto dos teóricos que se inscrevem neste domínio, por vezes, minimizarem ou negligenciarem o problema dos maus tratos na intimidade, entendido como mais um sintoma da disfuncionalidade familiar (em detrimento da sua construção criminal); o facto de centrarem mais a sua atenção na família como unidade de análise (cf. Saraga, 1996); o facto dos práticos nem sempre detectarem a presença de violência no casal (Aldorondo & Straus, 1994) durante as suas intervenções. Por outro lado, a insuficiência de contributos por parte desta perspectiva pode resultar do facto das causas e da responsabilidade da violência (e.g., no sentido de quem é que é o culpado) não serem conceitos centrais numa perspectiva que se tem preocupado, sobretudo, com questões do tipo: *«como é que estes homens violentos se relacionam com as suas mulheres; como é que as pessoas estão envolvidas em relações abusivas?»* (Anderson & Schlossberg, 1999, p. 141).

As críticas apontadas às explicações avançadas pela teoria dos sistemas têm partido sobretudo das perspectivas feministas que acusam estas leituras de encobrir, ainda que de forma não intencionalizada, a seriedade dos abusos na intimidade. Sustentam também que, a partir dessa ênfase sistémica (negligenciando a *praxis* individual), a imputação da responsabilidade da violência dilui-se entre os parceiros relacionais, ambos co-responsáveis pelos abusos (Bograd, 1974, Harway & Hansen, 1993, cit. Anderson & Schlossberg, 1999; Dell, 1989), nomeadamente nos casos em que o exercício da violência é unilateral. Para as feministas, uma outra limitação reside no facto destas abordagens ignorarem os diferenciais de poder entre masculino e feminino, suportados não só na cultura mas também no seio das famílias (Bograd, 1984, Goldner, 1985b, cit. Anderson & Schlossberg, 1999). Por outro lado, as feministas salientam que algumas das imagens que estas perspectivas traduzem da mulher que experiencia maus tratos são também algo estereotipadas (e.g., impotente, desempenhos passivos). De modo análogo, estes motivos também fundamentam a perspectiva das feministas de que a terapia familiar, como forma única para gerir a violência, pode ser uma resposta inadequada.

No essencial, e apesar das perspectivas sistémicas se pautarem genericamente pela compreensão das dinâmicas familiares salientando uma leitura ecológica, são por vezes acusadas de ignorar os contextos mais vastos quando existe violência (e.g., macro-sistema, papéis históricos de género).

Refira-se que, apesar de tudo, este tipo de críticas tem-se traduzido em mudanças significativas, designadamente na posição terapêutica de alguns práticos sistémicos conduzindo, por exemplo, a uma maior responsabilização do agressor, a intervenções específicas para agressores e vítimas atendendo ao género e, ainda, à exclusão da intervenção familiar nos casos de violência severa (cf. capítulo IV).

No que respeita especificamente ao estabelecimento de ligações de causalidade a partir do legado transmitido pela violência na família de origem, devemos ser prudentes dado que, como explicámos, essa relação não é linear. Há muitos factores mediadores e de resiliência. Destacamos, sobretudo, que essa leitura não pode servir como justificação (determinista) para a perpetuação da violência entre as gerações.

Por sua vez, uma ênfase desmesurada nos padrões interacionais e no conflito dos casais para explicar a violência, através por exemplo da ideia de que ambos contribuem

para a violência (e.g., que se “merecem um ao outro” porque partilham as mesmas “incompetências”), pode contribuir indirectamente para a “privatização” da violência no interior das famílias, transformando-o num problema relacional a gerir pelos próprios e sugerindo a sua resolução na esfera da intimidade.

Apesar destas limitações, não podemos contudo deixar de sublinhar o contributo, a nível conceptual e interventivo, das perspectivas que enfatizam os factores históricos de um determinado elemento da díade (e.g., infância familiar do maltratante ou vítima), os factores situacionais (e.g., isolamento social) ou interaccionais que caracterizam uma dada relação (e.g., défice na comunicação, na gestão do conflito, vinculação traumática) ou mesmo as características da estrutura familiar (e.g., hierárquica, autoritária).

Consideramos que em geral, estas leituras (sistémicas, familiares, intergeracionais) são, sobretudo, relevantes para se perceber as dinâmicas abusivas (e.g., a sua intermitência), a complexa e difícil gestão que a vítima faz da violência, os factores que fazem perpetrar o abuso e preservar a relação por longos períodos de tempo. Essas dinâmicas explicariam, por exemplo, as habituais desistências de queixa criminal e as trajectórias de sair e regressar à relação abusiva. São também úteis pelo facto de chamarem a atenção para um conjunto de elementos que aumentam a probabilidade de haver abuso (e.g., diferenças acentuadas de poder).

Talvez estas leituras sejam também particularmente úteis na explicação da conduta do subtipo “agressores apenas na família”. Identificado na tipologia de maltratantes na intimidade proposta por Holtzworth-Munroe e colaboradores (1999, cit. Anderson & Schlossberg, 1999) como um dos perfis mais comuns, este subgrupo diz respeito aos maltratantes menos violentos e que dirigem essa violência exclusivamente para alvos específicos.

Por outro lado, a noção de aprendizagem social da violência e do seu potencial em termos da transmissão intergeracional alerta-nos especialmente para a importância dos contextos precoces de socialização familiar e para a relevância dos programas preventivos de cariz primário e, sobretudo, secundário. Isto porque, sendo relativamente consensual a partir dos estudos citados que presenciar violência no casal pode representar um factor de risco para agressões subsequentes, existe um outro conjunto de factores protectores que podem prevenir essa transmissão intergeracional (Kaufman & Zigler, 1993, cit. Gordon, 2000). Alguns exemplos são, nomeadamente, o desenvolvimento de competências de gestão de conflitos junto dos jovens adultos, o

contacto com programas que demonstram os custos envolvidos na violência íntima, a promoção de outras experiências junto das crianças (e.g., contacto com outros modelos familiares não tolerantes face à violência), não devendo a intervenção dirigir-se apenas a factores internos (e.g., auto-estima, auto-controlo). Assim, nesta perspectiva, as famílias de risco para a ocorrência de violência (porque há ou houve vitimação directa ou vicariante de algum dos membros) devem ser eleitas como alvos de intervenção, procurando precaver dessa forma o risco da sua perpetuação para as gerações futuras.

Os estudos neste domínio têm outras implicações significativas. Alguns dos processos interaccionais descritos (e.g., a “esperança aprendida”) ajudam também a explicar porque é que muitas mulheres revelam um grande optimismo face à possibilidade dos parceiros integrarem programas de aconselhamento, o que, por si só, poderá por exemplo levar algumas a considerar um regresso à relação.

Quando se trata de intervir, os processos descritos reforçam igualmente a importância de se atender aos ciclos de interacção repetidos que caracterizam este tipo de abusos (Margolin & Burmaan, 1993, cit. Anderson & Schlossberg, 1999). Estas leituras, sobretudo aquelas que se referem às dificuldades comunicacionais, salientam a utilidade, nalguns casos, da participação conjunta dos dois elementos do casal no processo de mudança. Uma das vantagens desta abordagem é partir do pressuposto que ambos têm a capacidade para mudar algo e que isso pode ser feito em conjunto. Para que esse tipo de propostas interventivas possa ser útil, importa atender ao contexto de violência e ao *timing* mais favorável (cf. capítulo IV).

Há ainda uma série de outras questões relevantes identificadas por estas perspectivas que continuam a motivar a investigação neste domínio (cf. Anderson & Schlossberg, 1999): «como se caracterizam os padrões de interacção dos casais que com sucesso interrompem a violência nos seus relacionamentos? Quais as dinâmicas interaccionais que mais promovem a intergeracionalidade da violência? Qual a relação entre a violência no casal e o funcionamento de outros subsistemas (e.g., parental)?» (p. 148).

IV. A violência como produto dos discursos sócio-culturais

As perspectivas sócio-culturais têm-se dedicado à análise dos factores históricos, culturais e políticos que contribuem para os maus tratos à mulher (Dobash & Dobash, 1979, Schechter, 1982, Walker, 1979, Yllö & Bograd, 1988, cit. Hydèn, 1995).

Estas abordagens partilham algumas questões centrais: que funções desempenha a violência numa determinada sociedade e contexto histórico? (Bograd, 1990, cit. Dias, 2004)? Como é que as práticas culturais interferem na violência familiar (Levesque, 2001)? De que forma os discursos sócio-culturais (sobre a violência, a família, o género) contribuem para a vitimação da mulher pelo parceiro e para a perpetuação do problema ao longo de gerações?

Embora a literatura neste domínio seja escassa, têm-se destacado sobretudo as teorias críticas e os movimentos feministas na procura de respostas às questões colocadas. Estas perspectivas preocupam-se com a análise dos discursos culturais e sociais (e.g., em torno da violência contra a mulher, do género, das representações tradicionais sobre a masculinidade e a feminilidade), na forma como estes constroem o fenómeno da violência na intimidade e influenciam a intervenção nesse domínio.

4.1. Os discursos construídos em torno da violência na intimidade

*«Algumas mulheres fazem os homens “perder a cabeça” e, por isso, é natural que eles lhes batam»
«Se as mulheres se portarem como boas esposas não serão maltratadas»
«A violência conjugal é um assunto privado. Deve ser resolvido em casa»
ECVC (2000)*

As perspectivas feministas, em particular, têm vindo a enfatizar o papel das mensagens sociais e culturais na normalização e na aprovação da violência na intimidade (Buzawa & Buzawa, 1996).

Mas são vários os autores que têm também vindo a considerar que a cultura pode influenciar a violência de formas distintas. Por exemplo, Levesque (2001) entende que há quatro formas da cultura interferir na violência: a partir daquilo que é definido ou considerado como uma conduta abusiva, as formas de maus tratos infligidos, o impacto experimentado e o significado que lhes é atribuído.

Discutimos seguidamente alguns posicionamentos sócio-culturais sustentados em torno do fenómeno e que ilustram a forma como a tolerância face aos maus tratos aparece muitas vezes difundida nos discursos. Reflectiremos sobre os riscos que esses posicionamentos envolvem. Como será evidenciado, eles assumem ainda repercussões importantes na forma como as situações de violência na intimidade podem ser

concebidas, resolvidas e, ainda, no modo como deverão ser apoiados os diferentes intervenientes.

a. Algumas condutas da mulher tornam os maus tratos aceitáveis

Este discurso, de acordo com alguns estudos, é especialmente difuso (cf. Gelles, 1997). A partir dele sustenta-se que, sob determinadas circunstâncias, o abuso é adequado e justificado: por exemplo no caso do comportamento da mulher provocar e/ou precipitar os maus tratos, quer de forma activa (e.g., infidelidade, resposta verbal), quer passiva (e.g., não cumprimento de determinada tarefa, ausência de interesse sexual). Este argumento tem implícito, por um lado, a ideia de provocação da vítima e, por outro, a ideia de que existe uma forma “correcta” de ser/estar da mulher face ao parceiro.

Esta construção da mulher como vítima legítima de violência reflecte claramente uma ideologia patriarcal (e.g., a justificação do controlo masculino sobre a mulher, a legitimação do poder masculino para a disciplinar). Esta atitude sustenta ainda que a vítima é responsável pela violência, podendo a circunstância da sua (auto) culpabilização tornar inviável um eventual processo de apoio.

Para além de banalizar a experiência da vítima, este dispositivo de normalização da violência face ao conflito nega a gravidade e a dimensão criminal dos maus tratos. Assim, para além da estigmatização da vítima, outras implicações abrangem a não responsabilização do agressor e a desvalorização da prevenção.

b. É fundamental preservar a privacidade das famílias; Entre marido e mulher ninguém deve “meter a colher”

Estes posicionamentos reflectem «tentativas de privatização do problema» (Foreman & Dallos, 1993, p. 3), validando as dinâmicas de segredo associadas aos maus tratos na intimidade.

Esta leitura traduz uma conceptualização do fenómeno como um algo a gerir dentro de casa. Localiza o problema no interior da família e a sua resolução situa-se ao nível da responsabilidade dos indivíduos que a compõem (Foreman & Dallos, 1993). Este discurso sobre a privacidade familiar ignora, contudo, os diferenciais de poder que caracterizam este tipo de famílias.

A ênfase na preservação da família a qualquer custo alimenta ainda determinadas dinâmicas emocionais (e.g., confusão, culpabilidade), pode promover uma reacção passiva da vítima e inibir a tomada de decisão. Pode, inclusive, viabilizar a estigmatização daquelas vítimas que tentam reorganizar a sua vida fora de um contexto íntimo abusivo (e.g., a partir deste dispositivo discursivo, as que solicitam o divórcio nestas circunstâncias são percebidas como responsáveis únicas pelo insucesso do casamento).

Aqueles que adoptam esta orientação patrocina uma postura de não intervenção nos casos de maus tratos à mulher, tornando-os alheios à intervenção de terceiros.

Este posicionamento serve, também, para proteger o agressor da responsabilização social e criminal pela sua conduta.

c. A violência só ocorre devido a factores externos (e.g., álcool, doença mental, pobreza)

A partir deste argumento, justifica-se a conduta do ofensor a partir da psicopatologia, da presença de certas condições estruturais (e.g., pobreza), conjunturais (e.g., divórcio) ou *stressores* ambientais (qualquer circunstância de vida que pode ser percebida como ameaça) (Malley-Morrison & Hines, 2004).

Aqueles que sustentam este discurso conceptualizam normalmente a violência como estando fora do controlo individual do maltratante. Esta é também uma das características mais comuns no discurso dos maltratantes (Ptacek, 1988).

Para além dessa desresponsabilização, este tipo de entendimento reforça a ideia de que os maus tratos são um problema de uma minoria, que afecta poucas famílias, nomeadamente aquelas que possuem características “especiais”.

Em termos práticos, a adesão a este argumento prescreve uma intervenção médica (e.g., de saúde mental), como já referimos, ou uma mediação socio-económica (e.g., de reinserção social).

d. A pequena violência é normal e pouco grave

Esta atitude viabiliza, desde logo, a violência como forma comum de resolução de conflitos interpessoais. Ao minorar-se a gravidade de certas formas de abuso (e.g., bofetadas, empurrões, maus tratos verbais) e ao não se reconhecer a “pequena”

violência, recusa-se ainda a sua natureza abusiva e criminal. Este argumento pode também inviabilizar a revelação de experiências deste tipo por parte da vítima, frequentemente entendidas como actos isolados.

Por outro lado, este posicionamento minimiza os diversos custos implicados na vitimação pelo parceiro. Trivializar o dano causado à vítima é algo comum nos estudos que analisaram o discurso dos maltratantes (Ptacek, 1988).

Em termos de prevenção, esta postura de normalização de formas “menores” de violência encerra muitos riscos, pois sabemos que a “micro-violência” é um precursor da perpetuação e da escalada da violência na intimidade.

Estes são apenas alguns exemplos de crenças que são conceptualizadas por Ptacek como «racionalizações socialmente aprovadas acerca da violência» (1988, p. 151). As próprias vítimas reforçam essa mesma leitura, referindo que a sociedade oferece um consentimento implícito ao comportamento maltratante nomeadamente através de uma postura de silêncio, de indiferença e de cumplicidade (Ghez, 2001).

Há estudos que têm vindo precisamente a validar essa ideia de que este tipo de discursos construídos em torno da violência influencia o próprio fenómeno, assim como as posturas dos indivíduos face ao problema. Embora em Portugal exista um único trabalho com essa orientação (Machado, no prelo) (cf. capítulo I), há algumas investigações internacionais que têm vindo a reforçar claramente essa ideia de que a dimensão cultural interfere nos maus tratos.

Por exemplo, um estudo realizado na China, a partir de *focus group*, sustenta que a construção social da mulher como vítima legítima da violência resulta precisamente de atitudes face ao problema semelhantes às que atrás referimos: por um lado, parte-se de explicações psiquiátricas para o comportamento do homem agressor, desresponsabilizando-o e, por outro, concebe-se os comportamentos da mulher como precipitantes na sua vitimação (Tang, Wong & Cheung, 2002).

Um conjunto de outros estudos, levados a cabo em diferentes países africanos (e.g., Ghana, África do Sul, Egipto), referenciados por Machado e Dias (no prelo), reforça a ideia de que as práticas culturais interferem na violência contra a mulher. A generalidade dessas investigações permite perceber que a invisibilidade dos abusos está relacionada com as questões culturais, nomeadamente com o facto da violência receber ampla legitimação social. Por exemplo, um estudo desenvolvido no Egípcio conclui que

cerca de metade das mulheres batidas relata nunca ter falado dos maus tratos a ninguém já que a maioria considera que a violência física é um aspecto normal do casamento (60%), 9% não sabia a quem se dirigir, 13% não o revelou por medo e 9% por vergonha (Diop-Sibidé, Campbell & Becker, 2005). Já no Ghana, um outro estudo conclui que a não revelação do abuso do parceiro abrange 70% das situações. Os motivos para essa ocultação prendiam-se com o receio da mulher em ser ridicularizada (dado que bater na parceira é um acto lido como uma prova de amor) e com o facto de entender que os “assuntos da família” devem ser geridos em casa. Dessa forma, a não revelação evitava a exposição social e também a desagregação familiar (Amoakohene, 2004). Na África do Sul, um estudo conclui que, dentro de determinados limites de severidade, os maus tratos à mulher são considerados normais pelas pessoas (Mager, 1999, Wood & Jewkes, 2001, cit. Jewkes *et al.*, 2002), nomeadamente pelas próprias mulheres adolescentes que não têm qualquer dependência económica ou filhos a cargo (Wood & Jewkes, 2001, cit. Jewkes *et al.*, 2002).

Também no Brasil alguns trabalhos documentam a ampla tolerância cultural que recebe a violência contra a mulher. Por exemplo, um estudo qualitativo com homens conclui que o fenómeno é entendido não só como frequente, mas também como justificado em determinadas situações (Barker & Loewenstein 1997, cit. Machado & Dias, no prelo).

Na Rússia, por sua vez, a violência é considerada um assunto privado e é uma experiência banalizada pelos outros significativos (família, amigos) e pelas autoridades judiciais (polícias, tribunais) (Zakirova, 2005, cit. Machado & Dias, no prelo). Embora a maioria das pessoas entenda que os agressores devem ser punidos, metade da população defende que a mulher é que provoca as agressões do marido (Horne, 1999, cit. Machado & Dias, no prelo).

Algo semelhante se verifica na Europa. Por exemplo, em Inglaterra, um estudo recente revela que um em cada dois homens e uma em cada três mulheres considera que a violência física ou sexual pode ser aceitável em determinadas circunstâncias (Donovan, 2004, cit. Machado & Dias, no prelo).

Por sua vez, alguns autores defendem que estes discursos são típicos em determinadas populações. Como já referimos, um estudo de Ptacek (1988) com parceiros maltratantes reforça a ideia de que estas atitudes tolerantes face à violência são típicas entre esse grupo. O mesmo autor sustenta ainda, como referimos no capítulo

I, que esses discursos também se reproduzem muitas vezes nas práticas dos profissionais.

Ainda na dimensão cultural, alguns discursos e posicionamentos construídos em torno do poder e do gênero assumem igualmente repercussões significativas nesta forma particular de violência, como veremos de seguida.

4.2. Os discursos construídos em torno do poder e do gênero

*«Um homem tem o direito de castigar a mulher se ela faltar ao cumprimento dos seus deveres conjugais»
«É a ideia de as mulheres quererem ter tantos direitos como os homens que causa problemas entre o casal»
«É mais aceitável um homem bater na mulher do que o contrário»
«Algumas mulheres merecem que lhes batam»*

ECVC (2000)

A partir desta abordagem, na origem e na perpetuação dos maus tratos estão manifestas desigualdades estruturais e também estereótipos (sobre o gênero, o poder) que tendem a perseverar, sustentados pela sociedade em geral e pela família em particular.

Alguns autores (e.g., Ravazola, 1997) têm estabelecido uma relação entre determinadas estruturas de organização social e familiar e a violência na intimidade.

As posições feministas, em particular, sustentam que um conjunto de processos – históricos, económicos, culturais, políticos e ideológicos - contribui para sustentar uma ordem patriarcal (Gelles, 1997), a nível social e também familiar. As sociedades patriarcais alimentam, de forma estrutural, as diferenças de gênero e de poder, discriminam e oprimem as mulheres e toleram o uso da violência para com elas (Hearn, 1996). Para as feministas, a violência é uma expressão dessa ideologia patriarcal (Marin & Russo, 1999), uma forma “legítima” do masculino preservar o *status quo* e exercer sobre ela posições de controlo e poder (e.g., material, económico, social, ideológico, político). Nesta óptica, os homens agridem porque têm muito a ganhar com a violência (Jones & Schechter, 1992, cit. Gelles & Loseke, 1993).

Na leitura feminista, grande parte das atitudes anteriormente descritas, traduzindo uma “cultura” de tolerância face aos maus tratos, são precisamente exemplos da relação entre o legado de um sistema patriarcal e a violência na intimidade (Sugarman & Frankel, 1996).

Algumas das explicações avançadas a propósito dos factores intra-individuais (e.g., natureza agressiva do masculino) e dos sistemas familiares (e.g., determinismo intergeracional da violência) são também entendidas pelas feministas como formas de manter uma posição de predomínio masculino e de viabilizar a ideologia patriarcal (Foreman & Dallos, 1993).

É possível encontrar alguns estudos que reforçam a associação da violência a determinadas estruturas de organização social e familiar.

Um dos raros trabalhos de carácter antropológico, envolvendo o estudo de noventa sociedades distintas, conclui por um lado que em setenta e cinco dessas sociedades está presente o fenómeno da violência contra a mulher e, por outro, como já referimos, que quando homens e mulheres se relacionam de modo mais igualitário (e.g., em termos de recursos, poder decisório, distribuição de tarefas), é menos provável os homens maltratarem as suas mulheres (Levinson, 1989, cit. Gelles & Loseke, 1993).

Coleman e Straus (1986, cit. Harway, 1993) concluem, igualmente, que a violência é mais habitual em casais onde predomina o controlo masculino. Nos casais onde predomina a distribuição igualitária do poder registam-se níveis mais baixos de conflito e de violência.

Também Firestone, Harris e Vega (2003) fazem referência a estudos que destacam que as relações maritais assimétricas produzem maiores níveis de *stress* e conflito do que as de natureza igualitária (e.g., Lenton, 1985) e que os casamentos baseados numa estrutura igualitária registam níveis menos elevados de abuso (e.g., Straus *et al.*, 1980).

Levinson (1989) destaca ainda quatro factores culturais que parecem predizer este fenómeno: desigualdades de carácter económico entre os géneros, o recurso à violência física como forma usual de resolução de conflitos, a centralização da autoridade e do poder decisório no masculino e, por fim, a impossibilidade feminina para se divorciar (Levinson, 1989, cit. Levesque, 2001).

As culturas asiáticas são frequentemente apontadas como um exemplo de uma sociedade onde a forma como a família está estruturada ajuda a explicar os elevados níveis de violência aí encontrados (cf. capítulo I). Trata-se de uma estrutura familiar patriarcal, sendo a autoridade do pai inquestionável. O casamento acarreta para a mulher um papel essencialmente doméstico, tendo habitualmente que prescindir de si própria e dos seus projectos. Para preservar a harmonia familiar, os indivíduos integrados nessa cultura evitam o conflito e daí resulta também uma ocultação dos abusos. O próprio

divórcio é considerado como desviante e a vida interna da família está protegida da intervenção legal (Kozu, 1999, cit. Machado & Dias, no prelo).

Alguns autores sustentam que, mesmo em países da Europa Ocidental, é possível actualmente encontrar formas de organização familiar patriarcal que estabelecem para a mulher um estatuto ainda subordinado em relação ao parceiro (Ruiz-Perez, 2005, cit. Machado & Dias, no prelo).

A literatura tem vindo também a descrever como as ideologias mais tradicionais sobre a relação entre os géneros podem favorecer realidades abusivas.

Na perspectiva feminista, os maus tratos na intimidade são justamente o resultado previsível de um processo histórico de socialização do masculino que sustenta a violência exercida nesse contexto como uma forma de controlo social, usada para manter a mulher num papel subordinado, do ponto de vista familiar, social e político. O mesmo é dizer que a partir desta abordagem, se entende que a construção tradicional da identidade de género é um dos factores que também reforça as desigualdades e as hierarquias nas relações íntimas.

Assim, a partir das concepções mais tradicionais, a mulher é construída como submissa, dependente, passiva, vulnerável, não agressiva, assexual, altruísta, obediente, não questionando a liderança e a autoridade do marido. Para as feministas a própria socialização familiar pode, simultaneamente, contribuir para manter atitudes culturais de tolerância face ao uso da violência e para apoiar concepções tradicionais acerca do género. De acordo com Foreman e Dallos (1993), na própria família, as raparigas podem ser valorizadas por manifestarem características mais passivas ou não-agressivas.

Para Barnett e LaViolette (1993), a socialização para um desempenho tradicional do feminino promove também um sistema de crenças e valores que secundariam as necessidades da mulher em relação ao parceiro e à manutenção da família, contribuindo para a sua desvalorização pessoal. Ora, tal orientação traduzir-se-á na imputação pessoal (e exclusiva) da mulher sempre que essa gestão não é eficaz, mesmo quando fortemente condicionadas por constrangimentos que não estão sob o seu domínio (e.g., problemas de alcoolismo do parceiro) (Foreman & Dallos, 1993). A adesão a estas ideias pode levar, por um lado, a mulher a manter a família e, em última análise, a ocultar e a suportar os maus tratos. Por outro lado, a adesão a essas crenças conduziria os outros a considerar, porventura, os maus tratos como “justos” nalgumas circunstâncias. Por

exemplo, um estudo no Haiti, referenciado por Machado e Dias (no prelo), evidencia que 80% dos homens acreditam que a violência é justificável nos casos em que a mulher é extravagante, se recusa a obedecer-lhe ou comete adultério (CHREPROF, 1996, cit. Gage, 2005).

Nutt (1999) procurou também explicar como é que a socialização feminina, ao longo das várias etapas da vida, pode viabilizar o envolvimento da mulher em relações abusivas (e.g., pela dificuldade em estabelecer limites) ou aumentar a dificuldade em escapar delas. Para o autor, algumas das características dessa socialização envolvem: a desvalorização do papel de género (e.g., baixa auto-confiança, valorização primária da aparência, inferioridade face ao masculino), a restrição do papel de género (e.g., pressão predominante para o papel marital e maternal) e a colocação dos outros sempre em primeiro lugar.

Por sua vez, a partir de uma concepção tradicional, o masculino é concebido como agressivo e dominante (Ravazola, 1997), definindo-se através de características associadas ao poder (e.g., força, independência, domínio). Segundo Dobash e Dobash (1998), em muitas culturas, a violência do parceiro é valorizada como símbolo de masculinidade, autoridade masculina, poder e controlo. O modelo teórico proposto por O'Neil e Nadeau (1999) é também uma tentativa de explicação sobre a forma como a socialização masculina para o desempenho de género contribui para a violência. Segundo os autores, várias dinâmicas predisõem o indivíduo para o uso da violência, nomeadamente o patriarcalismo, os estereótipos, os esquemas distorcidos sobre o papel de género. Os mesmos autores sustentam ainda que determinados processos situacionais e interpessoais promovem o recurso à violência (e.g., os conflitos de poder, as ameaças à identidade masculina).

De forma complementar, as feministas entendem que o processo de socialização dos rapazes no seio das famílias reforça características mais agressivas (Bandura, 1977, cit. Foreman & Dallos, 1993). Para as feministas, o maltratante típico é alguém que tenta valorizar e preservar as características masculinas tradicionais (e.g., poder, sucesso), reagindo violentamente perante ameaça de perder o domínio na sua própria casa (Margolin *et al.*, 1988).

Essas construções tradicionais acerca do género acabaram por gerar em muitos casos, um sistema de condutas estereotipadas para o masculino e o feminino, desencadeando expectativas mais ou menos rígidas sobre os desempenhos de género (e.g., o dever de resignação feminina, a autoridade esperada do masculino) a que

parecem aderir, não só agressores, mas também algumas vítimas e a própria sociedade. Quando essas expectativas são desafiadas, esses desempenhos podem ser avaliados negativamente pelos indivíduos que sustentam tais concepções.

Um conjunto de mensagens culturais estereotipadas acerca do género está também reproduzido na cultura popular, por exemplo, nalguns provérbios portugueses: *A casa é das mulheres e a rua é dos homens; Do homem a praça, da mulher a casa; A mulher e o vinho tiram o homem do seu juízo; À mulher casada o marido lhe basta; À mulher roca e ao marido espada.*

Meyers (1997) acrescenta que as próprias notícias veiculada pelos *mass media* acerca do fenómeno da violência, na maioria das vezes é o produto de uma perspectiva masculina, contribuindo para perpetuar estereótipos e mitos acerca do papel da mulher e para minimizar as suas necessidades e preocupações, reforçando a sua continuada vitimação.

É possível encontrar algumas investigações que ilustram a influência das ideologias tradicionais acerca do género na violência contra a parceira.

Uma revisão de estudos realizada por Machado e Dias (no prelo) documenta igualmente a influência das representações estereotipadas sobre o género no fenómeno da violência. Um estudo realizado no Ghana, país com elevada taxa de violência (cf. capítulo I), documenta que, apesar de haver uma consciência das mulheres acerca dos seus direitos (e.g., participação política, livre expressão), espera-se que estas sejam as responsáveis únicas pela casa e pelos filhos, bem como contribuam economicamente para as despesas familiares. Culturalmente, 86% das mulheres consideram que o seu papel deve ser de submissão face ao homem, ser paciente, cumprir os seus deveres e ser prestável (Amoakhene, 2004). No Egipto, apesar de haver também uma cultura dos direitos da mulher, o seu exercício é muito condicionado pelo seu estatuto social e pelos seus recursos (e.g., sociais, económicos). Por exemplo, apesar do divórcio ser um direito em caso de maus tratos do marido, os custos sociais que lhe poderão estar associados são muito elevados (e.g., escândalo, isolamento, perda de suporte família, eventual separação dos filhos). Assim, as alternativas de vida da mulher casada estão claramente constrangidas pelas normas instituídas socialmente. Na Rússia, muitas mulheres agredidas pelos parceiros não se apercebem que são vítimas de violência pois aprenderam que o homem é o chefe de família e líder social, preferindo estar casada do que estar só (Pisklakova, 1995, cit. Horne, 1999). Em países da Europa Ocidental,

apesar da cultura dos direitos das mulheres se ter disseminado nas últimas décadas, alguns estudos referenciados pelas mesmas autoras evidenciam a persistência de estereótipos tradicionais acerca dos géneros. Por exemplo, na Grécia, 50% dos homens e um terço das mulheres reportam que violência doméstica é provocada pela exigência de igualdade e de independência da mulher. Um terço dos homens defende ainda que a mulher deve ser obediente no espaço do lar (Antonopoulou, 1999).

Discussão

Embora seja uma das leituras que mais consenso tem registado entre os que estudam o fenómeno, é ainda insuficiente o investimento, quer da comunidade académica, quer dos práticos, na análise da dimensão cultural dos maus tratos à parceira (Malley-Morrison & Hines, 2004).

Os estudos interculturais são poucos, as primeiras investigações surgiram sobretudo no final da década de oitenta e persistem limitações metodológicas significativas (e.g., variações na definição da violência, viés de amostragem) que impedem o estabelecimento de comparações entre diferentes realidades (Machado & Dias, no prelo). Em Portugal estão a ser dados os primeiros passos nesse domínio de pesquisa, sendo que os estudos com essa orientação são praticamente inexistentes. Em termos conceptuais, a influência dos factores culturais nos maus tratos sobre a parceira é notória sobretudo no âmbito dos modelos ecológicos sobre os maus tratos conjugais (que serão discutidos a seguir).

Por outro lado, as abordagens que têm reforçado o papel da dimensão cultural na violência não estão imunes a críticas.

Uma das críticas mais habituais relaciona-se justamente com o facto dos argumentos avançados por essas perspectivas, por um lado, não terem suficiente base empírica e, por outro, por se basearem predominantemente em investigações de carácter qualitativo, sobretudo em estudos de caso.

Outra das críticas mais apontadas relaciona-se com o facto das perspectivas sócio-culturais não explicarem porque é que alguns casais aderem aos discursos e aos dispositivos culturais que legitimam a violência, envolvendo-se em interações abusivas, e outros não (Gordon, 2000), tendo em conta que o *background* sócio-cultural

disponível ou dominante seria comum a ambos. Isso pode querer significar que, para além da influência da cultura alargada, a violência é também uma questão de “cultura pessoal”, que pode viabilizar uma conduta abusiva. Em nosso entender, para responder a essa questão são necessários mais estudos que esclareçam como interferem os factores mediadores (e.g., acesso a outras comunidades de validação de discursos alternativos).

Uma das apreciações, dirigida sobretudo às posições feministas mais radicais, relaciona-se com o facto destas basearem as suas análises quase exclusivamente numa só variável: o patriarcalismo. Segundo os críticos, tal envolve o risco de negligenciar as especificidades culturais, bem como de reduzir as múltiplas formas de opressão possíveis ao patriarcalismo. Os críticos recordam ainda que, com o decorrer do tempo, os sistemas patriarcais foram evoluindo e alcançando alguma diversidade, ao mesmo tempo que foram sendo progressivamente desafiados a nível político e discursivo. Não seriam tais transformações suficientes para se reduzir a prevalência dos maus tratos, tão expressiva nos dias de hoje? Não deveriam ser suficientes para eliminar a violência nos países mais desenvolvidos política e economicamente?

De forma mais incisiva, Goodyear-Smith e Laidlaw (1999) afirmam que não há evidências suficientes de que as sociedades patriarcais viabilizem mais a violência íntima do que outro tipo de sociedades.

No mesmo sentido, uma meta-análise de estudos sobre a associação da violência a este tipo de ideologia concluiu que a atitude do maltratante face aos maus tratos era o único elemento de cariz patriarcal que permite predizer uma relação abusiva (Sugarman & Frankel, 1996, cit. Malley-Morrison & Hines, 2004).

Apesar dessas críticas, não podemos ignorar que a dimensão patriarcal é considerada pelas feministas como multidimensional (Yllö, 1993), tendo Hearn (1996) inclusive reconhecido que modelos patriarcais mais complexos e diferenciados tem vindo a ser desenvolvidos.

Para além disso, julgamos que essa ideologia patriarcal representa um legado ainda actual em muitas sociedades e mesmo naquelas em o seu desafio foi sentido como mais evidente, tal pode não ter acontecido com a mesma magnitude no seio de muitas famílias. Trata-se, portanto, numa dimensão relevante na compreensão do problema, que carece sobretudo de mais investigação.

Entendemos, porém, que a análise dos factores culturais não deve esgotar-se nessa dimensão. Julgamos que centralizar a explicação para a violência no patriarcalismo talvez seja simplificar demasiado a influência da dimensão cultural que é tão vasta no fenómeno dos maus tratos, como acabamos de observar. Por isso consideramos relevante analisar também os discursos e as atitudes relacionadas com a violência, bem como as respectivas implicações. Para além disso, a análise das construções estereotipadas acerca do género oferecem, quanto a nós, um contributo importante para a explicação do fenómeno, reforçando a importância de se intervir a esse nível.

Partindo dos argumentos que foram enunciados, são várias as potencialidades que derivam de uma explicação da violência a partir da dimensão cultural.

As teorias que têm sido desenvolvidas, em particular pelas perspectivas feministas, e ainda os estudos inter-culturais descritos, têm contribuído para que a deslocação da ênfase nos factores individuais e familiares para os factores sócio-culturais e contextuais (Dobash & Dobash, 1979, Kirkwood, 1993, cit. Wuest & Merritt-Gray, 1999).

O simples facto de ser progressivamente considerada a explicação cultural para os maus tratos tem vindo a alertar para a diversidade de definições e significados possíveis sobre essa violência nas diferentes sociedades e grupos.

Para além disso, a partir desta perspectiva, percebe-se que certas transformações culturais impulsionadoras de uma conjuntura social baseada em políticas de tolerância zero face à violência e reforçadoras da complementaridade entre os géneros, assim como uma maior consolidação dos avanços recentes no estatuto social da mulher podem funcionar como factores protectores.

Ao sugerir que os maus tratos sejam compreendidos duma perspectiva ideológica, discursiva e política, estas abordagens alertam sobretudo para a necessidade de se contextualizar o fenómeno e se actuar a nível sócio-cultural. Estas abordagens têm sublinhado também a necessidade de políticas promotoras de uma maior paridade entre os géneros e de reprobção social das condutas maltratantes. Reforçam também a natureza política do conhecimento que se constrói e da intervenção que se efectua.

Outro contributo destas perspectivas culturais, em geral, é a relevância conferida ao esboço e ao ensaio de medidas preventivas de combate ao problema (e.g., programas dirigidos aos jovens). Os estudos descritos sobre a socialização para o papel de género

reforçam ainda mais a necessidade de se actuar a esse nível, intervindo por exemplo junto das escolas, dos *mass media* e ao nível das práticas educativas parentais.

Porém, e apesar de deixarem clara a ideia de que há uma relação estreita entre cultura e violência, as abordagens e os estudos realizados nesse domínio não são suficientemente esclarecedores na resposta às questões: *como* é que a dimensão cultural interfere na violência? De que modo o enraizamento cultural da violência contamina as práticas maltratantes? É necessário desenvolver mais estudos que clarifiquem melhor o *como*.

Por outro lado, não devemos centrar exclusivamente a explicação da violência nos factores macrossociais. O facto desta explicação reforçar a ideia de que homens e mulheres estão ligados a um determinado padrão, culturalmente estabelecido, pode encerrar o risco de, por um lado, gerar alguma desresponsabilização dos maltratantes e, por outro, alhear agressores e vítimas do próprio desafio das realidades violentas em que vivem (gerando algum pré-determinismo). Como referimos, o padrão cultural associado a uma maior probabilidade de violência contra a parceira, embora possa ser dominante, não é “assimilado” por todos os indivíduos de uma comunidade. Falta compreender melhor *como* se processa a influência desses factores.

Precisamos também de conhecer melhor, nomeadamente no nosso país, qual o enquadramento cultural em que se inscrevem as experiências das vítimas, dos agressores e dos técnicos (e.g., polícias, profissionais de saúde, juízes), assim como a relação entre atitudes e práticas nesse domínio.

V. Modelos multidimensionais para a compreensão da violência na intimidade

Apesar das limitações e insuficiências apontadas, a diversidade de abordagens analisadas representa uma mais valia para se perceber a complexidade da violência.

A partir dos diferentes tipos de teorias concluímos que não existem causas únicas para a ocorrência de realidades íntimas abusivas. Ao reflectirmos criticamente sobre cada uma delas, procurámos precisamente fundamentar por que é que não há respostas definitivas para explicar este tipo de violência, sendo possíveis várias leituras alternativas. Como concluímos, cada uma das abordagens oferece contributos

importantes a diferentes níveis (e.g., implicações para a avaliação e a intervenção, com os diferentes intervenientes ou junto da sociedade).

Embora as explicações sócio-culturais e feministas gerem largo consenso, (Gelles, Lackner & Wolfner, 1993, cit. Harway & O'Neil, 1999), nenhuma das teorias apresentadas permite compreender, de forma cabal, todas as situações de violência na intimidade (Anderson & Schlossberg, 1999). Talvez por isso seja cada vez maior a ênfase nos «modelos multidimensionais» (Jasinski, 2001, p. 6).

Existem algumas propostas teóricas que procuram abranger múltiplas dimensões explicativas.

Um das primeiras leituras integradas acerca violência contra a mulher foi avançada por Gelles (1983, cit. Jasinski, 2001). Na sua proposta, o autor abarcou os princípios da teoria da troca e da teoria do controlo social: como já explicámos, a primeira supõe que a interacção humana se orienta pela busca das recompensas e pelo evitamento de punições; a segunda propõe que o comportamento criminal ocorre na ausência de normas sociais sancionatórias de um determinado comportamento. A partir dessas concepções, Gelles sustenta que a violência é mais frequente quando as recompensas para o comportamento maltratante superam as punições. A natureza privada da família e a relutância de algumas instituições em intervir contribuem para uma redução dos custos para o maltratante. A aprovação cultural do uso da violência promove ainda mais as recompensas para esse tipo de comportamentos.

Por sua vez, Heron, Javier, McDonald-Gomez e Adlerstein (1994, cit. Jasinski, 2001) avançam com o que designam de modelo social etiológico. Os autores propõem a interacção de factores estruturais (e.g., as desigualdades estruturais, o domínio do masculino, a organização hierárquica das famílias) e pessoais (e.g., a aceitação da violência como forma de resolver conflitos, as concepções desajustadas acerca da realidade, como por exemplo a aprovação da violência enquanto forma de disciplinar a parceira) para a ocorrência da violência contra a mulher.

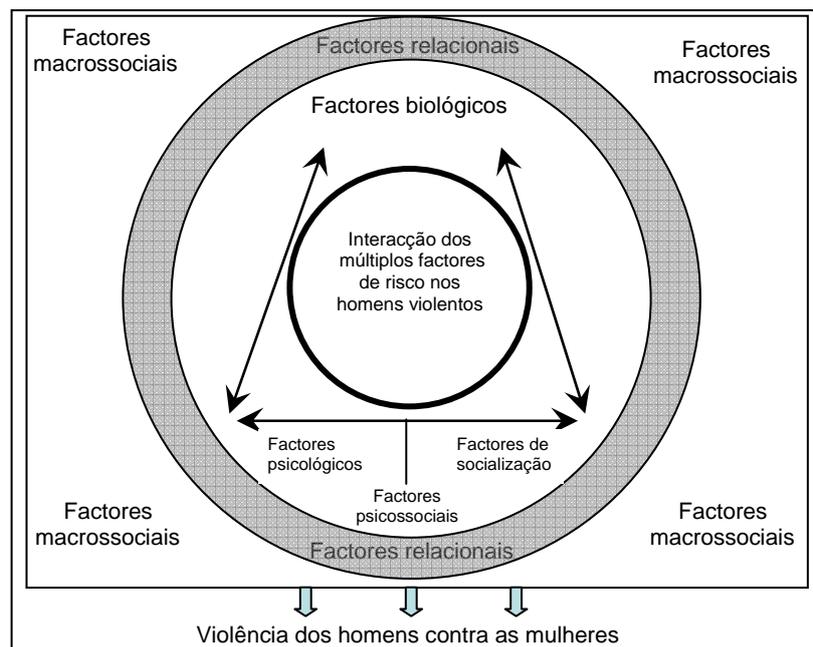
Já o modelo ecológico apontado por Corsi (1995, cit. Alarcão, 2000) apresenta um maior nível de integração, sublinhando influências a três níveis na construção da violência familiar:

- microsistema: história pessoal (e.g., violência na família de origem), aprendizagem de resolução violenta de conflitos, autoritarismo nas relações familiares, baixa auto-estima, isolamento;

- exossistema: legitimação institucional da violência (e.g., reprodução de modelos autoritários), modelos violentos nos *mass media*, vitimação secundária, insuficiente legislação adequada e apoio à vítima, impunidade dos agressores;
- macrosistema: crenças e valores culturais, concepções estereotipadas acerca do poder e do género, atitudes (tolerantes) face ao uso da força como forma de resolver conflitos, conceito de papéis familiares, direitos e responsabilidades.

Por fim, foi documentado mais recentemente um modelo multiníveis sobre os factores de risco para exercício masculino da violência na intimidade, proposto por O'Neil e Harway (1999). Os autores procuram reunir os vários factores de risco já discutidos no sentido de desenvolver programas interventivos dirigidos ao homem e aos casais que lidam com o problema. Nesse sentido, reúnem um conjunto de proposições teóricas genéricas para explicar esta forma de violência, avançando ainda com hipóteses de investigação em cada um dos domínios. No essencial, em primeiro lugar, os autores propõem que os múltiplos factores de risco interagem, variam e se entrecruzam de diversas maneiras. Em segundo lugar, defendem que a diferenciação entre os factores de predisposição de risco (e.g., aprender a ser violento, factores macro-sociais, psicossociais) e dos factores de risco mais imediatos (e.g., factores situacionais) permite uma explicação mais rigorosa deste tipo de violência. Em terceiro lugar, entendem que o risco da violência dos homens contra as mulheres é contextual, situacional e idiossincrásico. Em quarto lugar, sublinham que esse risco pode ser identificado, permitindo reduzir a probabilidade de violência contra a mulher. Em quinto lugar, destacam que os estudos futuros sobre o risco de violência contra a parceira devem ser multidisciplinares e interdisciplinares. Com base nessas proposições, desenvolvidas a partir do contributo de vários autores, O'Neil e Harway (1999) apresentam um modelo teórico sistémico para explicar o risco de violência, conforme representado no esquema 1. Os autores reforçam a ideia da interacção dos factores macro-sociais (e.g., valores da sociedade alargada que, de modo directo ou indirecto, predispõem o masculino para a violência contra a parceira, dinâmicas de opressão da mulher), relacionais (e.g., história pessoal, *background* familiar), biológicos (e.g., hormonas), psicológicos (e.g., processos cognitivos e afectivos que resultam em atitudes e comportamentos que predispõem para uso da violência), psicossociais (e.g., interacção das necessidades e competências individuais com as expectativas e exigências sociais – estereótipos de

género) e de socialização (e.g., internalização de valores, atitudes e comportamentos que predispõem para o uso da violência). Assim, para os autores predizer o risco de um indivíduo se tornar violento para com a parceira envolve avaliar o número de factores de risco a que ele está exposto e as suas interações. Na sua perspectiva, a prevenção da violência dos homens sobre as mulheres resulta do equilíbrio, desde a infância até à idade adulta, entre os factores de risco (ou condições de maior vulnerabilidade) e os factores de protecção (ou de resiliência) face ao uso da violência. Perceber a sua pluralidade pode constituir-se como um ponto de partida para intervenções mais úteis.



Esquema 1.

Modelo multiníveis sobre os factores de risco para exercício masculino da violência na intimidade (O'Neil & Harway, 1999)

Entre as principais e mais comuns limitações aos modelos discutidos está o facto de carecerem de investigação. Esta é ainda insuficiente para sustentar a validade das suas propostas teóricas. Portanto, a procura de explicações cada vez mais úteis para o problema continua em aberto.

VI. Reflexão final

Tal como vítimas e agressores não são grupos homogéneos, as experiências de violência contra a mulher não se explicam invariavelmente pelos mesmos factores, de modo monolítico. Envolvem dinâmicas complexas e, por isso, tem-se multiplicado a teorização a esse propósito. Os modelos multidimensionais reforçam justamente essa

ideia. Qualquer um dos modelos apresentados enfatiza a necessidade de se atender a variáveis de ordem diversa, sustentando que a combinação de diferentes factores permite uma explicação mais completa da violência. Os modelos mais integrados e abrangentes para a compreensão da violência são os mais úteis e, provavelmente, os mais válidos para a predição dessa violência (Jasinski, 2001).

As diferentes leituras discutidas tornam-se relevantes para a diversificação das respostas ao problema. A mudança para condições de vida não violentas pode passar por esforços individuais, familiares, institucionais e sociais.

Capítulo III

A MUDANÇA NA MULHER E A SAÍDA DA RELAÇÃO ABUSIVA

Síntese: Ao longo deste capítulo procuramos responder à questão: *como é que mudam as mulheres que experimentam o abuso do parceiro?* Com esse propósito, descrevemos e reflectimos sobre as teorias que procuram compreender as trajectórias de mudança protagonizadas pela mulher. Concluímos que as propostas disponíveis na literatura, no essencial, descrevem a mudança (e.g., o que ajuda a mulher a mudar em direcção à cessação do abuso) e não tanto a forma *como* a mudança se constrói. Seguidamente, analisamos um dos processos, dirigidos à cessação do abuso, que tem merecido muita atenção por parte dos investigadores: a saída da relação abusiva. Nesse âmbito, reforçamos a ideia de que a saída da relação é uma decisão comum às situações de maus tratos. Discutimos ainda os factores que podem facilitar/condicionar essa opção e as consequências que pode acarretar para a mulher. Por fim, reflectimos sobre os entendimentos possíveis acerca de uma das trajectórias típicas desta população: sair e regressar à relação.

I. Modelos e teorias acerca da mudança na mulher abusada pelo parceiro

Os estudos indicam que a mulher permanece na relação maltratante por períodos de tempo consideráveis após a instalação do abuso (Campbell *et al.*, 1994, Ferraro & Johnson, 1983, Henton *et al.*, 1983, cit. Rosen & Stith, 1997). Esse é talvez um dos factores pelos quais a mudança na mulher suscita desde há muito a atenção dos investigadores.

Contudo, só a partir do final da década de oitenta é que surgiram as primeiras teorias que procuravam responder à questão «*como é que mudam as mulheres que experimentam o abuso do parceiro?*».

As autoras feministas (e.g., Hydèn, 1999; Wuest & Merrit-Gray, 1999) são responsáveis por uma parte significativa da teoria e da pesquisa nesse domínio. Os estudos desenvolvidos têm tentado compreender a mudança para formas de vida não violentas a partir da voz da mulher. Para algumas investigadoras (e.g., Hydèn, 1999), estudar a mudança significa analisar o modo como as mulheres fragmentam a esfera do poder masculino.

Como já referimos, a maioria dos estudos com uma orientação feminista chama a atenção para a socialização do papel de género, para o patriarcalismo e para os valores familiares (Dobash & Dobash, 1979, Hoff, 1990, Kirkwood, 1993, cit. Anderson &

Saunders, 2003). Neste âmbito, fazem alusão a algumas situações que retratam precisamente a influência desses factores nalgumas das respostas da mulher face ao abuso. Por exemplo, no início dos seus relacionamentos, muitas mulheres adoptam o papel de “cuidadoras” do parceiro (e.g., acreditam que são as únicas que poderão ajudá-lo a tornar-se não violento). Outras minimizam ou negam a extensão do abuso (Ferraro & Johnson, 1983; Mills, 1995, cit. Anderson & Saunders, 2003). Outras ainda mantêm-se fiéis a certos princípios, nomeadamente patriarcais (e.g., “apoia incondicionalmente o teu marido”). Os estudos feministas procuram, por um lado, esclarecer que tais dinâmicas não traduzem necessariamente passividade ou aceitação da violência por parte das mulheres (Anderson & Saunders, 2003) e, por outro, explicar que muitas das condições que caracterizam a vida destas mulheres (e.g., isolamento, falta de poder e de recursos, adesão a papéis de género tradicionais) não facilitam o desafio da situação abusiva.

É, portanto, nesse contexto que tem surgido alguma teorização acerca das trajectórias protagonizadas pela mulher. Vários autores, a partir de diferentes denominações, sugerem que a mulher que enfrenta o abuso do parceiro e o consegue superar percorre, essencialmente, as seguintes etapas:

1) O primeiro momento diz respeito ao estabelecimento da ligação afectiva (Landenburger, 1989, cit. Anderson & Saunders, 2003), à entrada na relação (Mills, 1985, cit. Wuest & Merrit-Gray, 1999). Segundo Margareth Kearney (1999). Estas mulheres a partir do momento em que iniciam uma relação deste tipo vão-se “imobilizando”. Apesar de se descreverem a si próprias como competentes, sociáveis e auto-suficientes, aderem às crenças de que devem adequar-se às necessidades e às prescrições dos parceiros para que se concretize o seu desejo de que aquela relação seja viável no presente e no futuro. Assim, nessa fase inicial da relação, alguns autores descrevem que é habitual estas mulheres desenvolverem vários esforços para evitar os conflitos, cedendo por exemplo às exigências dos parceiros, na esperança de que o afecto e o envolvimento de ambos os faça superar os problemas que enfrentam (Lempert, 1994, cit. Kearney, 1999). Para além disso, muitas mulheres não reconhecem desde logo o abuso (Burke, Gielen, McDonnell, O’Campo, Maman, 2001). Numa fase inicial, a vergonha sentida pela mulher pode inviabilizar esse reconhecimento (Kearney, 1999). Ao mesmo tempo, ela pode temer a humilhação dos outros face à revelação do abuso no casamento. Algumas mulheres, por sua vez, perceberam sinais de alarme

precocemente, mas não lhes deram importância. Burke e colaboradores¹⁶ (2001) designam esse como um momento de pré-contemplanção, ou seja, a mulher não reconhece ainda o abuso como um problema e/ou está ambivalente em relação à necessidade de mudança, dado que duvida se de facto existe um problema.

2) Numa segunda fase, a mulher envolve-se na gestão da própria violência (Mills, 1985, cit. *ibidem*), numa espécie de contra-actuação face ao abuso (Merritt-Gray & Wuest, 1995, cit. *ibidem*), multiplicando as formas de responder aos maus tratos do parceiro. É possível que neste contexto algumas mulheres manifestem atitudes de tolerância ou de resistência face à agressão (Landenburger, 1989, cit. *ibidem*). Num primeiro momento, a literatura documenta que as estratégias predominantes de gestão do problema são a negação, a minimização do abuso (e.g., da sua extensão e da sua frequência), as tentativas de dissociação dos efeitos psicológicos desencadeados por este, as tentativas de perceber o que está errado com ela e procurar resolvê-lo. É, portanto, frequente as mulheres envolverem-se na procura de falhas em si próprias para explicar a violência, desenvolvendo ao mesmo tempo um conjunto de racionalizações que as impedem de agir porque as afastam da efectiva magnitude do problema (Kearney, 1999). Na perspectiva de Lempert (1994, cit. Kearney, 1999), são muitas dessas estratégias que fazem a mulher permanecer durante anos na relação que é abusiva. Em muitos casos, outras “aspirações” (e.g., desejo de preservar os aspectos positivos da relação) e certos constrangimentos (e.g., dependência económica, necessidades dos filhos) fazem-na ficar. Nesse contexto, a mulher procura essencialmente satisfazer as necessidades do marido, circunscrevendo os contactos sociais às pessoas que ele impõe. De acordo com Kearney (1999), com o decorrer do abuso as concepções prévias acerca de si própria ficam cada vez mais distantes. Algumas tentam ainda que os parceiros procurem ajuda, tentam fazê-los perceber o quanto a afectam, pedem-lhes que interrompam a violência (Merritt-Gray & Wuest, 1995, cit. Kearney, 1999). Segundo a mesma autora, estas posturas baseiam-se na crença de que ele pode mudar e que a relação poderia ser preservada. A fase das desculpas, veiculadas pelo parceiro, e da reconciliação promove também esta esperança na mudança do outro. Em concomitância, ou em momentos posteriores, o recurso a

¹⁶ O trabalho destes autores foi promovido a partir do modelo teórico proposto por Prochaska e DiClemente (1984) - *Transtheoretical model of change behaviour*. Trata-se de um modelo de mudança, desenvolvido a partir do início dos anos 80, que ganhou grande popularidade sobretudo nos domínios da psicologia da saúde e na área das toxicodependências e que tem orientado muitas intervenções nos mais diversos contextos que envolvem problemas de comportamento (Littell & Girvin, 2002).

estratégias de protecção e de auto-defesa é igualmente comum (Wuest & Merrit-Gray, 1999). Como já referimos no capítulo I, algumas mulheres resistem, retaliando física e psicologicamente contra o parceiro (e.g., resistência violenta), ou respondendo de outras formas como, por exemplo, chamando a polícia, experimentando separações temporárias, activando mecanismos de protecção legais. Nesta fase é ainda habitual emergirem várias «sementes de dúvida» (Rosen & Stith, 1997, p. 174), interrogações sobre o que é realmente aceitável. Gradualmente, surge também o embaraço por não ter actuado desde o início (Kearney, 1999). Estes elementos podem tornar-se mais salientes à medida que a auto-estima da mulher é ameaçada. Dito de outro modo, ao mesmo tempo que as necessidades da mulher são cada vez mais desconsideradas pelo parceiro, aumenta progressivamente a consciência do abuso. Juntamente, o mal-estar e a tensão na relação intensificam-se; a esperança num relacionamento saudável com o parceiro amoroso vai-se também esmorecendo. Segundo Wuest e Merrit-Gray (1999), vive-se um contexto relacional em que a mulher permanece continuamente vigilante. Está inclusive capaz de reconhecer que os seus esforços podem porventura reduzir o abuso mas jamais serão suficientes para o eliminar. Assim, nesta fase, a mulher admite já a violência como um problema, cuja solução envolverá necessariamente o parceiro. De acordo com a literatura, para que esse reconhecimento do abuso tenha lugar – fase designada de contemplação por Brown (1997, cit. Burke *et al.*, 2001), poderá ter decorrido apenas um acontecimento violento específico ou um conjunto de episódios desse tipo, durante um período considerável de tempo. Como referimos, emergem também progressivamente novos *insights* sobre si própria e sobre a relação (Kearney, 1999). Ao redefinir a relação como abusiva, a mulher percebe-se como vítima de um crime. Interiorizar a ideia de que está a ser maltratada injustamente, reconhecer o estatuto criminal dessa conduta e aceitar que tal está errado ou é ilegítimo tornam-se condições fundamentais para a mulher decidir pôr fim ao abuso (Matos & Machado, 1999). A literatura sobre o tema reúne outros elementos catalizadores dessa reinterpretção da violência (e.g., mudanças pessoais, nos recursos, ao nível da relação) (Anderson & Saunders, 2003; Ferraro & Johnson, 1983, cit. Rosen & Stith, 1997): o aumento nos níveis de violência (e.g., percepção de que esta pode ser letal); a maior visibilidade da violência (e.g., para a esfera pública); a redução dos momentos em que há afectos e interacções positivas com o parceiro; a perda de esperança de que a relação melhore; o decréscimo no nível de arrependimento expresso pelo agressor; a existência de apoio por parte de outros (e.g., agentes informais ou formais) que ajudam a promover

perspectivas alternativas sobre a situação; o aumento dos recursos disponíveis (e.g., financeiros, habitacionais); a tomada de consciência dos efeitos do abuso nos filhos; o reconhecimento gradual do impacto dos maus tratos no seu bem-estar em geral; a emergência de sentimentos cada vez mais acentuados de perda, fracasso, revolta e medo. Em muitos casos, é de facto a partir daqui que a mulher começa a revelar uma consciencialização crescente dos efeitos da violência na sua vida: a “separação” dos outros (Anderson & Saunders, 2003), a alienação de si própria, a percepção de perdas importantes ao nível do *self* (Mills, 1985, cit. ibidem). Segundo Wuest e Merrit-Gray (1999), renunciar a partes do *self* é apenas mais uma estratégia de “sobrevivência” da mulher. Para as autoras, envolve abdicar de aspectos significativos que constituem o seu *self*, os quais são importantes para a sua auto-imagem. Esse processo torna-a mais vulnerável a uma percepção pessoal desvalorizada que o agressor sucessivamente proclama. Essa “desapropriação” está frequentemente associada ao medo e à vergonha, denominadores comuns a estas experiências. É, muitas vezes, a partir da percepção desses efeitos que as mulheres procuram ajuda. De acordo com Kearney (1999), sair da relação pode ser uma hipótese avançada nesta etapa mas não ponderada de forma séria. De qualquer forma, é ainda nesta fase que a mulher começa a considerar os prós e contras da mudança (Burke *et al.*, 2001).

3) Segue-se a fase de reavaliação da relação (Mills, 1985, cit. ibidem): após reconhecer o abuso como um problema, a mulher, ao mesmo tempo que tenta contrariá-lo (Anderson & Saunders, 2003), começa a considerar as suas opções. Em paralelo, e quando todos os seus esforços falham, a mulher percebe que o parceiro não vai mudar e aquilo que ele sustenta – por exemplo, que é a mudança dela que fará cessar o abuso – é falso (Kearney, 1999). Apesar de tudo, de acordo com Burke e colaboradores (2001), algumas mulheres nesta fase continuam a tentar, de forma ineficaz, alhear-se da situação (e.g., recurso ao álcool). Mas muitas outras tencionam mudar e começam a desenvolver um plano(s) para executar a curto prazo, fazendo pequenas alterações que reduzam os maus tratos e os seus efeitos. No caso destas últimas, trata-se de uma etapa em que dão sinais de estar activamente envolvidas na construção de mudanças para terminar com o abuso. Rosen e Stith (1997) fazem referência a um conjunto de «*turning points*» (p. 175) que ocorrem nesta fase e que têm efeitos significativos no sentido da mudança (e.g., acontecimentos intrapessoais, interpessoais). De modo análogo, para Burke e colaboradores (2001), o movimento da mulher desde a contemplação até à intenção de

mudar é facilitado por um conjunto de factores extrínsecos (e.g., estabilidade económica, segurança pessoal) e intrínsecos à mulher que facilitam a transição entre as diferentes fases. Segundo os mesmos autores, os processos cognitivos predominam nestas primeiras fases de mudança (e.g., aumento de consciência acerca do problema, reavaliação do *self*, reavaliação contextual). Também Rosen e Stith (1997) fazem referência às «reflexões objectivas» (p. 176) (e.g., análise detalhada sobre o sucedido, sobre a relação e as suas consequências, registando padrões, contradições) e às reapreciações da mulher (e.g., reavaliações sobre o que está a suceder, o que significa, o que se pode fazer em relação a isso) como processos cognitivos que tendem a surgir em simultâneo. Segundo Merrit-Gray e Wuest (1995), à medida que pondera outras opções, a mulher começa a experimentar um sentido de libertação e, concomitantemente, um crescente desprendimento e desinteresse face ao agressor. Esses sentimentos são também reforçados pela já referida percepção de si como vítima e pelo reconhecimento da inadequação do abuso (Landerburger, 1998). Nesse contexto, a mulher começa, por exemplo, a desligar-se gradualmente das definições que o parceiro sustenta acerca da situação conjugal (e.g., “é normal isto acontecer em todos os casais”), acerca de si (e.g., “és a verdadeira culpada desta situação”) e a reclamar o seu próprio *self* (Kearney, 1999). Segundo Landerburger (1989, cit. Rosen & Stith, 1997), a percepção de que a sua vida não faz sentido se continuar naquela relação pode conduzir a mulher a sentimentos de raiva (e.g., face a si própria, face ao parceiro), os quais também a ajudam a afastar-se do parceiro. Também Merrit-Gray e Wuest (1995) documentam que as mulheres se afastam, cada vez mais, física e psicologicamente, da relação de múltiplas formas. Esse processo de distanciamento face ao agressor pode, por exemplo, passar por criar um espaço pessoal, experimentar um novo relacionamento amoroso, fazer um plano de saída, tentar sobreviver às diferentes crises, fortalecer as capacidades pessoais, envolver-se em actividades recreativas, promover um maior investimento maternal e/ou profissional. Algumas mulheres optam, por exemplo, por evitar estar em casa, por se afastar emocionalmente do agressor, por evitar situações de intimidade e/ou por sair da relação por certos períodos de tempo. Outros exemplos passam por começar a chegar a casa mais tarde do que o costume, deixar de cuidar dos objectos do parceiro, arranjar um emprego que a afasta da casa o maior tempo possível, separar os seus pertences dos do parceiro (Landerburger, 1989, Merrit-Gray & West, 1995, cit. Anderson & Saunders, 2003). De acordo com Merritt-Gray e Wuest (1995, cit. ibidem), através destas estratégias, as mulheres estão capazes, por exemplo, de conhecer os seus

recursos, de perceber a forma como se sentem quando estão afastadas do agressor, o modo como as crianças lidariam com o facto de saírem definitivamente de casa e como elas próprias se sentiriam.

Em suma, e segundo vários autores, esta transição entre contrariar o abuso e a fase da ruptura relacional é progressiva, iniciando-se a partir de um afastamento activo e gradual da relação, através do qual a mulher procura testar diversas formas de se desligar da situação abusiva. Apesar de muitas dessas estratégias proporcionarem algum bem-estar à mulher, nem todas são aprovadas por familiares ou amigos, podendo algumas receber apoio limitado. É, contudo, a partir das acções assumidas em torno da ruptura que muitas vezes os outros se apercebem que a mulher está finalmente a afastar-se e a sair daquela relação. Na perspectiva de Kearney (1999), o contacto com os outros torna-se normalmente um estímulo para se afastar do agressor. Segundo a autora, a partir daí têm lugar reavaliações acerca dos constrangimentos pessoais que a relação acarreta. Porém, muitas vezes, quando a mulher regressa mais tarde à relação, os outros acabam por questionar a credibilidade das suas decisões. Nessas alturas, a ausência do suporte de outros significativos pode significar um retrocesso no eventual processo de saída definitivo (Wuest & Merrit-Gray, 1999). Ao longo deste trajecto, a mulher acaba por aprender também que sair é difícil e que, nalguns casos, essa decisão pode encerrar mais riscos do que permanecer na relação (como veremos adiante). Apesar de tudo, e embora as mulheres relatem várias estratégias para lidar com o abuso (e.g., chamar a polícia), diversos trabalhos, nomeadamente de Burke e colaboradores (2001)¹⁷, concluem que a saída da relação é a estratégia mais mencionada pelas mulheres que conseguem cessar o abuso (essa dinâmica será discutida na segunda parte deste capítulo).

4) Na fase da recuperação (Landenburger, 1989, cit. *ibidem*), após o fim do abuso, a mulher procura, em primeiro lugar, manter as condições da mudança alcançada utilizando por exemplo estratégias securitárias para se manter livre do abuso (Burke *et al.*, 2001). Kären Landenburger (1998) refere, a propósito desta fase, que a primeira preocupação da mulher é «sobreviver» (p. 65). Muitas permanecem vigilantes, procurando manter um nível de segurança mínima face a um ambiente frequentemente hostil, quer seja coabitando (e.g., ameaças de voltar a agredir) ou não com o agressor

¹⁷ As suas conclusões baseiam-se num estudo com 78 mulheres que estavam no momento numa relação abusiva ou que tinham saído recentemente.

(e.g., *stalking*). De acordo com Merrit-Gray e Wuest (1995), nos casos em que a saída foi a alternativa eleita, algumas mulheres podem num momento inicial experimentar uma sensação de perda de controlo e muitos constrangimentos. Porém, de modo progressivo, a sua atenção focaliza-se na manutenção da separação. Rosen e Stith descrevem também que, com esse propósito, a mulher envolve-se frequentemente em acções de auto-afirmação, de *empowerment* pessoal. Segundo Wuest e Merrit-Gray (1999), neste período a mulher estabelece vários limites (e.g., ao agressor, à sua família, aos vizinhos), desenvolve ou recupera competências de assertividade, inicia um projecto de vida alternativo e também aprende a viver com alguns riscos. Na perspectiva das autoras trata-se, fundamentalmente, de desenvolver estratégias para readquirir controlo sobre a situação e de estabelecer numa nova condição de vida que a mulher julga ser permanente (e.g., separada do agressor). O sucesso desta fase passa, portanto, por um processo de «reclamação e manutenção do seu próprio território» (Wuest & Merrit-Gray, 1999, p. 118), o que nalguns casos compreende manter a separação ao longo do tempo. Um dos elementos fundamentais nesta fase envolve aprender a usar o sistema (e.g., linguagem, procedimentos, critérios, responsabilidades) em prol da sua segurança e estabilidade aos mais diversos níveis (Wuest & Merrit-Gray, 1999). Nesse âmbito, a mulher procura frequentemente adequar-se aos critérios que o sistema designou para ajudar neste tipo de situações, isto é, tornar-se elegível para receber ajuda do sistema, o que habitualmente envolve muita burocracia e repetições sucessivas e detalhadas da sua história. Não raras vezes, perante estes casos o próprio sistema produz julgamentos sobre a legitimidade das posições assumidas pela vítima e pelo agressor, nem sempre favorecendo a primeira (Wuest & Merrit-Gray, 1999). Daí que Wuest e Merrit-Gray (1999) sustentem que os riscos que a mulher muitas vezes enfrenta provêm do agressor mas também da sociedade que a julga. Segundo as mesmas autoras, criar justificações inabaláveis é outra das condições-base para a manutenção da sua decisão. A mulher, ao longo do seu trajecto dentro e fora da relação é constantemente solicitada a justificar-se e a justificar as suas escolhas. Neste processo, a mulher está continuamente a explicar a sua situação, não só aos outros, mas também a si própria. A mulher não só tem de explicar porque é que decidiu sair daquela relação, como também tem que defender as suas decisões (e.g., reportar os factos, contar a história a familiares, amigos, profissionais, os quais podem já ter sido confrontados com as justificações do agressor). Alguns destes percursos geram uma grande vulnerabilidade emocional, condição que também pode qualificar esta fase. Mas, na perspectiva de Wuest e Merrit-Gray (1999), é

também através desses processos que a mulher vitimada, com ajuda de outros, acaba por vencer o isolamento, sair do caos que a violência impôs e reorganizar a sua condição de vida. As autoras defendem, por isso mesmo, que embora na fase inicial da saída da relação estas mulheres beneficiem de apoio, o esforço necessário para manter a separação ambicionada e evitar o regresso pode requerer uma intensificação prolongada desse apoio. Todo este processo é exigente e crítico no que respeita à sua identidade. A mulher, após a interrupção do abuso (quer a opte ou não pela saída), envolve-se também naquilo que Wuest e Merrit-Gray (1999) designam de processo de «reconstrução do *self*» (Wuest & Merrit-Gray, 1999, p. 110) e Mills (1985, cit. *ibidem*) de reestruturação da identidade. Nesta etapa, as prioridades da mulher assumem um novo rumo: a centralização nas necessidades do parceiro é substituída pela focalização nas suas próprias necessidades e na reconquista de partes do *self* (Carlin, 1999; Wilson, 1999, cit. Anderson & Saunders, 2003). A mulher continua a envolver-se em actividades que percebe que a podem ajudar a afastar-se ainda mais do parceiro agressor e/ou a sair, de modo mais definitivo, daquela relação. Alguns exemplos disso são: a focalização noutras áreas de vida, a procura de suporte social, a elaboração de planos de segurança, a tomada de pequenas decisões que promovem o sentido de auto-eficácia e auto-valorização (e.g., Merrit-Gray & West, 1995, NiCarthy, 1987, cit. Anderson & Saunders, 2003). Na perspectiva de Burke e colaboradores (2001), determinados processos comportamentais sobressaem nesta última fase (e.g., contra-condicionamento, controlo de estímulos, estabelecimento de relações de ajuda, procura de suporte social, gestão de reforços) (Prochaska & DiClemente, 1982, cit. Burke *et al.*, 2001). Segundo os autores, a tomada de decisão (i.e., avaliação de prós e contras) e a auto-eficácia (i.e., grau de confiança na sua capacidade de produzir mudanças) são outras dimensões que assumem particular relevância nesta última transição da mudança.

Discussão

É escassa a literatura e a investigação que procura compreender a mudança na mulher abusada e a forma como esta consegue cessar a violência do parceiro (Rosen & Sith, 1997).

Assim, a sistematização que apresentamos, a partir do contributo de diferentes autores, reúne as principais propostas teóricas acerca das mudanças experimentadas

pelas mulheres ao longo dos diversos momentos da relação até à interrupção da violência.

Os modelos de mudança surgidos até ao momento oferecem-nos, genericamente¹⁸, imagens análogas e/ou complementares do conjunto de transformações ocorridas durante o envolvimento da mulher com um parceiro abusivo, partilhando a maioria dos modelos analisados, algumas ideias centrais. Por exemplo, todas as propostas acerca da mudança esclarecem que são necessários esforços múltiplos e contínuos, a desenvolver por parte da mulher, até cessar o abuso do parceiro. Proporcionam-nos uma imagem da mudança como algo que acontece gradualmente (Barnett & LaViolette, 1993), através de ciclos ou etapas distintas de superação do abuso. Tal concretiza-se, habitualmente, num percurso que exige muito tempo (Rosen & Stith, 1997) e que ocorre através de períodos consecutivos que compreendem acreditar e desacreditar, esperar e desesperar, tolerar o abuso ou enfurecer-se contra ele, sair e/ou ficar (Merritt-Gray & Wuest, 1995, cit. Kearney, 1999). Em todas as propostas existe uma ênfase na intencionalidade da mulher na construção da mudança e na elevada actividade desta em prol da interrupção da violência. Para que a mudança tenha lugar, a maioria das propostas sublinha ainda a importância do processamento cognitivo do abuso pela mulher e do significado atribuído aos acontecimentos (Rosen & Stith, 1997). Nesse sentido, podemos ainda afirmar que estes modelos acerca da mudança sustentam uma concepção despatologizada da mulher abusada.

Entre os modelos de mudança analisados assinalamos poucas diferenciações. Uma delas reside no facto de grande parte das teorias valorizarem os factores intrínsecos à mulher, ou variáveis psicológicas, para que a mudança suceda (e.g., Hydèn, 1999; Lerner & Kennedy, 2000; Wuest & Merrit-Gray, 1999). Outros (e.g., Burke *et al.*, 2001), por sua vez, consideraram nas suas propostas quer os factores intrínsecos quer extrínsecos. Sobre este aspecto, em nosso entender, ao analisarmos a mudança no contexto amplo dos maus tratos, é importante procurar um olhar integrado e sistémico sobre todos os protagonistas, os elementos e os subsistemas envolvidos (e.g., a mulher, o parceiro, a família, a comunidade, a sociedade).

No âmbito desta discussão, interessa ainda reflectir sobre a relevância e o valor das teorizações apresentadas. O facto da maioria destas propostas reflectir sobre os

¹⁸ A ordenação que apresentamos das diferentes fases não coincide exactamente com as diferentes propostas apresentadas por cada um dos autores analisados. Contudo, foi respeitada a sequência que, no conjunto, sugerem a propósito das etapas envolvidas na mudança.

diferentes estádios da mudança poderá ser útil para os profissionais de ajuda. Aliás, alguns autores (e.g., Landenburger, 1998) chegam mesmo a propor intervenções terapêuticas específicas consoante a fase em que a mulher abusada se encontra. Em geral, nas propostas apresentadas pressupõem que os técnicos, ao perceberem a etapa de transformação em que a mulher se encontra e as necessidades respectivas, podem em consonância encontrar a melhor forma de a ajudar num determinado momento, amplificando essa transição. Por exemplo, se partíssemos do modelo de mudança proposto por Prochaska e Prochaska (1999), anteciparíamos que uma pessoa que se encontra na fase da pré-contemplação dificilmente iria mudar sem o apoio de alguém que a ajudasse a perceber a inadequação do abuso e os efeitos que dele decorrem. A procura de ajuda psicoterapêutica nesta fase poderá inclusive dever-se à pressão de outros sobre a mulher, havendo uma elevada probabilidade de *drop-out*. Contudo, convém alertar os profissionais para o facto de que, como algumas recentes investigações apontam (e.g., Littell & Girvin, 2002) especificamente a propósito do modelo de Prochaska e Prochaska (1999), os estádios propostos pelos autores não são mutuamente exclusivos e não há evidências empíricas suficientes de que o movimento de mudança seja sequencial ao longo dos diferentes estádios.

A propósito do primeiro estádio que as teorias propõem julgamos que ele está ainda muito pouco explorado. Por exemplo, apesar de nos seus trabalhos, as autoras feministas sugerirem que se deve, antes de mais nada, perceber as circunstâncias em que algumas destas mulheres conseguem conciliar o afecto sentido pelo parceiro e o sofrimento causado pelos maus tratos (cf. Anderson & Saunders, 2003), esta questão não aparece reflectida nem analisada nas suas propostas.

Convém, de qualquer forma, referir que a maioria das propostas analisadas tem o mérito de reunir um conjunto de elementos de extrema importância quando se aborda a mudança da mulher para condições de vida não violentas:

a) factores que dificultam a mudança, como por exemplo, o não reconhecimento do abuso, uma atitude tolerante face à violência, o uso de estratégias que impedem a mulher de perceber a magnitude do problema – alheamento, negação, minimização, racionalização, auto-responsabilização pelo abuso, a esperança eternizada na mudança do parceiro, a ambivalência em relação à mudança, o isolamento face aos outros;

b) condições que facilitam a mudança, como por exemplo, reconhecer o carácter criminal do abuso e responsabilizar o agressor, ser capaz de se imunizar face às definições que o parceiro sustenta acerca de si e da conjugalidade violenta, envolver-se

em reinterpretações da violência, ter uma consciência ampla dos riscos e dos efeitos da violência, nomeadamente a nível do *self*, ponderar os prós e contras da mudança e as alternativas face ao abuso, procurar ajuda exterior e dispor do apoio de outros, promover o *empowerment*, centralizar-se nas necessidades pessoais;

c) factores que favorecem a consolidação da mudança, como por exemplo, a vigilância face à revitimação, a capacidade de usar o sistema de apoio, o reconhecimento da mudança pelos outros.

Pensamos, contudo, que essa ênfase quase exclusiva nos factores internos ou “mecanismos psicológicos” (e.g., cognitivos, comportamentais) na leitura do que pode favorecer a mudança na mulher abusada é redutora. Em termos de implicações práticas, a ênfase num discurso “psicologizante” acerca da mudança faz centrar a intervenção na esfera individual, envolvendo apenas a mulher e sugerindo, porventura, uma abordagem internalizadora dos seus problemas.

Nas propostas apresentadas regista-se uma certa negligência face aos elementos relacionais, envolvendo quer o parceiro, quer os outros significativos, quer os técnicos de apoio. Todavia, os posicionamentos de outros significativos e da mulher face a eles podem afectar a apreciação que a mulher faz a cada momento da sua condição de vida. Por isso, julgamos que seria importante considerá-los na análise das transições para a mudança. De igual modo, as questões sócio-culturais permanecem também algo alheadas nestes modelos de concepção da mudança e, conseqüentemente, ficariam afastadas da própria intervenção. Por outro lado, em nosso entender, a pretensão de analisar em particular a cessação do abuso centrando-nos exclusivamente na mulher é também insuficiente. Parece-nos que interromper o abuso é um processo mais complexo. Muitas vezes é algo que não se consegue atingir unicamente com a intervenção da/na mulher, ainda que esta possa dar um contributo significativo nessa direcção (e.g., na gestão que ela própria faz do abuso). Estudar a mudança na mulher nessa dimensão é importante, mas não podemos correr o risco de responsabilizar (unicamente) a mulher pela cessação do abuso. Por exemplo, a forma como o parceiro vai gerindo as pequenas mudanças que ela vai implementando pode ser um elemento fundamental para o sucesso da interrupção da violência. Não podemos querer responsabilizá-lo por causar os maus tratos e alheá-lo quando se trata de compreender a cessação da violência.

Para além disso, consideramos que a análise da mudança na mulher maltratada deve ir para além da dimensão da gestão e da cessação do abuso. Outras dimensões assumem particular relevo (e.g., recuperação de partes do *self*, factores protectores face à violência, a vida após o abuso) e deveriam merecer maior destaque no conjunto das teorizações apresentadas.

Consideramos também que os autores que se têm dedicado a este tema cingem-se essencialmente a descrever a mudança. Por outras palavras, apesar da maioria se propor fazer uma análise da mudança, acaba por caracterizar as diferentes transições (cíclicas) que se vão sucedendo mas não clarificam *como* a mudança ocorre: como se processam as transformações mais significativas de um momento para outro? Como se consolida efectivamente a mudança? O que compromete nalguns casos esse progresso? O que pode inviabilizar a mudança¹⁹? No essencial, estas propostas ajudam-nos a perceber *o que muda* e o que ajuda algumas mulheres a cessar o abuso mas deixam em aberto a questão de *como se muda*? Assim, estas propostas têm sobretudo o valor (heurístico) de descrever a mudança ocorrida nas mulheres que experimentam o abuso do parceiro.

Para além disso, como já afirmámos, embora a maioria dos autores reflecta que a mudança é inevitavelmente um processo (e.g., Burke *et al.*, 2001; Lerner & Kennedy, 2000; Kirkwood, 1993, Mills, 1985, cit. Rosen & Stith, 1997), os modelos apresentados concebem a mudança mais como o resultado da superação de um conjunto de etapas. Julgamos, por isso, que as propostas analisadas não traduzem, efectivamente, a construção da mudança de forma processual, dinâmica e contínua. Tal é tanto mais importante se atendermos ao facto das fases de mudança avançadas pelas teorias não serem, em nosso entender, sequenciais e/ou estanques entre si. Senão vejamos: nalguns casos, há elementos que podem estar presentes, de forma transversal e permanente, em diferentes fases da mudança. Referimo-nos, por exemplo, à incerteza acerca da mudança e das suas consequências. Muitas vezes, o receio das consequências da mudança para a própria mulher (e.g., riscos), para a relação (e.g., inevitabilidade do divórcio) e face aos outros (e.g., julgamento social) conduzem a mulher a um questionamento permanente acerca das vantagens/benefícios e desvantagens/custos de uma eventual mudança, podendo inclusive tornar-se ambivalente em relação a ela. Isso pode suceder na fase inicial em que se confronta com o abuso, ressurgir na fase em que o reconhece como um

¹⁹ Existem algumas pistas sobre o que pode impossibilitar a mudança em geral. Prochaska e Prochaska (1999), por exemplo explicam que podem ser várias as razões para as pessoas não mudarem: não serem capazes de mudar, não desejarem mudar, não saberem como mudar e/ou o que mudar.

problema, mas também na fase em que reavalia a relação. Isto significa ainda que, para além das mulheres abusadas se distinguirem entre si nos níveis de motivação para a mudança (podendo encontrar-se em fases distintas), na mesma mulher pode haver, ao longo do tempo, diferentes estádios de prontidão para a mudança (Short, McMahon, Chervin, Shelley, Lezin, Sloop & Dawkins, 2000). Por outras palavras, a sua motivação para mudar e a sua convicção de que tal é possível pode conhecer oscilações ao longo de diferentes fases, em função de inúmeros factores (e.g., qualidade das suas interacções com o parceiro, com os outros, estado de humor). A esperança na mudança é outra dinâmica que não está presente apenas na fase inicial e na gestão da violência, conforme proposto pelos autores analisados. Muitas vezes ela reaparece, inclusive na fase da recuperação.

Na sequência da crítica anterior, a generalidade das propostas analisadas traduz um retrato homogéneo da mudança em direcção à cessação do abuso. Dito de outro modo, parece ser esperado que, de modo generalizado, todas as mulheres que se confrontam com os maus tratos do parceiro percorram, de forma algo linear, as fases apresentadas. Ora, na prática tal não acontece. Pelo contrário, pode registar-se grande diversidade nos percursos trilhados até à cessação do abuso e à mudança. Há mulheres que após a instalação dos primeiros episódios de maus tratos, reconhecem de imediato a sua inadequação e actuam desde logo a favor da sua interrupção (e.g., separando-se de imediato do parceiro). Essas mulheres não chegam sequer a envolver-se em tentativas de gestão dos maus tratos (e.g., resignação, resistência) ou na reavaliação da relação. Nesses casos, os maus tratos assumem um carácter breve e é provável que a deterioração de partes do *self*, favorecida pelo carácter continuado do abuso, não se coloque com a mesma magnitude. Na realidade, essas mulheres também promovem a mudança para uma condição de vida não violenta mas provavelmente este grupo não chega até aos investigadores/clínicos, desconhecendo-se os processos que nesse contexto têm lugar na construção dessa forma particular de mudança. Outras mulheres, por sua vez, podem envolver-se na redefinição da violência mas não chegam a reconhecer, em momento algum, o carácter criminal da conduta do parceiro e muitas outras não terão consciência de que há outros modelos relacionais para além do padrão abusivo. Para outras mulheres, o abuso é um problema, mas quando se envolvem na reavaliação da relação, a saída não é uma opção que estejam dispostas a ponderar (e.g., por factores culturais, religiosos). Outras limitam-se, durante anos, a gerir a própria

violência. Para outras, o carácter violento persistente do agressor não permite que as condições da mudança alcançadas/esperadas com uma saída da relação se mantenham (predominando o medo, inviabilizador da consolidação da mudança). Para algumas, envolver-se na gestão eficaz da violência e na reavaliação da relação não é suficiente para que a mudança se estabeleça e se consolide. Por exemplo, nalguns casos, o contacto com os outros, potencial facilitador da mudança, é algo muito difícil (e.g., ausência de qualquer sistema de suporte informal disponível). Por sua vez, outras mulheres, depois de cessarem os maus tratos que decorreram durante anos, não mostram sinais de mudança no sentido da efectiva recuperação (e.g., restabelecimento do ajustamento psicológico, reclamação de partes do *self*), inclusive em contextos psicoterapêuticos. Pelo exposto, consideramos que as propostas apresentadas não são capazes de explicar esta diversidade de situações.

Para além disso, as teorias sobre a mudança destacam a saída como uma forma quase única e universal de cessar os maus tratos e de alcançar a mudança. Mas, como já dissemos, há algumas mulheres que conseguem adquirir segurança e cessar o abuso mesmo coabitando com o parceiro. Na perspectiva de alguns autores (e.g., Fagan 1989, cit. Short *et al.*, 2000) isso pode, por exemplo, suceder nos casos em que a cessação da violência ocorre como uma resposta a um conjunto de acções, nomeadamente da mulher, que elevam os custos dos maus tratos para o parceiro violento (e.g., auto-defesa, sair, ameaçar com o divórcio, partilhar o problema nas suas redes sociais, recurso efectivo a sanções legais, a sanções sociais, casas-abrigo, grupos de mulheres). Há, de facto, casais que conseguem terminar a violência sem se separarem. Alguns autores reconhecem que pode inclusive haver mudança na mulher em cenários de coabitação em que a violência não cessou. Por exemplo, segundo Hydèn (1999), embora para muitas mulheres a finalização da violência passe por separações (temporárias ou definitivas) do parceiro agressor, para outras a ruptura é apenas psicológica. Nestes casos, a mulher procura afastar-se da situação, distancia-se do parceiro e isso ajudá-la-ia a tornar-se inatingível do ponto de vista psicológico. Evidentemente que, perante estas circunstâncias, é muito difícil para a mulher preservar o seu ajustamento psicológico, mas pode haver situações em que as mulheres conseguem de facto imunizar-se, pelo menos por curtos períodos de tempo, face às prescrições do parceiro que persiste na violência. Num pequeno número de casos é a saída do homem, voluntária ou

coercivamente (e.g., mediante a aplicação de medida de coação judicial), que pode fazer cessar a violência.

Por outro lado, não é unânime que a saída da mulher da relação abusiva seja sinónimo de mudança, nem sequer um indicador de sucesso. Como já dissemos, existem situações de mulheres que saem da relação e que não mudam (e.g., no sentido da recuperação psicológica). Há outras que saem mas para as quais o abuso não cessa (e.g., comportamentos persecutórios do parceiro). Por sua vez, noutros casos, sair e regressar à relação (dinâmica discutida adiante) pode significar mudança se daí decorrer a cessação do abuso e a recuperação psicológica da mulher.

Por estes motivos, entendemos que não deveríamos falar em mudança mas em cenários de mudança, os quais podem ser diversos entre as mulheres e até instáveis ou irregulares ao longo do tempo na mesma mulher. Consideramos, portanto, que no conjunto de mulheres que enfrentam os maus tratos poderão haver diferentes padrões de mudança nomeadamente em direcção à cessação abuso e à recuperação do bem-estar, e não apenas um padrão único, sequencial, tal como nos é proposto uniformemente pelas teorias disponíveis. Julgamos que a especificidade e heterogeneidade presente na forma como as mulheres maltratadas experimentam e lidam com o abuso, bem como a forma como mudam ao longo da relação com o parceiro não é suficientemente captada pelas propostas apresentadas. De qualquer forma, reconhecemos que são necessários estudos que sustentem estas ideias sobre a construção (diversa) da mudança.

A terminar, os autores referenciados, salvo raras excepções (e.g., estudos de Burke e colaboradores; estudos de Wuest & Merritt-Gray²⁰; estudos de Rosen & Stith, 1997), têm desenvolvido teorias acerca da mudança experimentada por estas mulheres, mas de facto reflectem muito pouco investimento em torno da investigação empírica neste domínio. Em consequência, desconhecemos genericamente: qual o tipo de mulheres/situações em que se fundamentam as suas teorias? Quais os tipos de violência envolvidos? As etapas de mudanças que descrevem são “naturais”, espontâneas ao longo da gestão da relação violenta? Ou as mulheres que mudam dessa forma beneficiaram de apoio (e.g., psicoterapêutico)? Em caso afirmativo, durante quanto tempo foram acompanhadas/estudadas? Ou pelo contrário, os retratos da mudança que

²⁰ As autoras clarificam que participaram nos seus estudos apenas mulheres de contextos rurais que tinham contactado profissionais de ajuda.

os estudos delineiam têm por base *designs* retrospectivos das experiências destas mulheres ou *designs* que captam apenas um determinado momento do seu percurso? Estas são questões que ficam por esclarecer. Julgamos, apesar de tudo, que a maioria das teorias acerca da mudança é construída a partir de mulheres que procuraram ajuda profissional.

II. A saída da relação abusiva

Como de algum modo já referimos, no âmbito das teorias acerca da mudança, a saída da relação abusiva têm merecido particular atenção por parte dos investigadores. Para além desta ser uma condição possível para a interrupção dessa violência (Logan & Walker, 2004), quase todas as mulheres que se confrontam com este problema acabam por equacionar essa opção, quer ela assuma um carácter definitivo ou apenas temporário.

2.1. Saída da relação abusiva: uma decisão comum entre outras possíveis

Apesar de surgirem frequentemente associadas no domínio da investigação, a temática da vitimação e da separação/divórcio não têm sido suficientemente integradas. Pelo contrário, são frequentemente alvo de análises isoladas ou compartimentadas. Assim, para além dos maus tratos às mulheres raramente serem mencionados na literatura sobre o divórcio, pouco se conhece acerca dos desafios com que se defrontam as mulheres que decidem separar-se de um parceiro abusivo (Anderson & Saunders, 2003; Kurz, 1995, cit. Kurz, 1998).

Porém, muitos autores consideram que a inclusão conjunta dos temas vitimação/divórcio ao nível da pesquisa poderia resultar num melhor entendimento sobre o modo como ambos os processos são experimentados pelas mulheres abusadas (e.g., Walker *et al.*, 2004). Na discussão que se segue, procuraremos precisamente articular e integrar esses dois domínios.

Diversas evidências, referenciadas por Walker e colaboradores (2004), têm vindo a espelhar a estreita associação que por vezes existe entre a dissolução de um

relacionamento e a experiência de maus tratos. De facto, vários estudos e algumas estatísticas internacionais destacam uma elevada taxa de separações/divórcios em situações em que existe violência contra o parceiro: um em cada sete casais americanos experimentou pelo menos um episódio de violência do homem contra a mulher nos doze meses que precederam a ruptura relacional (e.g., Schafer *et al.*, 1998, Straus & Gelles, 1990); Jacobson e colaboradores (1996) referem que 38% da sua amostra de mulheres maltratadas se separaram no período de dois anos; Campbell e colaboradores (1994, cit. Walker *et al.*, 2004) referem que 63% das mulheres vítimas de violência se separam do agressor num período de *follow-up* de dois anos; Bardbury e colaboradores (1999, cit. Walker *et al.*, 2004) documentam que, após quatro anos, 93% dos casais onde existia violência severa se separaram, comparativamente a 38% de casais que se separaram sem evidência de violência e a 46% de casais que se separaram por existir violência moderada. No *National Crime Survey*, Schwartz (1998) conclui que um número substancial de mulheres vítimas de maus tratos (n = 2254) estava separada (46,9%) ou divorciada (31,8%) na altura da entrevista. Vários outros estudos referenciados por Holtzworth-Munroe e colaboradores (1997) documentam esta mesma realidade (e.g., Strube & Barbour, 1984, Herbert *et al.*, 1991, Okun, 1996). Por sua vez, Kurz (1995, cit. Kurz, 1998) conclui nos seus estudos que muitas mães divorciadas relatam elevados níveis de violência do parceiro durante o casamento e que essa circunstância tem um impacto expressivo no processo de divórcio (e.g., gestão das visitas, regulação do poder paternal).

Em suma, os estudos apontam que o abuso do parceiro é um motivo que conduz a um número significativo de divórcios (e.g., Kurtz, 1996, cit. Fleury, Sullivan & Bybee, 2000; Walker *et al.*, 2004), que muitas mulheres, de facto, põem fim às relações onde são abusadas (e.g., Amato & Rogers, 1997, Bradbury & Laurence, 1999, Testa & Leonard, 2001, cit. Logan & Walker, 2004; Strube, 1988, cit. Anderson & Saunders, 2003; Okun, 1986), que a presença de maus tratos pelo parceiro interfere na gestão do divórcio (Kurz, 1995, cit. Kurz, 1998) e que, inclusivamente, as vítimas parecem sair relativamente cedo após o abuso se instalar (Walker *et al.*, 2004).

Neste âmbito, uma das questões que os autores colocam habitualmente é: «*como é que a mulher abusada conseguiu sair apesar de ter tantos obstáculos contra ela?*» (Anderson & Saunders, 2003, p. 172).

2.2. Há factores preditores da saída da relação abusiva?

Uma outra parte significativa dos estudos conduzidos sobre o tema tem-se centrado nos factores relacionados com a decisão de sair/ficar na relação (Anderson & Saunders, 2003).

Quando discutimos (cf. capítulo II) as diferentes teorizações sobre a violência na intimidade, fomos dando conta de alguns factores que contribuem para a mulher se manter ou sair desse tipo de relacionamentos. Reflectimos nessa altura que, mesmo quando a vítima reporta uma grande motivação para a saída da relação, há um conjunto de dinâmicas que pode contribuir para a sua preservação (e.g., a privacidade e o secretismo dos maus tratos, a vinculação traumática, o enquadramento sócio-cultural em que a vítima se insere, o isolamento social, as expectativas sobre o seu papel, o desânimo aprendido, certas circunstâncias diádicas). A questão que agora colocamos é: *o que as move em direcção à saída da relação abusiva?* Analisemos, de forma detalhada, as conclusões de trabalhos recentes realizados nesse âmbito.

Alguns estudos têm vindo a descrever um conjunto de factores que pode condicionar a saída. Os preditores mais estudados sobre a saída de uma relação abusiva são (cf. Anderson & Saunders, 2003):

a) natureza da violência (e.g., severidade, frequência): os estudos têm proporcionado evidências contraditórias sobre o modo como o carácter da violência interfere nas decisões da mulher (cf. Holtzworth-Munroe *et al.*, 1997). Senão vejamos: um estudo de Gelles (1976) começou por estabelecer que quanto menos severa e menos frequente fosse a violência exercida sobre a mulher ($n = 41$), maior a probabilidade desta permanecer com o seu parceiro. No sentido inverso, Pagelow (1981), num estudo com 350 mulheres residentes de uma casa-abrigo, concluiu que quanto mais severos eram os maus tratos, mais tempo as mulheres permaneciam com os seus parceiros. Também Hilbert e Hilbert (1984) estabeleciam, num outro estudo, que à maior severidade dos maus tratos e à maior duração da relação estava associada uma maior probabilidade da mulher regressar para o agressor. Mitchell e Hodson (1983, cit. Waldrop & Resick, 2004) concluíram ainda que a violência mais severa estava associada a um maior isolamento da mulher face aos outros e a um *coping* mais passivo,

o que trazia desde logo vários constrangimentos face a uma eventual saída. Por seu turno, Acquirre (1985) e Schwartz (1988) concluíram nos seus estudos que o número de lesões e a extensão do dano não eram preditores significativos da saída da relação. Como forma de compreender estas discrepâncias, Ferraro e Johnson (1983) propõem que talvez não seja exactamente a severidade das lesões e a frequência das agressões que determinam a saída da relação, mas antes uma mudança repentina no nível de violência experimentado (e.g., a violência passa a ser percebida como potencialmente fatal). No mesmo sentido, Waldrop e Resick (2004) entendem que à medida que o abuso se torna mais severo e frequente, maior a probabilidade da mulher procurar formas de sair da relação.

b) factores psicossociais: por exemplo, a preservação de valores religiosos tradicionais, um maior compromisso psicológico perante a relação, evidência de sentimentos positivos face à relação, indicadores objectivos de comprometimento tais como o estado civil, o investimento na relação (e.g., em termos de recursos, tempo e esforços), podem favorecer a decisão de preservar o relacionamento. Strube e Barbour (1983, 1984, cit. Holtzworth-Munroe *et al.*, 1997) concluíram que um maior envolvimento ou compromisso psicológico face à relação (e.g., amor, número de anos de relação) estava relacionado com a sua preservação. Também Rusbult e Martz (1995, cit. Waldrop & Resick, 2004) concluíram, a partir de um estudo longitudinal, que a longevidade da relação era preditor de um maior nível de compromisso (e.g., menor intenção de se separar, maior intenção de regressar à relação).

c) recursos externos, tais como os recursos materiais ou financeiros (e.g., o emprego, o rendimento salarial, a independência económica). Os estudos de Strube e Barbour (1983, 1984, cit. Holtzworth-Munroe *et al.*, 1997) apontam que as mulheres que possuem independência económica face ao agressor ou que têm salários superiores ao do parceiro com maior probabilidade poderão decidir-se pela saída da relação abusiva.

d) estratégias de *coping* prévias desenvolvidas pela mulher: de acordo com a literatura, um grande número de mulheres que procura a psicoterapia desenvolveu anteriormente várias estratégias para lidar com a violência do parceiro (e.g., recurso a agentes informais, separações temporárias). Nesse contexto, Anderson e Saunders (2003) referem, a partir de estudos sobre as estratégias de *coping* utilizadas pela vítima, que quanto maior o número de separações prévias do parceiro agressor, mais preparada a mulher estará para sair dessa relação (reflectiremos adiante sobre essas trajectórias

saída/regresso). Os autores fazem ainda referência a estudos (e.g., Rounsaville, 1978; Strube & Barbour, 1984) que concluem que as mulheres que anteriormente desenvolveram outras estratégias de *coping*, para além de sair da relação, estavam mais capazes de se separar do parceiro agressor.

Vários outros autores reforçam o poder de alguns dos factores descritos enquanto facilitadores da saída de uma relação abusiva. Segundo Walker e colaboradores (2004), alguns desses elementos permitem que a separação de um parceiro violento se mantenha, nomeadamente a existência de recursos suficientes ao nível económico, emprego e habitação, a presença de recursos interpessoais (a qualidade e quantidade das redes de suporte social), a disponibilidade de recursos legais e de recursos de saúde.

No mesmo sentido, Ulrich (1998), a partir de uma revisão de estudos, indica que as mulheres saem mais facilmente de uma relação abusiva em função de um conjunto de factores objectivos, tais como ter independência financeira, apoio social e recursos legais (e.g., número de queixas anteriores) que viabilizem essa saída, bem como em função do número de separações prévias. O autor aponta ainda outros motivos subjectivos, tais como a segurança, o desenvolvimento pessoal, a aprendizagem acerca de si, da sua vitimação e da responsabilidade do agressor pelo abuso e o desejo de mudança. Segundo o autor, estas são as questões mais significativas em direcção à decisão da saída, designadamente no que respeita a mulheres maltratadas fisicamente pelos seus parceiros (Ulrich, 1991, cit. Short *et al.*, 2000). Relativamente à decisão de ficar na relação, o autor aponta como motivos mais significativos o afecto sentido pelo parceiro, o peso das tradições e dos valores religiosos e, ainda, as dificuldades económicas.

Sobre a forma como outras condições socio-demográficas da mulher interferem na decisão de sair há ainda poucos estudos. Segundo Anderson e Saunders (2003), sabe-se apenas que as mulheres saem com maior probabilidade deste tipo de relações quando têm acesso regular aos seus filhos e aos sistemas de cuidados dirigidos a estes (e.g., Gondolf & Fisher, 1988), quando têm transporte (Gondolf & Fisher, 1988; Rusbult & Martz, 1995) e, nalguns casos, quando dispõem de apoio social (e.g., Lesser, 1990). De acordo com alguns estudos referenciados pelos mesmos autores, o número, a idade e a presença de crianças não constituem, a maioria das vezes, factores significativos para a decisão de sair. A existência de problemas de saúde na mulher é, pelo contrário, um

preditor significativo do regresso à relação (e.g., Compton *et al.*, 1989, cit. Anderson & Saunders, 2003).

Por sua vez, uma outra investigação qualitativa conduzida nos E.U.A. por Short e colaboradores (2000), realizada através de 22 *focus groups* com mulheres que não experimentavam violência há pelo menos seis meses, descreve razões complementares para sair/ficar na relação. Esse estudo indica que a decisão de permanecer ou sair de uma relação violenta é considerada pelas próprias mulheres como uma escolha altamente racional, onde se consideram cuidadosamente os prós e contras de cada situação (e.g., consequências letais). De modo específico, os autores concluem que a decisão de permanência na relação era influenciada quer por factores positivos (e.g., afecto face ao parceiro, compromisso face aos votos do casamento, desejo de manter uma casa com os dois progenitores, esperança de que o agressor pudesse mudar), quer negativos (e.g., falta de recursos, falta de habitação, ausência de serviços para cuidar dos seus filhos, dependência emocional face ao abusador, receio de eventuais repercussões, vergonha, sentir-se sem opções). Por sua vez, a decisão de sair era descrita por muitas mulheres como o alcançar um ponto de ruptura (e.g., uma forma diferente de se perceberem a si próprias, ao agressor, à violência; depois de um episódio violento mais grave). Reavaliações sobre as circunstâncias da violência e a reconsideração das suas próprias necessidades eram outros preditores da saída, embora para algumas mulheres estes factores fossem recentes. Aperceber-se do suporte social de outros significativos (logístico e emocional), do risco letal que a violência física poderia encerrar para si e das consequências destas circunstâncias para os seus filhos eram outros factores decisivos para a saída da relação. Outros elementos que ajudavam também a mulher a adquirir independência eram: a acessibilidade a grupos de mulheres, a existência de leis que responsabilizam o agressor, a presença de recursos (e.g., habitacionais, financeiros). Dispor de casas-abrigo, possuir educação sobre o que se constitui como abuso, proporcionar ajuda intermédia antes da mulher decidir sair eram também elementos que as ajudavam a preparar-se para a mudança. Segundo os autores, percebe-se que para as participantes “*decidi ficar porque...*” e “*não posso sair porque...*” envolvem estádios qualitativamente distintos de prontidão para a mudança, embora os autores não distingam a ordem em que estes habitualmente ocorrem.

Um trabalho de Choice e Lamke (1997) propõe-nos um outro modelo de conceptualização da decisão de sair/ficar. Na perspectiva dos autores, essa resolução compreende um processo que ocorre em duas etapas, antes que a opção de sair ou de

ficar seja assumida pela mulher. Os autores propõem que a primeira etapa corresponde ao momento em que a mulher questiona *será que estarei melhor se sair desta relação?* Nessa fase, a sua reflexão é influenciada pela satisfação relacional, pela qualidade das alternativas disponíveis, pelos investimentos irrecuperáveis (e.g., tempo de relação, desinvestimento na carreira por causa do casamento) e pelas normas subjectivas (e.g., efeito das percepções e atitudes dos outros sobre a relação). Se a ponderação de alguns destes aspectos for globalmente negativa, a mulher decidirá ficar na relação. Se for positiva, ela poderá avançar para uma segunda fase - ponderar a saída – onde a questão predominante envolve: *serei capaz de o fazer com sucesso?* Esta fase é influenciada pelos recursos e pelos obstáculos, pessoais e estruturais, cuja ponderação ditará a permanência ou manutenção da mulher na relação. Segundo os autores, este modelo permite explicar porque é que a mulher, muitas vezes, deseja sair da relação mas é inibida de o fazer por falta de controlo sobre várias das circunstâncias que envolvem a sua vida e porque é que, noutros casos, os recursos para sair estão disponíveis mas ela deseja/decide permanecer na relação (e.g., existe algum nível de satisfação com o parceiro ou com a relação, as alternativas não são suficientemente atractivas, os outros incentivam-na a ficar na relação, considera ter realizado um grande investimento na relação).

Discussão

Em síntese, os estudos sugerem que os factores que condicionam a saída são, essencialmente, obstáculos externos em diferentes domínios (e.g., financeiros, salariais, habitacionais, de saúde, sociais, legais, suporte social). São ainda considerados, embora com menor ênfase, outros factores de natureza intrínseca (e.g., exigências psicológicas, dilemas, sentido de compromisso, valores, reavaliações, *coping* prévio, capacidade de realizar separações preliminares) (Walker *et al.*, 2004). Os estudos mostram também que outros factores (e.g., a natureza e o tipo de abuso experimentado) não são preditores consistentes da saída de uma relação violenta.

Nesse sentido, em termos de implicações interventivas, a investigação neste domínio ressalta a importância de se atender sobretudo aos factores externos e contextuais (e.g., redes de suporte, competências de emprego, acesso a recursos sociais

e legais) mas também à própria mulher (e.g., competências de resolução de problemas, *coping*) (Waldrop & Resick, 2004).

Contudo, muitos destes estudos conhecem limitações. Uma delas reside no facto de grande parte destes trabalhos não contemplarem nas suas amostras as mulheres de nível socio-económico superior (dado que a maioria das participantes provém de casas-abrigo, vítimas normalmente de formas de violência mais grave). Sobre essas mulheres pouco se sabe acerca do *coping* face ao abuso do parceiro (Holtzworth-Munroe *et al.*, 1997) e acerca de outros factores que nesse contexto presidem à opção de sair/ficar.

Outra limitação reside no facto dos estudos de *coping* serem desenvolvidos a partir de populações que procuraram ajuda, desconhecendo-se o que acontece no caso de mulheres que não beneficiaram da ajuda dos profissionais. Estes estudos não se referem, portanto, ao grupo de mulheres abusadas no seu conjunto (e.g., mulheres com outro tipo de recursos, vítimas de formas diferentes de violência, menos graves).

A predominância de estudos de *design* retrospectivo, centralizados num determinado momento (e.g., imediatamente após a saída) e a escassez de estudos longitudinais são outras limitações na literatura acerca do *coping* da mulher abusada. Poucos estudos analisam o *coping* enquanto processo, como algo que muda ao longo do tempo, tendo este sido estudado sobretudo a partir de *designs* correlacionais ou estudos descritivos (Waldrop & Resick, 2004).

Julgamos ainda que a ênfase dos estudos na procura dos elementos que predizem a saída da relação resulta de uma questão que frequentemente se coloca a propósito das mulheres maltratadas: «*porque é que as mulheres não saem?*». Em nosso entender, essa questão é falaciosa. Em primeiro lugar, porque se assume que as mulheres não saem desse tipo de relacionamentos quando, como dissemos, muitas acabam por sair, precisamente motivadas pelos maus tratos do parceiro. Em segundo lugar, porque a questão enunciada dessa forma dissocia a sua decisão em torno da separação dos acontecimentos violentos que a motivam. Em terceiro lugar, a dita questão acaba por envolver algum criticismo face à vítima (e.g., algo de errado se passa com ela para não romper a relação com um parceiro que a maltrata) (Hydèn, 1999), como se ficar numa relação deste tipo fosse uma resposta desviante (Loseke & Cahill, 1984, cit. Holtzworth-Munroe *et al.*, 1997). Isso ajuda, aliás, a explicar porque é que aquelas mulheres que escolhem permanecer com os seus parceiros abusivos são, por vezes, apelidadas de tolerantes ou passivas (Browne, 1993, cit. Fleury *et al.*, 2000) (cf. capítulo II). O que acontece é que, relativamente à questão colocada, estão muitas vezes associados mitos e

estereótipos, muitos deles relacionados com o funcionamento psicológico da mulher (e.g., masoquismo, dependência, comportamento aprendido, desânimo aprendido, incapacidade de mudar) que experimenta os maus tratos conjugais. Esse tipo de alegações acaba, por sua vez, por negligenciar aquilo que dissemos antes a propósito dos estudos de impacto (cf. capítulo I), nomeadamente que a violência que estas mulheres experimentam pode traduzir-se em efeitos de natureza múltipla ao nível da sua saúde e no seu funcionamento psicológico. Essa violência pode, por exemplo, ter o efeito de diminuir a percepção da mulher relativamente à sua capacidade pessoal para mudar, o que debilita a sua convicção de que existam alternativas à relação abusiva. A mulher pode também duvidar da sua capacidade para manter a separação do parceiro que a agride ou interrogar-se se conseguirá subsistir sem ele (Walker *et al.*, 2004). Por outro lado, ao colocar a questão dessa forma negligencia-se o modo como os outros (e.g., agressor, sistema de apoio, rede informal) podem também ter contribuído para a manutenção (ou não) na relação. Em quarto lugar, a questão colocada tem implícita a ideia da mulher como protagonista quase exclusiva dos contextos violentos, assumindo inclusivamente a responsabilidade única pela sua interrupção saindo. Finalmente, está implícito na referida questão que sair de uma relação abusiva é a única solução para terminar a violência e adquirir segurança (Walker *et al.*, 2004). Apesar da separação ser uma decisão comum, já sublinhamos que sair de uma relação violenta é apenas uma das opções possíveis quando se vive com um parceiro agressor e nem sempre é sinónimo de sucesso na cessação da violência, como também já referimos.

Para além disso, ao contrário do que sugerem Short e colaboradores (2000), entendemos que a saída nem sempre é, de modo linear, uma consequência de uma escolha racional da mulher, a partir da ponderação dos prós e contras, embora possa sempre ser considerada um ponto de ruptura. Numa investigação anterior (Matos & Gonçalves, 2002), a partir da experiência de um grupo de mulheres que saíram da relação abusiva, concluímos que existem dois processos distintos de saída da relação conjugal violenta: um padrão de saída é o resultado de um processo gradual, uma escolha construída a partir de um plano antecipado de procedimentos (e.g., com um guia de acção, com uma ponderação dos riscos envolvidos) e pode ter sido auxiliado por um apoio técnico especializado; no outro padrão, a decisão de sair é precipitada por um episódio violento, que envolve um risco elevado para a integridade física da mulher. É, portanto, um comportamento quase que automático e “involuntário”, apesar de beneficiar normalmente da mobilização e a instigação dos outros. No mesmo sentido,

Mills (1985, cit. Rosen & Stith, 1997) sustenta que o processo de saída é para algumas mulheres o efeito de um acontecimento imediato (e.g., aumento súbito da violência), enquanto para outras resulta de um processo longo, sustentado na percepção de que a mudança é viável.

Por outro lado, sabe-se que, mesmo no âmbito do apoio psicológico, a questão da saída e da separação é complexa. Pode emergir de diversas formas, em *timings* e contextos distintos da relação, ser reapreciada ao longo dos processos psicoterapêuticos, sendo portanto difícil estabelecer ou “isolar” preditores específicos. Apesar de tudo, é habitual as mulheres confrontarem-se com a questão: *será melhor para mim deixar o meu parceiro?* (Choice & Lamke, 1997). Nalguns casos, a separação é uma opção desejada (e.g., “gostava de me separar mas não acredito que consiga fazê-lo sozinha”). Mas para outras a separação é entendida como uma opção inviável (e.g., “gostava de mudar mas era incapaz de assumir um divórcio”). Noutras situações, o divórcio está já planeado e/ou iminente, faltando apenas saber como materializá-lo (e.g., “preciso de saber como hei-de comunicar isso ao meu marido e como hei-de concretizar essa minha decisão sem correr riscos”). Para outras ainda, o pedido de ajuda sucede a própria separação do parceiro abusivo (e.g., “separei-me mas continuo a enfrentar várias dificuldades”).

Em síntese, consideramos que a decisão de uma mulher permanecer ou sair de uma relação abusiva depende, essencialmente, do julgamento que esta faz das suas necessidades, alternativas e recursos percebidos a cada momento (Rusbult & Martiz, 1995, cit. Walker *et al.*, 2004). Pelos motivos expostos, entendemos que a procura de razões comuns e universais para sair ou ficar não é o mais importante. Pensamos, aliás, que não há explicações simplistas ou variáveis singulares que permitam perceber o que de facto ajuda uma mulher a sair de uma relação onde é abusada. Por outro lado, não faz sentido compreender este tipo de decisão descontextualizando-a da trajetória de vida da mulher (e.g., analisando apenas os recursos disponíveis/indisponíveis no momento da saída), da motivação que num determinado momento preside a essa decisão, dos significados a ela associados, das percepções sobre a relação e a violência (e.g., natureza, gravidade, responsabilidade) e das atribuições que faz ao comportamento violento. Mais do que saber porque ficam ou porque saem, até porque nenhuma dessas opções é por si só sinónimo de sucesso, parece-nos mais útil perceber os desafios e as consequências que cada uma dessas situações pode envolver para a mulher. Para além disso, consideramos mais relevante

analisar aquilo que ela considera *como* mais eficaz para cessar o abuso e adquirir bem-estar, quer seja no âmbito da relação, quer fora dela. No âmbito da investigação, esta última questão continua por responder.

2.3. Saída da relação abusiva: uma decisão com consequências

Para um melhor entendimento sobre o modo como a temática da vitimação e da separação/divórcio se reflectem na vida das mulheres, analisamos de seguida as exigências que estes fenómenos, em conjunto, colocam.

A separação de um casal onde não existe violência pode, por si só, representar um momento de crise. Isto porque uma decisão desse tipo envolve habitualmente um conjunto de alterações de vida e encerra muitas exigências (e.g., modificações ao nível do rendimento económico, alterações ao nível do suporte social e do ajustamento psicológico) para todos os envolvidos (Walker *et al.*, 2004).

Sair de uma relação íntima que é abusiva envolve um processo porventura mais complexo, dado o medo e as vulnerabilidades que os maus tratos frequentemente geram na mulher. Essas condições resultam frequentemente de uma prática prolongada de violência, das preocupações permanentes em torno da segurança (sua e dos filhos) e de outro tipo de adversidades que a vítima habitualmente enfrenta (e.g., vitimação secundária, condição de cuidadora única dos filhos).

Assim sendo, a tomada de decisão e o momento da saída de uma relação abusiva podem constituir-se, períodos críticos por diversos factores. Por exemplo, quando se convive com um parceiro violento, o facto dos filhos serem muito pequenos pode ser promotor de significativas preocupações maternas e do adiamento de decisões em torno do relacionamento e de eventuais modificações a esse nível. Evidentemente que os filhos podem ter igualmente, noutros casos ou noutros momentos (e.g., quando mais velhos), o poder de estimular mudanças significativas, nomeadamente no sentido da interrupção do abuso, quer através do apoio à decisão da mulher de se separar do parceiro/pai abusivo, quer através de outras alternativas que os próprios filhos fomentam (e.g., procura de ajuda por parte do pai agressor). Apesar de tudo, e embora os factores relacionados com as crianças (e.g., idade, número) não sejam, como alguns estudos apontam (e.g., Compton *et al.*, 1989, cit. Anderson & Saunders, 2003),

significativos para a decisão de sair, a existência de filhos pode adicionar complexidade a todo esse processo. Mais ainda porque essa circunstância motiva questões cíveis (e.g., conflitos no âmbito da regulação do poder paternal, gestão das visitas, pensão de alimentos) e outros assuntos críticos para resolver quando um casal está em litígio por motivo de violência exercida por um deles. Todas estas circunstâncias alimentam, por sua vez, uma maior conflituosidade.

Logan e Walker (2004) alertam também para o facto da saída poder acarretar repercussões negativas junto da mulher a outros níveis (e.g., económico, responsabilidades familiares alteradas, mudar de casa e de vizinhos, problemas de saúde física e mental).

Neste contexto, discutiremos duas dimensões críticas relacionadas com a saída da relação: o ajustamento psicológico da mulher e a continuidade da violência exercida pelo parceiro.

2.3.1. Ajustamento psicológico da mulher após a saída de uma relação violenta

Sair de uma relação abusiva representa um período de ajustamento a uma nova condição de vida. Porém, essa fase encerra não só oportunidade, mas também o risco de desenvolvimento de dificuldades de natureza vária (e.g., problemas de saúde, aumento da ansiedade, abuso de substâncias) (Walker *et al.*, 2004).

Muitos estudos mostram que algumas das necessidades da mulher que vive um relacionamento abusivo (e.g., de protecção, de apoio especializada) tendem a manter-se durante e após a separação, podendo inclusive ser intensificadas (Anderson & Saunders, 2003). Algumas das dificuldades enfrentadas durante e após a saída, poderão prolongar ou exacerbar os efeitos dos maus tratos (e.g., problemas de saúde física e psicológica) já manifestados durante a permanência na relação.

Assim, sair de uma relação abusiva não significa necessariamente que a mulher passe a experienciar bem-estar. Pelo contrário, um número significativo de mulheres reporta um decréscimo ao nível do bem-estar depois de sair de um relacionamento abusivo.

Muitos trabalhos têm vindo a focalizar-se precisamente nessa dimensão problemática da separação em geral (e.g., Chung, Farmer, Grant, Newton, Payne, Perry,

Saunders, Smith & Stone, 2002) e na separação associada à vitimação (e.g., Walker *et al.*, 2004). De acordo com Anderson e Saunders (2003), embora os efeitos de uma experiência de vitimação possam esbater-se meses após a separação, em muitas mulheres é possível continuar a observar-se P.T.S.D., depressão e outros problemas que as comprometem (e.g., angústia, sensação de perda, vinculação traumática, ambiguidade emocional face ao ex-parceiro e à relação). De acordo com uma revisão realizada pelos autores, um número significativo de estudos indica que as mulheres que experimentaram o abuso e que saíram dessas relações têm igual quantidade ou mesmo mais sintomas de trauma (e.g., depressão) do que as mulheres que se mantêm em relações desse tipo.

A literatura neste domínio tem vindo a identificar os factores que condicionam negativamente o ajustamento psicológico da mulher e a explicar a forma como alguns destes factores se podem constituir como preditores do bem-estar no período pós-separação.

Anderson e Saunders (2003), por exemplo, recorrem a um modelo conceptual de processamento do *stress*, proposto por Pearlin, Lieberman, Menaghan e Mullan (1981). Os autores utilizam-no para integrar os diferentes preditores de bem-estar psicológico das mulheres que saem de relações maltratantes e julgam-no adequado para explicar a experiência dessa população por vários motivos (cf. Anderson & Saunders, 2003): i) o *stress* experimentado pela maioria das mulheres maltratadas é um processo contínuo; ii) o próprio modelo enfatiza a combinação de múltiplos factores de impacto contextuais que acompanham este tipo de experiências de violência, bem como a saída destas relações; iii) antecipa-se que o *stress* possa causar reacções negativas em cadeia, as quais afectam múltiplas áreas de vida da mulher; iv) a saída de uma relação abusiva pode provocar uma série de mudanças significativas na vida da mulher, podendo haver novos *stressores* envolvidos na saída (e.g., perdas financeiras, perdas emocionais) e novas responsabilidades (e.g., monoparentalidade); v) existe a probabilidade da exposição à violência continuar após a separação; vi) muitas vezes, os recursos pessoais ou de *coping* percebidos pela mulher são limitados face às exigências que a situação da saída coloca. Neste contexto, um movimento descendente no bem-estar psicológico da mulher, com o decorrer do tempo, é uma forma do *stress* e dos seus efeitos se fazerem notar.

Ainda de acordo com os mesmos autores, a maioria dos estudos evidencia sobretudo o impacto de três tipos de factores que podem condicionar o bem-estar psicológico da mulher na fase pós-separação:

a) os *stressores* primários, como por exemplo, a própria condição de vitimação, ou seja, a violência que causou ou contribuiu para a própria separação e que pode prolongar-se para além desta, como já dissemos e documentaremos melhor adiante. Por exemplo, um estudo quantitativo de Mertin e Mohr (2001) documenta que a violência continuada após a separação estava associada e positivamente correlacionada com a ansiedade, a depressão e a P.T.S.D.. Os estudos qualitativos, por sua vez, mostram que a realidade da saída se traduz, frequentemente, em discursos de medo (e.g., receio de retaliações), de falta de protecção, entre outras preocupações. As evidências empíricas reforçam a ideia que muitas mulheres continuam a sentir medo muito tempo depois da saída da relação (e.g., Tutty 1998) e/ou vivem situações de manipulação continuada e tentativas de controlo por parte dos parceiros agressores durante muito tempo após saída (e.g., Moss *et al.*, 1997). Os estudos documentam ainda a existência de formas de violência (pós-separação) que estão para além da violência física (e.g., intimidação, *stalking*).

b) *stressores* secundários: referem-se àqueles que acompanham os *stressores* primários de forma crónica (e.g., perdas de ordem emocional). Apesar da violência, o parceiro maltratante é/foi uma das figuras de vinculação da mulher. Para além disso, a própria separação representa muitas vezes o fim de um casamento idealizado em que, por exemplo, o papel de esposa era altamente valorizado. Tudo isto acaba também por revelar o papel da socialização ao moldar as reacções das mulheres perante tais decisões. Ora, segundo os autores, os efeitos do *stress*, quando condições deste tipo estão presentes, são cumulativos. Um estudo de Anderson, Saunders, Yoshihama, Bybee e Sullivan (2003) refere precisamente que quando as mulheres (n = 94) estavam expostas a grandes níveis de violência e a *stressores* secundários, após a saída de uma casa-abrigo, acabavam por manifestar níveis relativamente elevados de depressão, os quais não diminuían ou então aumentavam significativamente com o decorrer do tempo. Está também documentado na literatura o impacto significativo que viver estas experiências pode ter ao nível do *self* (e.g., Ferraro & Johnson, 1983, cit. Ulrich, 1998; Landerburger, 1998; Matos & Gonçalves, 2002).

c) recursos de *coping*: abarcam elementos que servem para amortecer o impacto dos *stressores* enunciados, para preservar o funcionamento psicológico e para prevenir

futuras re-ocorrências. Embora as evidências da relação entre violência e/ou a separação do parceiro abusivo e o *stress* psicológico sejam claras, nem todas as mulheres vivem essa fase de forma problemática. De facto, algumas investigações sugerem que, após a saída de uma relação abusiva, a separação pode ter um impacto positivo (e.g., Masheter, 1998, cit. Walker *et al.*, 2004), podendo o bem-estar psicológico da vítima aumentar significativamente (Anderson & Saunders, 2003). De acordo com Anderson e Saunders (2003), a preservação ou recuperação do bem-estar psicológico da mulher pode ser auxiliado por um conjunto diversos de factores. Um dos principais factores moderadores refere-se ao facto de algumas mulheres terem acesso a múltiplos recursos de *coping* que lhes permitem exercer algum controlo sobre as suas vidas em geral e lidar com *stressores* específicos que surgem nos seus quotidianos. Anderson e Saunders (2003) apontam desde logo os recursos de *coping* da própria mulher (e.g., auto-eficácia, auto-confiança, intencionalidade, priorização das suas necessidades pessoais). De acordo com uma revisão de estudos pelos mesmos autores, a presença deste tipo de recursos está directa e significativamente relacionado com um ajustamento positivo nas mulheres maltratadas, com a percepção de que a sua qualidade de vida aumentou após a separação, com uma maior valoração pessoal e com outras melhorias do ponto de vista psicológico. Segundo os autores, as próprias separações breves/temporárias podem contribuir para o desenvolvimento de novas estratégias de *coping*. Anderson e Saunders (2003) fazem ainda referência a outros recursos de *coping* externos à mulher (e.g., suporte social, recursos institucionais, rendimentos). Por exemplo, a propósito do impacto do suporte social no bem-estar psicológico das mulheres que saem de relacionamentos abusivos, os autores citam vários estudos quantitativos que concluem sobre a existência de uma relação significativa e positiva. Na sua perspectiva, tais resultados são reforçados por outros trabalhos de carácter qualitativo (e.g., Hoff, 1990, Molina, 1999, Syers-McNairy, 1990, Tutty, 1998) que reiteram a importância do suporte social (e.g., aconselhamento, informação, assistência, apoio emocional) da família, dos amigos, dos grupos de suporte e de novos parceiros no período pós-separação.

O suporte social tem tido, aliás, particular destaque na literatura sobre o ajustamento psicológico da mulher, quer quando se refere às mulheres que vivem com parceiros abusivos, quer às que se separam.

Alguns estudos sobre as percepções das mulheres acerca do suporte social são algo contraditórios (cf. Carlson, McNutt, Choi & Rose, 2002): alguns sugerem que as

mulheres que são maltratadas sustentam níveis reduzidos de suporte social percebido; outros, por sua vez, defendem que estas não diferem das mulheres sem experiência de abuso no que respeita ao suporte social recebido por parte de outros significativos.

Por sua vez, várias evidências têm vindo a reforçar que essas redes de suporte social têm um papel significativo na redução do impacto negativo que uma experiência desse tipo pode acarretar (e.g., Donato & Bowker, 1984, Mitchell & Hodson, 1983, Tant *et al.*, 1995, Thompson, 2000, cit. Goodking, Gillum, Bybee & Sullivan, 2003).

Sabemos porém que, apesar de algumas investigações (e.g., Goodking *et al.*, 2003) revelarem que um grande número de mulheres procura ajuda junto de familiares ou amigos para lidar com a situação de violência, para gerir o *stress* e desenvolver estratégias de *coping*, nem todas as mulheres recebem o mesmo tipo de suporte por parte dos outros significativos e que a qualidade do suporte que estes oferecem pode variar consoante as características da situação e ainda ao longo do tempo. O trabalho recente de Goodking e colaboradores (2003) é disso exemplo. Os autores analisaram o impacto das relações de familiares e amigos no bem-estar das mulheres (n = 137) que experienciaram violência do parceiro. Em suma, os resultados mostram que as reacções de familiares ou amigos não estão apenas dependentes de um pedido da mulher ou das suas necessidades de apoio. As suas reacções variavam em função de factores contextuais (e.g., tipo de relação, características da relação, existência de ameaças aos próprios familiares e amigos). Por exemplo, quanto maior o número de separações anteriores, menos provável seria essas mulheres receberem apoio emocional de familiares e amigos. Segundo os autores, tal sucedia provavelmente pelo facto destes estarem frustrados com o seu regresso depois de a terem aconselhado a manter a separação; alguns poderão inclusive desistir de a ajudar. Por sua vez, o facto das mulheres serem casadas aumentava a probabilidade de receberem apoio emocional da família e dos amigos. De acordo com os investigadores, possivelmente esses elementos seriam influenciados pela crença de que numa ligação formal existe uma maior legitimidade para se intervir ou por considerarem que existe o dever de “salvar um casamento”. Outro resultado aferido era que quanto maior o número de crianças pequenas a viver com o casal menor a probabilidade da mulher ser alvo de reacções negativas pelos outros significativos. Na interpretação dos autores, tal sucedia provavelmente pelo facto de familiares e amigos entenderem que estas situações de abuso são mais graves por poderem comprometer não só a mulher mas também as crianças; nestes casos existe também uma menor probabilidade de culpar a mulher pela

situação por entenderem que nestas condições a saída de uma relação abusiva é mais difícil. Por fim, o facto de serem ameaçados pelo agressor aumentava a probabilidade de amigos e familiares responderem negativamente à mulher, talvez por medo e receio em relação à sua própria segurança. No essencial, conclui-se que o bem-estar da mulher e a sua qualidade de vida estão significativamente relacionados com o apoio emocional efectivo e com outras formas de suporte (e.g., arranjar um local onde permanecer), articulados com uma postura de ausência de julgamento ou de críticas à mulher (e.g., Goodking *et al.*, 2003).

Também Carlson e colaboradores (2002) analisaram a relação entre o suporte social e o impacto negativo dos maus tratos à mulher. Os investigadores concluem que, embora alguns factores protectores (e.g., ter um emprego, auto-estima, saúde), entre os quais o suporte social, possam proteger a mulher de desenvolver sintomatologia depressiva e ansiosa, o seu impacto moderador não é tão eficaz nos casos em que estão presentes níveis de abuso severo.

Em suma, o suporte social face à mulher abusada é entendido na literatura como um factor dependente das circunstâncias e dos contextos. Pode, todavia, constituir-se como um importante factor protector do ajustamento.

As investigações mostram também que o ajustamento psicológico que as mulheres abusadas procuram fazer após a separação (e.g., procurar entender o que motivou os maus tratos, compreender porque não agiram antes) ocorre de forma gradual (cf. Walker *et al.*, 2004). Por exemplo, um estudo conduzido por Anderson (2001, cit. Anderson & Saunders, 2003), no qual acompanhou as mulheres até dois anos após a saída de uma casa-abrigo, refere que o bem-estar psicológico das mulheres, sobretudo a percepção de qualidade de vida, aumenta progressivamente nos momentos que permanecem separadas dos seus parceiros agressores. Outro estudo desenvolvido por Lerner e Kennedy (2000) procurou analisar as necessidades das mulheres (n = 200) que permaneciam em relações violentas e as necessidades daquelas que saíram e que estavam fora da relação mas por períodos de tempo diferentes (e.g., seis meses, seis meses a um ano, dois a três anos, por mais de três anos). Os investigadores procederam a uma comparação das suas experiências a partir de diferentes indicadores (e.g., violência física, sintomas de trauma, *coping* e auto-eficácia). Concluem que existem diferenças nessas variáveis entre as mulheres em função da sua condição de estar fora ou na relação e do tempo que tinha decorrido após a saída. Algumas das diferenças

encontradas foram: o período de tempo que decorria imediatamente após a saída da relação parecia ser o mais exigente do ponto de vista psicológico e o de maior vulnerabilidade, já que o carácter recente da separação estava relacionado com um menor nível de bem-estar psicológico. O grupo que havia saído mais recentemente da relação distinguiu-se de forma significativa dos outros grupos: revelou-se pouco confiante em relação à manutenção da decisão de sair; a tentação do regresso mantinha-se elevada; as exigências face aos recursos de *coping* eram superiores; alguns sintomas de mal-estar eram significativos (e.g., distúrbios de sono, depressão, dissociação), não sendo claro se esse mal-estar era uma consequência da saída ou se foi um factor decisório em torno da mesma.

Discussão

O conjunto de estudos referenciados salienta que muitas das necessidades da mulher, bem como os efeitos decorrentes abuso, normalmente não terminam após a saída da relação. Por outras palavras, sair de uma relação abusiva pode ser um momento crítico para muitas mulheres, não sendo necessariamente sinónimo de bem-estar imediato. Aliás, os primeiros momentos após a saída são descritos pela investigação como os que envolvem maior exigência.

Nesse sentido, a investigação disponível retrata, em geral, o ajustamento psicológico pós-separação como o resultado da gestão da mulher face ao abuso. É, sobretudo, em função das diferentes fontes e níveis de *stress* experienciados, bem como das estratégias de *coping* disponíveis que as mulheres poderão ser mais ou menos afectadas a nível do seu bem-estar psicológico no período pós-saída da relação. Os últimos factores podem, aliás, constituir-se como preditores de bem-estar. Dito de outro modo, nesta perspectiva, se o ajustamento psicológico da mulher está comprometido então é porque as estratégias de *coping* para a gestão do abuso estão em défice na mulher (quer sejam disponibilizadas pelos outros ou desenvolvidas pela própria) ou são insuficientes face ao *stress* experimentado. De acordo com os estudos sobre ajustamento psicológico, é essa insuficiência ou a redução de alguns dos recursos identificados num dado momento (e.g., o *coping* pessoal, o suporte social) que conduzem as mulheres a procurar ajuda especializada pelo mal-estar experienciado na fase em que decorre e que sucede à separação.

Julgamos, porém, que essa ênfase na leitura de déficit para compreender o (des)ajustamento psicológico da mulher batida no período pós-separação é redutora. A pesquisa confere, aliás, demasiada atenção a essa dimensão problemática da saída/separação. Entendemos que esses estudos são insuficientes para nos permitirem compreender, por exemplo, como é que algumas mulheres conseguem quer preservar, quer recuperar o seu ajustamento psicológico no período de separação ou pós-saída. Há uma escassez evidente de estudos sobre a dimensão não-problemática da separação, sobre os ganhos que a saída pode trazer para a mulher e, ainda, sobre os potenciais factores protectores face a uma saída adversa. Aliás, os factores protectores que os estudos integram referem-se apenas à presença de suporte social, recursos materiais e financeiros e sentimentos de auto-eficácia ou valoração pessoal. Esta concepção do ajustamento psicológico negligencia os significados envolvidos na saída, a gestão relacional e emocional que a mulher faz desse momento. Porque é que para algumas mulheres esse processo é tão exigente e para outras mais sereno? Será apenas uma questão de recursos de *coping* (e.g., estruturais ou conjunturais)? É como se viver uma saída/separação de forma ajustada fosse apenas uma questão de dispor dos recursos certos, de estes estarem disponíveis num determinado período. Muitas vezes, os recursos (pessoais, externos) existem, a conjuntura é favorável à saída mas a mulher vive esse período de forma particularmente exigente e até desestruturante.

Apesar de escassos, alguns estudos referidos (e.g., Masheter, 1998, cit. Walker *et al.*, 2004) apontam que nalguns casos o bem-estar pode efectivamente aumentar, de modo significativo, no momento pós-saída devido a um conjunto de factores (pessoais e contextuais) e que noutros casos o ajustamento psicológico é progressivo ou gradual. Todavia, os mesmos estudos não conseguem explicar *como* é que esses factores favorecem especificamente uma evolução nesse sentido. Isso seria extremamente relevante em termos de conceptualização e de intervenção na mudança nessa área específica que se refere ao ajustamento psicológico da mulher.

Um dos factores de impacto associados à separação de um parceiro abusivo é a continuidade da violência. Analisamos de seguida a dimensão deste fenómeno, as motivações e os contextos a ele associados, bem como as repercussões subjacentes para a mulher.

2.3.2. Continuidade da violência após a separação

Como sublinhámos ao longo deste capítulo, separar-se de um parceiro abusivo nem sempre significa para a mulher uma interrupção na violência (Logan & Walker, 2004; Holtzworth-Munroe *et al.*, 1997). Vários estudos referenciados por Walker e colaboradores (2004) indicam, aliás, que uma mulher que experimentou um ou vários episódios de vitimação pelo parceiro estará em maior risco para a recorrência desse abuso no período pós-separação, comparativamente às mulheres sem história prévia de abuso. Alguns estudos compararam inclusive a probabilidade de se experimentar violência consoante o estado civil da mulher. Concluíram justamente que, comparativamente às casadas, as mulheres solteiras registavam uma probabilidade 2.1 vezes maior de experienciarem violência, as mulheres divorciadas 2.5 vezes mais probabilidade e as mulheres separadas 6.5 vezes mais probabilidade de experimentar o abuso do parceiro (Kershner *et al.*, 1998, cit. Walker *et al.*, 2004). Tudo isto pode suceder independentemente do facto de algumas mulheres, após a saída, se poderem sentir mais seguras.

A literatura documenta que, de facto, a agressão no contexto da separação não é incomum. Segundo Fleury e colaboradores (2000), uma em cada cinco mulheres separadas é agredida pelo parceiro. Em 35% destes casos, a violência que ocorria antes aumentou após a separação. Também um estudo de Hotton (2001, cit. Walker *et al.*, 2004) aponta que, de todas as mulheres que reportavam separações violentas, 24% declararam que essa violência era mais severa durante o período de separação, 37% declararam que o grau de violência experimentado era semelhante ao exercido durante a relação e 39% declararam que foram agredidas pela primeira vez durante a separação. Uma outra investigação promovida também por Hotton (1991, cit. Walker *et al.*, 2004) sustenta que 95% das mulheres após a saída de uma relação abusiva continuavam a experimentar violência psicológica do ex-parceiro e 39% sofriam violência física continuada nesse mesmo período. daquelas que experimentaram violência física durante a separação, 85% experimentaram incidentes múltiplos de agressão. Uma outra investigação desenvolvida por Arendell (1995, cit. Walker *et al.*, 2004) com agressores conjugais documenta também essa continuidade da violência contra a mulher: 50% dos homens divorciados que participaram no estudo admitem ter usado ameaças e/ou

violência física contra a parceira depois da separação: 40% violência física directa; 10% violência indirecta (por exemplo através da ameaça do seu uso).

De modo análogo, nas múltiplas trajectórias típicas de sair e regressar mais tarde à relação (que serão discutidas adiante detalhadamente), algumas mulheres apercebem-se que voltar para o parceiro envolve um aumento da intensidade e da gravidade da violência (LaRossa & Wolf-Smith, 1992, cit. Vaughn & Stamp, 2003).

Durante a separação de um parceiro abusivo, para além da manutenção da violência que já ocorria antes, pode haver ainda lugar para novas modalidades de vitimação. Efectivamente, as estratégias do agressor podem multiplicar-se durante essa fase (e.g., intimidação física, verbal, *stalking*, ameaça de uso de violência sobre outros próximos da vítima, actividade sexual forçada). A vitimação psicológica pode igualmente intensificar-se nesse período. Uma condição persistente dessa forma de violência surge precisamente documentada numa investigação com parceiros abusivos envolvidos num programa de intervenção: 75% dos homens admitiam ter agredido de alguma forma a sua parceira no período de 15 meses de *follow-up* e o abuso verbal continuou a ser exercido por 44% dos participantes até ao final do período de *follow-up* (Gondolf, Heckert & Kimmel, 2002, cit. Walker *et al.*, 2004).

A separação foi inclusive identificada na literatura como um momento de risco para a ocorrência de violência grave e geradora de dano letal (cf. Logan & Walker, 2004). Vários estudos documentam que entre 21 a 70% das vítimas dos homicídios femininos estavam separadas dos seus parceiros na altura em que foram mortas. Nalguns casos, o homicídio da vítima era entendido como a derradeira forma de a controlar (Walker *et al.*, 2004). Wilson e Daly (1993, cit. Holtzworth-Munroe *et al.*, 1997) compararam as taxas de homicídio conjugal entre casais em situação de coabitação e casais separados e concluíram que em três países (Austrália, Canadá, E.U.A.) as mulheres estão em muito maior risco (duas a quatro vezes mais) de serem mortas pelos seus parceiros no seguimento de uma separação do que quando vivem com um parceiro agressor.

A relação entre a decisão da separação e a violência é, porém, muito complexa (Fleury *et al.*, 2000). As conclusões apresentadas pelos estudos mostram que as intenções que podem presidir à agressão do parceiro no contexto da separação são de várias ordens: a agressão pode ser uma forma de evitar a saída da mulher, de retaliar pela separação ou de a forçar a regressar; pode representar uma tentativa de ganhar ou

readquirir poder face a esta ou puni-la por terminar a relação (Mahoney, 1991, cit. Fleury *et al.*, 2000). No mesmo sentido, Walker e colaboradores (2004) documentam, a partir de vários estudos, que a continuidade da violência após a separação pode ser motivada pelo facto do parceiro pretender evitar uma ruptura definitiva, ambicionar a reconciliação, desejar vingar-se da decisão da mulher, pretender manter o controlo sobre a parceira (e.g., recorrendo aos filhos e familiares). Na perspectiva dos autores, o parceiro pode ainda evidenciar uma menor capacidade de inibir a agressividade durante essa fase.

Para além das repercussões nas mulheres vítimas (e.g., extensão do medo e da insegurança), muitas vezes os filhos também não são poupados nesta fase pós-separação. Os estudos concluem que estes assistem aos incidentes (Buchanan & Heiges, 2001, cit. Walker *et al.*, 2004) e/ou presenciam disputas sobre a sua custódia ou escutam ameaças à sua integridade física (Mechanic *et al.*, 2000, cit. Walker *et al.*, 2004). Os estudos sugerem ainda que a gestão das visitas e do poder paternal constituem para alguns ex-parceiros agressores oportunidades para continuar a pressionar a parceira e prolongar o conflito (cf. Walker *et al.*, 2004). Newmark, Harrell e Salem (1995, cit. Walker *et al.*, 2004) documentam justamente esse fenómeno: 38% de uma amostra de mulheres que disputavam o poder paternal e as visitas relativas aos filhos afirmavam experienciar violência severa exercida pelos ex-companheiros nessas alturas. Quando comparadas com mulheres que não eram abusadas, estas mulheres temiam mais um eventual dano futuro e receavam mais exprimir desacordo face ao ex-parceiro devido a eventuais repercussões. Na perspectiva de Logan e Walker (2004), todos estes factores contribuem para aumentar as preocupações da mulher, podem condicionar de forma significativa o seu ajustamento à condição da separação (e.g., medo, insegurança) e inclusive comprometer a sua capacidade de manter essa mesma separação.

Apesar de tudo, e embora nesta fase as mulheres possam contactar com várias instituições para obter ajuda, a atitude de não denúncia parece prevalecer entre as vítimas (Walker *et al.*, 2004), contribuindo para que os incidentes violentos ocorridos após uma separação não tenham expressão significativa, a não ser nos casos letais.

Neste âmbito, há uma outra dinâmica que importa destacar: o facto do medo ser um denominador comum às narrativas das mulheres que decidem sair das relações onde são vitimadas pode ajudar a explicar quer o mal-estar psicológico da mulher, quer as atitudes de não denúncia face à continuidade da violência. O medo é, de facto, algo que as mulheres conhecem bem, acompanha-as normalmente durante a relação abusiva.

Segundo Hydèn (1999), o medo trata-se de uma resposta quase que automática/reflexa quando se convive diariamente com a violência. O agressor apercebe-se disso até porque o medo viabiliza a sua posição de domínio. A forma como cada mulher experiencia o medo é única a vários níveis, podendo o seu efeito expressar-se de múltiplas formas (e.g., silêncio, “paralisia” comportamental, acção, resistência). Como descreve a autora, trata-se de um medo duradouro, crónico, que não é fácil de explicar. Para Hydèn (1999), o medo constitui-se também como uma das experiências mais significativas do processo de ruptura relacional, seja esta breve ou definitiva. Na sua perspectiva, a saída significa, na maioria das vezes, o insucesso da mulher em atingir o seu objectivo: levar o marido a mudar a sua conduta. É esta falta de oportunidade para o influenciar e a falta de controlo sobre as consequências da ruptura que constituem os principais motivos de medo durante a separação.

Porém, para a autora, os discursos do medo podem não representar apenas aquilo que perturba as mulheres que experimentam a violência do parceiro. A partir de um estudo realizado na Suécia, através de seis momentos de entrevista, realizados no período de dois anos, com dez mulheres que saíram de relacionamentos abusivos, a autora caracterizou o medo nas suas diferentes mutações. Em síntese, na perspectiva da autora podemos perceber as narrativas de medo de duas formas: como narrativas de sofrimento, que revelam os custos envolvidos na ruptura da relação ou, em alternativa, como narrativas de resistência, ou seja, como indicadores do desejo e da capacidade das mulheres para resistir. Para Hydèn (1999), e embora a resistência esteja muitas vezes associada à acção, falar do medo pode também ser uma manifestação de resistência. O medo pode constituir-se, assim, como uma forma de poder permitindo à mulher, por exemplo, perceber que pode suceder algo que esta não deseja. Aliás, segundo a autora, o medo contém um conhecimento, nem sempre articulado, daquilo que se quer e daquilo que não se deseja. Se uma mulher for apoiada na articulação dos seus medos, então será possível que esta actue, oferecendo uma resistência activa. Segundo Hydèn (1999), o que acontece muitas vezes, é que quando as mulheres resistem, assumindo por exemplo a ruptura da relação, a imagem que detinham do marido e do próprio medo altera-se. Durante a relação, o medo está associado à imagem do parceiro como onnipotente e onnipresente. Na fase da ruptura, o medo pode significar uma forma de protecção. O facto da mulher perceber, nessa fase, que é capaz de lidar com o medo permitir-lhe-á ser capaz de gerir a sua vida, cujas oportunidades durante algum tempo estiveram limitadas.

Em síntese, a partir de estudos com vítimas e agressores, conclui-se que a violência pós-separação é uma realidade comum a muitas mulheres, pode ser expressa de várias formas e pode assumir repercussões graves para a sua vida.

2.3.3. Implicações práticas para os processos psicoterapêuticos

A análise produzida sobre o ajustamento psicológico e a continuidade da violência, na fase de saída da relação, traz implicações para a intervenção. Os vários estudos já referenciados permitem-nos desafiar a ideia de que a violência é “apenas uma fase má num determinado casamento”: observámos que a violência não só poderá estar presente antes, durante mas também após o casamento, podendo repercutir-se em inúmeras dificuldades acumuladas para as mulheres.

Na perspectiva de Walker e colaboradores (2004), o alheamento ou a não percepção das dificuldades experimentadas pelas mulheres abusadas na fase da separação pode conduzir os diferentes profissionais de ajuda (e.g., saúde, psicologia, polícias) a interpretações e intervenções inadequadas (e.g., interpretações erróneas acerca das suas capacidades maternas pelo facto de estar comprometida do ponto de vista da sua saúde física e mental).

Vários dos estudos apontados salientam, aliás, a importância do apoio psicológico especializado em momentos como a gestão dos maus tratos, a decisão de sair e a gestão da fase posterior a esse momento.

Assim, a partir de um entendimento integrado da vitimação e da separação é, pois, possível avançarmos com algumas reflexões acerca da intervenção psicoterapêutica nessas fases, independentemente da abordagem teórica utilizada.

Se a mulher procura a psicoterapia no momento em que decide separar-se do parceiro, o espaço psicoterapêutico pode permitir reconstruir alguns significados associados a essa fase (e.g., sobre a relação, a saída, o divórcio), reapreciar continuamente as suas necessidades, avaliar as vantagens/riscos dessa opção, reforçar a sua intencionalidade e a legitimidade das suas escolhas, habilitar e promover os recursos (pessoais, contextuais) e favorecer a capacidade de resiliência da mulher.

Em simultâneo, o processo psicoterapêutico deve possibilitar uma gestão eficaz do medo. Na fase de separação, e pelo que foi referido a propósito da continuidade da violência, pode por exemplo ser importante recordar e reforçar as estratégias que a

mulher utilizou anteriormente em prol da sua segurança e dos seus filhos (Browne, 1998, Hamby *et al.*, 1997, cit. Walker *et al.*, 2004). Muitas das formas de protecção que a vítima alcança dependem sobretudo de si própria, embora muitas vezes sejam auto-limitadoras e não propriamente limitadoras do agressor.

De qualquer modo, na fase da ruptura relacional, a avaliação continuada do risco, associada ao apoio na tomada de uma decisão emergem, muitas vezes, como momentos de grande relevância nos processos psicoterapêuticos (Martin, Berenson, Griffing, Sage, Madry, Bingham & Primm, 2000).

É ainda importante o(a) psicoterapeuta actualizar as necessidades da cliente, estar atento aos diferentes desafios com que ela se confronta nessa fase particular (e.g., regulação do poder paternal), bem como às frustrações que esta vai experimentando no contacto com outros serviços (Walker *et al.*, 2004). O seu papel envolve também ajudá-la a gerir esse tipo de obstáculos.

Os dados reflectidos sobre o prolongamento da violência reforçam também a ideia de que uma actuação combinada das diferentes instituições de apoio (e.g., justiça, psicoterapia) poderá ajudar esta população a superar mais facilmente essa fase da separação. Embora sejam as próprias mulheres que deverão decidir manter ou sair da relação, a sociedade e os técnicos devem acautelar a existência de recursos que facilitem essas tomadas de decisão.

2.4. Sair e regressar à relação abusiva: entendimentos diferentes para uma trajectória típica

Como já dissemos noutras partes deste trabalho, a saída de um relacionamento abusivo muitas vezes não é definitiva. A saída definitiva requer, frequentemente, numerosos actos intermédios de sair e regressar (Werner-Wilson *et al.*, 2000). Martin e colaboradores (2000) afirmam inclusive que «nas mulheres que saíram de relações violentas há um risco significativo destas voltarem a esses relacionamentos no futuro» (p. 109). Esta ideia está fundamentada em várias evidências empíricas que mostram o quão habitual são as várias tentativas preliminares de separação por parte da mulher antes de uma saída definitiva ter lugar (Schutte *et al.*, 1988, cit. Martin *et al.*, 2000; Okun, 1986). A investigação sugere que as mulheres, em média, fazem entre três (e.g., Walker, 2004, Lerner & Kennedy, 2000) a sete tentativas (e.g., National Coalition

Against Domestic Violence, 1994, cit. Vaughn & Stamp, 2003; Okun, 1996, cit. Zoellner *et al.*, 2000) para sair da relação abusiva antes de o fazer definitivamente com sucesso. Outras investigações estimam que metade de todas as tentativas de saída de uma relação abusiva resulta posteriormente na união com o agressor (e.g., Hilbert & Hilbert, 1984; Strube, 1988, cit. Martin *et al.*, 2000). Os estudos apontam ainda que, para além da probabilidade de regresso à relação ser significativa, esse regresso parece estar inversamente associado ao número de separações anteriores (e.g., Schutte *et al.*, 1988, cit. Martin *et al.*, 2000). Por outras palavras, as histórias relacionais que incluem poucos antecedentes de separação/união registam um maior risco de novos regressos à relação. Estes dados reflectem, portanto, que o processo de mudança pode conhecer ciclos em torno da separação/união.

Apesar de comuns a estas histórias e percursos, os regressos (temporários ou não) à relação são concebidos de diferentes formas pelos autores (cf. Anderson & Saunders, 2003). Para alguns (e.g., Burke *et al.*, 2001; Lerner & Kennedy, 2000), tais evidências mostram apenas que as mulheres prosseguem e retrocedem antes de atingirem o sucesso, designadamente a cessação total da violência. Outros autores consideram os regressos problemáticos, no sentido em que estes expressarão a incapacidade da mulher para manter a sua decisão e/ou a sua relutância em se separar do parceiro que é abusivo (e.g., Lesser, 1990; Rounsaville, 1978; Strube & Barbour, 1983). Por seu turno, outros autores entendem esses regressos como períodos normais (e.g., Anderson & Saunders, 2003) ou momentos esperados de alguma ambivalência e hesitação (Martin *et al.*, 2000). Outros, por sua vez, sublinham a relevância destes “enredos” já que entendem que as múltiplas separações que estas vítimas frequentemente protagonizam são indicadores de persistência, de esforços significativos da vítima em direcção à cessação do abuso e a uma última saída (e.g., Gondolf & Fisher, 1988; Martin *et al.*, 2000). Por exemplo, Okun (1986, cit. Holtzworth-Munroe *et al.*, 1997) descreve estas trajectórias de separação/coabitação protagonizadas pelas mulheres, «não como uma luta de avanços e recuos num equilíbrio estático, mas antes como um progresso gradual e evolutivo em direcção à mudança, a qual pode incluir o término da relação» (p. 118). Nesta última perspectiva, as separações temporárias parecem dar à mulher autonomia e auto-confiança para uma decisão mais definitiva, embora a literatura sustente que muitas vezes é necessário ocorrer uma última agressão até que esta decida fazê-lo (e.g., Rosen & Stith, 1997). Para o mesmo autor, mesmo que se tratem de transições breves

no tempo, o que parece acontecer é que no espaço que decorre entre a saída e o regresso à relação, a mulher não só pode desenvolver novas estratégias face ao abuso, como também poderá adquirir um sentimento de mestria e auto-eficácia que lhe permitirá ir desvinculando-se do parceiro e com maior probabilidade alcançar no futuro uma separação permanente. O ciclo de sair e ficar é, pois, entendido nesta perspectiva como uma oportunidade em si mesma para a mulher, e não de todo um sinal de fracasso ou de insucesso.

Para Kirwood, o facto de sair e voltar sucessivas vezes é, frequentemente, resultado do difícil distanciamento face ao agressor. Estas trajectórias de sair e voltar são, em seu entender, parte de um processo em espiral: «...através do acto da saída, a mulher percebe que é capaz de sair. Esta experiência associada à sua história passada com parceiro agressor, dar-lhe-ão uma perspectiva diferente sobre a progressão do abuso, e apesar do seu regresso, ela não estará tão próxima do centro da espiral como estava antes de experimentar a saída» (1993, p. 65).

Existem também diferentes perspectivas acerca dos factores e processos que fundamentam as trajectórias cíclicas em torno da separação/união. A literatura documenta que determinados elementos desempenham um papel central nas escolhas das mulheres que lidam com parceiros abusivos, tais como a análise de risco potencial e as vantagens associadas aos diferentes cursos de acção (e.g., Davies *et al.*, 1998, Dutton, 1996, cit. Martin *et al.*, 2000). Um estudo desenvolvido por Martin e colaboradores (2000) analisou justamente dois desses aspectos - a firmeza da decisão e a avaliação do risco -, a partir de uma amostra de mulheres (n = 70) que experimentaram violência, que tinham saído da relação e que estavam no momento acolhidas numa casa-abrigo. Concluíram que as participantes percebiam ter uma menor probabilidade de regressar à relação do que aquela que julgavam ter a “maioria das mulheres que sofrem maus tratos”. Por outras palavras, apesar de estarem conscientes da presença desse ciclo, não o aplicavam a si próprias ou às suas situações de vida. As mulheres mais vulneráveis a um regresso (por factores como a duração da relação, o número de separações anteriores), também não se percebiam com estando em risco de tal vir a suceder. A partir destas evidências, os autores concluem que a expectativa das mulheres de permanentemente porem fim às suas relações abusivas está frequentemente contaminada por um optimismo irrealista. Na perspectiva dos autores, muitas das mulheres que vivem o processo de separação menosprezam os obstáculos que podem

surgir, circunstância esta que as poderá impedir de transformar aquela numa saída definitiva. Uma das conclusões mais interessantes deste estudo é que a ambivalência não é necessariamente prejudicial. Se gerida eficazmente pode até ser um ingrediente fundamental para promover a capacidade da mulher para superar obstáculos e viabilizar uma saída permanente da relação.

Por sua vez, no entendimento de Walker e colaboradores (2004), as mulheres que retornam à relação sucessivas vezes após a saída são, provavelmente, aquelas que enfrentam mais obstáculos à manutenção da sua decisão (e.g., rendimentos económicos baixos, pouco suporte social, um grande número de filhos, ex-parceiros muito violentos). Também Martin e colaboradores (2000) fazem referência a vários estudos em que a limitação de recursos económicos representa um factor de risco objectivo para o regresso à relação abusiva.

Anderson e colaboradores (2003), num estudo com 485 mulheres que permaneciam em casas-abrigo nos E.U.A., referem que os motivos que podem levar a mulher a permanecer numa relação abusiva são exactamente os mesmos que a podem fazer regressar após uma saída, designadamente factores externos à vítima: falta de recursos financeiros (45,9%), falta de um local onde permanecer (28,5%), escassez de apoio por parte da polícia (13,5%). Para os autores, trata-se, no essencial, de obstáculos que impedem a sua protecção. Explicam os resultados encontrados, afirmando que na ausência de uma protecção efectiva, é concebível que estas mulheres acabem por atender às desculpas e às promessas de mudança do agressor, caracteristicamente veiculadas. Os autores reconhecem que outras condições podem igualmente motivar os sucessivos regressos, tais como o desejo de alcançar apenas uma separação breve (Anderson & Saunders, 2003) ou mesmo a presença de determinados factores intrínsecos à mulher (e.g., dificuldade em afastar-se emocionalmente do ex-parceiro, acreditar que relacionamentos saudáveis não existem).

Algo que a literatura também salienta é que, em função dos múltiplos regressos, é habitual que a família, os amigos e os profissionais relatem sentimentos de frustração, decepção, angústia, cepticismo, descrença e até alguma revolta face a estas (e.g., Dutton, 1995, Hendricks-Mathews, 1992, Labell, 1979, cit. Lerner & Kennedy, 2000). Estas reacções podem levar ao comprometimento do suporte social no futuro, designadamente noutras ocasiões em que a mulher decida tentar uma nova saída.

2.5. Síntese crítica sobre a saída da relação abusiva

A saída de uma relação abusiva é, como já reflectimos, uma das mais difíceis e complexas decisões que a mulher tem que enfrentar (LaViolette & Barnett, 2000). É consensual na literatura que se trata de um processo comum entre as mulheres abusadas, frequentemente construído de forma prolongada, durante anos, e na maioria das vezes os reajustamentos necessários são contínuos e de múltipla ordem. Anderson e Saunders (2003) referem que, muitas vezes, a saída física é antecedida pela “saída” cognitiva e emocional.

Uma ideia fundamental a sublinhar é a de que a saída é um indicador de sucesso sempre que daí resultar um bom ajustamento psicológico da mulher e uma efectiva interrupção da violência pelo parceiro. Entendemos que apenas nessa perspectiva, saída e êxito na mudança podem ser sinónimos.

Como observámos, essa mudança bem sucedida para uma condição de vida não violenta pode conhecer vários ciclos em torno da separação/união. A propósito dos regressos à relação, julgamos que o recurso à metáfora da “recaída” ou do “retrocesso” pode significar uma não legitimação dessa opção pela mulher. Isso negligencia o facto dos regressos poderem ser motivados por diversas razões, algumas certamente inquietantes (e.g., não acreditar em relações saudáveis, não ter onde ficar, não conseguir manter a sua segurança pessoal), mas também pode ser motivados por razões válidas: o desejo de uma separação apenas temporária, aferir a mudança verbalizada pelo parceiro, não pretender afastar-se definitivamente dele (e.g., quando este revela mudanças objectivas na sua atitude face à parceira).

Outro dos aspectos que ressalta da literatura é o facto dos factores que motivam a permanência, a saída e os regressos da mulher à relação serem idênticos. Entre eles destacam-se os recursos externos à mulher (e.g., financeiros, materiais, legais, habitacionais). Consideramos que uma leitura estática e determinista desses factores é simplificadora dos processos envolvidos na ponderação da mulher acerca de ficar, sair ou regressar à relação. Se assim fosse, a mudança seria uma questão de disponibilização de recursos objectivos à mulher. Como já dissemos, muitas vezes esses recursos estão presentes (e.g., em mulheres de nível socio-económico alto) e não é por essa circunstância que essas mulheres deixam de ficar, sair e/ou regressar às relações

abusivas. Por exemplo, noutros países da União Europeia muitos desses recursos estão acessíveis para a generalidade das mulheres abusadas. Nesses países, não é pelo facto de haver protecção policial, apoios financeiros e habitacionais que as mulheres deixam de fazer as mesmas escolhas (e.g., regressos, reconciliações) que fazem as mulheres de países onde tais recursos não são perceptíveis. Não podemos explicar todas estas decisões simplesmente a partir da existência de factores objectivos, estruturais que num determinado momento são, sem dúvida, facilitadores e noutras circunstâncias obstáculos. Se o admitíssemos, seria aceitar que as mulheres não têm uma verdadeira escolha face a um relacionamento abusivo, sendo as suas alternativas determinadas pela existência de certas condições objectivas. Esses argumentos são insuficientes para se perceber os vários processos envolvidos nestas situações (e.g., a cedência da mulher face às promessas de mudança do parceiro). Provavelmente esses factores são aqueles que os estudos mais facilmente captam. Interessa, no futuro, dar mais relevo aos factores associados à mulher (e.g., significados das suas decisões), à relação (e.g., satisfação, vinculação) e às questões sócio-culturais (e.g., valores acerca do casamento, do divórcio, dos relacionamentos íntimos, do género) quando se estuda a saída da relação.

Para além disso, a literatura sobre o tema da saída da relação produz poucas considerações para além da separação física, embora o processo de saída envolva muitas outras dimensões (Anderson & Saunders, 2003) e seja muito mais complexo do que essa definição faz entender. Queremos com isto dizer que, se centrarmos a atenção apenas no acto de sair, as mudanças mais subtis (e.g., ao nível dos significados, dos pensamentos, das emoções) são esquecidas. Uma análise mais qualitativa desses momentos poderia ajudar-nos a perceber melhor os complexos processos subjacentes a estas dinâmicas de sair/ficar.

Julgamos que ficar, sair, regressar são talvez movimentos de mudança que acontecem ininterruptamente, numa ou noutra direcção, e não meros factos ou acontecimentos de um percurso. Os motivos que desencadeiam cada um deles podem ser múltiplos, assim como as consequências que daí resultam.

III. Reflexão final acerca dos dados empíricos sobre a cessação da violência

Como vimos, os estudos disponíveis sobre a mudança na mulher, a cessação da violência e a saída da relação proporcionam-nos sobretudo o retrato desses momentos e não tanto os processos que lhes estão subjacentes. Nesse sentido, existe o risco de se extrair variáveis de certa forma descontextualizadas da trajetória de vida das pessoas. Por outro lado, as questões diádicas e culturais estão quase sempre alheadas da discussão em torno desses temas, na forma como interferem na decisão de mudar, de cessar a violência, de sair ou de regressar à relação.

Talvez isso seja o reflexo do facto da investigação acerca da cessação da violência assinalar uma bifurcação (Anderson & Saunders, 2003): de um lado, dispomos dos estudos cujo foco é na dinâmica sair/ficar e, de outro, os estudos centrados no processo de saída. Depois de apresentarmos as principais conclusões que resultam desses dois campos de pesquisa, iremos reflectir sobre as vantagens e limitações de cada um desses domínios.

Importa desde logo mencionar que os estudos sobre *sair/ficar* numa relação abusiva tiveram o mérito de ajudar a perceber os complexos factores envolvidos nestas decisões, desafiando a ideia de que tal estaria apenas dependente da personalidade ou do carácter da vítima, como outrora se pensava. Os estudos apresentados demonstram empiricamente essa complexidade, os múltiplos desafios e obstáculos que as protagonistas de tais decisões enfrentam (Anderson & Saunders, 2003), o que ajuda a compreender porque é que algumas mulheres permanecem tanto tempo na relação abusiva. Ajudam-nos, ainda, a perceber os factores de risco com que se confrontam as mulheres que se separam de um parceiro abusivo.

Todavia, os estudos com esse foco encerram um conjunto de problemas conceptuais: a) entender a decisão de sair como significando o sucesso na cessação da violência não corresponde à realidade; b) sair não pode ser entendido como um acontecimento que se baseia unicamente numa decisão; tipicamente, há um conjunto de decisões e de acções subjacentes; c) através da sua ênfase nas mulheres que não saíram da relação ou que tentam continuamente fazê-lo sem sucesso (e.g., “recaído”), alguns destes estudos pode contribuir para reforçar o estereótipo da imagem da mulher vítima como passiva, tolerante ou incapaz (Anderson & Saunders, 2003). Como enunciámos,

nem todos os investigadores que desenvolvem trabalhos neste domínio percebem que esses processos podem ser o resultado da intencionalidade da mulher que pode optar por sair, como pode escolher voltar à relação.

Por sua vez, as investigações que se centram no processo de saída da relação, na sua maioria estudos qualitativos, ao sublinharem a intencionalidade da mulher, têm o mérito de desafiar o estereótipo desta como passiva. Transmitem uma imagem de diversidade ao documentarem as múltiplas formas através das quais as mulheres abusadas tentam reorganizar as suas vidas (Anderson & Saunders, 2003). A partir desta perspectiva, percebe-se também que a reorganização e a manutenção da sua independência pode ser uma questão de tempo após uma separação definitiva.

Contudo, também este tipo de estudos conhece limitações, nomeadamente metodológicas. De acordo com Anderson e Saunders (2003), a maioria baseia-se em *designs* retrospectivos (*vs.* longitudinais), em procedimentos de amostragem não aleatória (e.g., participantes recrutadas em casas-abrigo ou grupos de mulheres) e envolve mulheres que deixaram definitivamente as relações onde eram abusadas.

Por outro lado, nestes trabalhos existem também limitações conceptuais. De acordo com os mesmos autores, uma parte das explicações para a mudança são internas à própria vítima. Ou seja, para explicar o processo de saída e as decisões das mulheres em direcção à cessação do abuso, os estudos qualitativos baseiam-se em factores individuais, nem sempre atendendo a certos constrangimentos estruturais que muitas vezes as mulheres também enfrentam, tal como os estudos acerca de sair/ficar tanto reforçam. De facto, a maioria dos modelos (e.g., sobre a mudança) sugere que a saída de uma relação abusiva depende, quase exclusivamente, de mudanças ao nível do significado subjectivo da situação para a mulher. Por outras palavras, reforçam a ideia de que é a sua transformação em actores reflexivos que lhes permite sair de uma relação deste tipo (e.g., Mills, 1985, cit. Wuest & Merrit-Gray, 1999). Outros autores, enfatizam a dimensão da aprendizagem sobre os relacionamentos abusivos como forma das mulheres se libertarem de uma relação deste tipo (e.g., Landerburger, 1998). Ora, é necessário que na prática se atenda igualmente aos recursos externos, aos factores diádicos e às forças macrossociais que, muitas vezes, contribuem para a continuada vitimação da mulher, nomeadamente através da sua estigmatização se esta decidir separar-se.

Outra falácia que pode ressaltar destes estudos é a de que a única forma de uma mulher mudar ou readquirir intencionalidade nas várias dimensões da sua vida é saindo da relação onde é abusada. Como já discutimos antes, por vezes, este tipo de estudos transmite a ideia de que a saída é positiva (êxito) e de que ficar é pouco salutar, algo associado a uma certa debilidade. Ora, este tipo de teorização é desajustada pelos vários motivos já amplamente reflectidos. Mais ainda se intervirmos com mulheres que experimentam formas menores de violência e que procuram atingir uma condição de não-violência preservando a relação íntima (Peled *et al.*, 2000, cit. Anderson & Saunders, 2003).

Outra das lacunas destes estudos é a pouca atenção que dedicam à fase pós-separação. Anderson e Saunders, a partir de uma revisão de estudos qualitativos sobre o processo de saída, destacam que em vinte e oito investigações nesta direcção, apenas sete se dedicaram nalguma fase ao período pós-separação. Salvo raras excepções (e.g., Wuest & Merrit-Gray, 1999), é como se estes estudos ignorassem ou negligenciassem esta fase. Segundo os autores, talvez isso suceda pelo facto de alguns destes estudos insistirem demasiado em transmitir uma imagem da mulher com poder e esse período é, habitualmente, caracterizado por muitas dificuldades. Portanto, neste tipo de pesquisas é como se o processo de saída terminasse abruptamente na fase da separação física do agressor, esquecendo-se a possibilidade da violência continuar ou de a mulher se poder confrontar com outros obstáculos ou dificuldades, como os estudos sobre sair/ficar sustentam. Por tudo o que foi dito anteriormente, sabemos que esta fase pós-separação pode ser particularmente determinante na manutenção da independência face ao agressor e no ajustamento psicológico da mulher.

De acordo com Walker e colaboradores (2004), a investigação neste domínio enfrenta ainda outros desafios, tais como: a necessidade de mais investigações sobre a forma como se reflectem os diferentes tipos de relação (e.g., coabitação, conjugalidade) no momento da separação; necessidade de um maior esforço no desenvolvimento e na avaliação de intervenções dirigidas especificamente a mulheres que se separam em contextos de violência.

Por último, a par das investigações dirigidas para a decisão sair/ficar e para o processo de saída, há outros domínios a desenvolver.

Seria, por exemplo, importante desenvolver mais pesquisas sobre a forma como as mulheres experienciam a interrupção do abuso sem precisarem de se afastar do parceiro, assim como estudos de *follow-up* desses casos.

Os estudos disponíveis mostram que as consequências da violência, durante a relação e/ou após a saída, variam consoante as mulheres, designadamente no seu nível de bem-estar psicológico, embora expostas a dificuldades similares. Isso mostra, mais uma vez, que esta população não é homogênea (Anderson & Saunders, 2003). Por isso, seria também importante investigar melhor os factores de resiliência que permitem a algumas mulheres proteger ou preservar a sua condição psicológica, apesar coabitarem com a adversidade da violência. São escassos os trabalhos nesse domínio, salvo raras excepções (e.g., Werner-Wilson, Zimmerman & Whalen, 2000).

Finalmente, se percebermos melhor o que envolve viver uma relação abusiva e mudar, estaremos sem dúvida mais capazes de promover estudos mais relevantes e propostas de apoio mais úteis.

O próximo capítulo será, pois, dedicado à intervenção psicoterapêutica na mulher abusada.

Capítulo IV

PSICOTERAPIA COM A MULHER ABUSADA:

ESPECIFICIDADES, PROPOSTAS INTERVENTIVAS E ESTUDOS EMPÍRICOS

Síntese: Neste capítulo procuramos responder à questão *O que se tem feito na psicoterapia com a mulher abusada pelo parceiro?* Começamos por apresentar algumas especificidades inerentes a esses processos de apoio. De seguida, analisamos os diferentes formatos de intervenção psicológica nos maus tratos (individual, de casal, de grupo) e as principais propostas psicoterapêuticas, reflectindo sobre as respectivas potencialidades e limitações. Atribuímos particular ênfase aos modelos integrados de psicoterapia. Na última parte deste capítulo descrevemos os dados empíricos disponíveis resultantes da investigação psicoterapêutica neste domínio. Nesse contexto, e dada a ausência de estudos sobre o processo psicoterapêutico, destacamos os dados que decorrem dos estudos de resultados: *qual é o potencial das intervenções desenvolvidas no âmbito da violência íntima, nomeadamente com a mulher?*

I. Especificidades da intervenção psicológica com a mulher abusada

1.1. Revelação do abuso e características dos pedidos de apoio

Os motivos que levam as mulheres abusadas a pedir ajuda junto dos sistemas formais podem ser múltiplos. Num estudo sobre o que as move ($n = 105$) nessa direcção concluiu-se que, junto dos serviços em geral, a maioria das mulheres procura protecção, encontrar um local seguro, retirar o agressor de casa, aconselhar-se sobre como gerir as situações de violência, apresentar queixa ou receber tratamento médico para as lesões infligidas (Harris, Stickney, Grasley, Hutchinson, Greaves & Boyd, 2001).

Porém, os estudos também mostram que nem todas as mulheres que procuram apoio formal revelam de imediato a violência. Já referimos que (cf. capítulo I), das vítimas que em Portugal recorrem aos hospitais, 30% adopta uma postura de não denunciar a violência como motivo da consulta. Essa ocultação do abuso não é apenas uma realidade nacional. Vários estudos internacionais, referenciados por Rodriguez, Bauer, McLoughlin e Grumbach (1999), mostram que menos de 15% das utentes mencionam ter revelado o abuso aos profissionais de saúde ou ter sido questionadas acerca dele (e.g., Cataliso & Musicados, 1997; Friedman, Samet, Roberts, Hudlin, Hans, 1992; Plichta, Aduncas, Pliocena, 1996).

A inexistência de procedimentos estruturados (e.g., de avaliação) nos serviços de apoio pode estar também a inviabilizar a revelação de experiências desse tipo. Algumas evidências registam ainda diferenças no testemunho deste tipo de experiências consoante o tipo de procedimentos utilizados. Por exemplo, só 6% das mulheres que procuraram ajuda no contexto da terapia marital revelava a presença de violência pelo cônjuge num questionário escrito, por contraste com 44% que reportavam alguma forma de violência quando questionadas directamente (e.g., O'Leary, Vivian & Malone, 1992, cit. Walker *et al.*, 2004). Um outro trabalho salienta a importância dos procedimentos, da postura e do comportamento do profissional que atende a mulher (n = 105) no sentido em que tais condições interferem, de modo significativo, na forma como ela avalia esses contactos (Harris *et al.*, 2001).

Assim, o que parece acontecer é que, embora muitas mulheres possam ter o desejo de partilhar um acontecimento como este, nem sempre o contexto de ajuda cria condições facilitadoras para que uma revelação da vitimação tenha lugar. Se, pelo contrário, algumas condições estiverem reunidas (e.g., percepção de recursos de apoio efectivos, o facto do profissional saber questionar, saber intervir, manifestar preocupação com o seu bem-estar), a revelação pode ser facilitada.

Independentemente das circunstâncias em que ocorre, a denúncia de uma experiência abusiva junto de um profissional de ajuda é sempre um momento extremamente importante. Aquela revelação pode constituir-se como uma oportunidade única para se dar início a um processo que promova a mulher e a ajude a cessar a violência. Aliás, de acordo com Smyth e Pennebaker (2001), o acto de revelação (e.g., de uma experiência emocional, de um acontecimento traumático) pode, por si só, ser um poderoso momento terapêutico no sentido em que promove a construção de uma estrutura narrativa (e.g., coerência, organização, memória narrativa) e pode viabilizar o começo de um processo de mudança. Segundo os mesmos autores, o mero facto de falar ou escrever sobre acontecimentos traumáticos pode ainda repercutir-se em benefícios quer subjectivos, quer objectivos para a saúde da pessoa, nos domínios somático e psicológico.

No contexto de uma psicoterapia, pressupõe-se que o(a) cliente, não só reconheça a presença de um problema (embora não necessariamente o defina como abuso), como também seja capaz de o discutir com o(a) terapeuta (Smyth & Pennebaker, 2001).

Nesse âmbito, é cada vez mais expressivo o número de mulheres que, entre nós, procuram apoio psicoterapêutico para lidar com uma condição de maus tratos pelo parceiro, podendo isso acontecer em diferentes contextos (e.g., serviços de apoio à comunidade, serviços de saúde, casas-abrigo, O.N.G., I.P.S.S.). Por exemplo, na Unidade de Psicologia da Justiça, do total de pedidos de apoio realizados nos últimos anos (1998-2003), em contextos de vitimação (n = 209), 68 referem-se a processos no domínio da violência conjugal (32,5%) (Matos, 2005a). Já no Gabinete de Estudos e Atendimento a Vítimas, na Universidade do Porto, as situações de violência conjugal referem-se a 25% do total de pedidos (Manita, 2005).

Estudos internacionais esclarecem que a maioria dessas solicitações acontece do âmbito de relações maritais. As mulheres em situações de coabitação ou namoro com menor probabilidade procuram ajuda para o abuso, quando comparadas com as mulheres casadas (e.g., Brownridge & Halli, 2001; Hutchison & Hirschel, 1998, cit. Walker *et al.*, 2004). Julgamos que essa diferença pode dever-se, por um lado, ao facto das primeiras, dado o carácter mais informal da relação, não reconhecerem igual legitimidade para pedir apoio junto das instituições. Por outro lado, as mesmas poderão enfrentar menos constrangimentos (e.g., jurídicos, sócio-culturais, psicológicos), conseguindo superar o problema sem ter que recorrer aos mecanismos formais de ajuda.

Além disso, poucas mulheres procuram apoio pelo facto de terem sido confrontadas pela primeira vez com uma situação de violência, por terem sofrido algum tipo de “micro-violência” (e.g., insulto, bofetada) ou, ainda, por experimentarem maus tratos de forma esporádica. A maioria procura apoio no âmbito de uma violência frequente e múltipla. Poderão fazê-lo por não tolerar mais essa condição de maus tratos continuados e/ou por não saber lidar com a intensificação da violência ao longo da relação (e.g., tentativa de homicídio pelo parceiro) e com os efeitos que daí decorrem. A ampliação da violência (e.g., para outros espaços ou a outros alvos - filhos) pode também fundamentar um pedido de ajuda. Outro factor que pode motivar a procura de ajuda profissional relaciona-se com a perda de esperança na mudança do parceiro agressor (Hathaway, Willis & Zimmer, 2002).

A procura específica do apoio psicoterapêutico pode ter múltiplas motivações: a mulher pode pretender acautelar a sua segurança, pôr fim à violência, lidar com os

efeitos dos maus tratos (e.g., medo, vergonha, culpa, sentimentos de incapacidade e desvalorização) e/ou ponderar outros percursos de vida afastada da violência e encontrar formas de os alcançar. Por outro lado, diversas expectativas podem presidir à procura desse tipo de apoio: i) algumas mulheres desejam que a violência do parceiro cesse mas querem manter o relacionamento; ii) outras pretendem ponderar as alternativas possíveis para interromper os maus tratos (inclusivamente sair da relação) mas julgam não conseguir fazê-lo sozinhas; iii) outras já tomaram a decisão da saída da relação e solicitam ajuda para a sua concretização; iv) outras ainda, apesar de separadas do cônjuge violento, procuram apoio pelo facto de se verem ainda confrontadas com a violência e/ou com os efeitos que decorrem de uma exposição prolongada ao abuso.

Importa ainda mencionar que os processos psicoterapêuticos com mulheres maltratadas pelo parceiro conhecem muitas peculiaridades que os distinguem dos demais. Observemos alguns exemplos: estas clientes vivem em contextos de grande adversidade; a própria psicoterapia pode ocasionar a retaliação do parceiro agressor; há frequentemente uma inquietação relativa à sua segurança e dos seus filhos; é habitual o confronto com múltiplas prioridades e dilemas complexos; exibem preocupações frequentes em torno da confidencialidade do seu testemunho, associadas ao medo do envolvimento judicial e das suas implicações. Além disso, o contacto com outras entidades que lhes prestam apoio (e.g., policiais, judiciais) resulta, muitas vezes, num sentimento de vitimação secundária.

Estes são alguns exemplos das várias dificuldades (e.g., pessoais, relacionais, contextuais, institucionais, sociais) que estas mulheres têm normalmente que enfrentar. A consciência desses obstáculos recomenda os terapeutas a alertar, desde o início, estas clientes para o facto da mudança ambicionada compreender uma postura persistente da sua parte num processo que é gradual.

Pelo que foi referido, a solicitação do apoio psicoterapêutico por parte da mulher abusada é, por si só, um processo e não um momento ou mero acontecimento. Isso poderá explicar, ainda que não completamente, porque é que muitas mulheres só procuram a psicoterapia vários anos após a instalação da violência (Lester, 1983, cit. Lempert, 1996).

1.2. Avaliação do risco como uma etapa indispensável da psicoterapia

Um dos propósitos da intervenção, dirigido sobretudo à segurança da mulher e à restrição de algumas das consequências mais graves da violência (e.g., dano severo, homicídio), é a avaliação do risco.

No domínio do abuso na intimidade, a maioria dos autores define *risco* como a probabilidade de alguma forma de violência poder ocorrer no futuro.

Estabelecer a avaliação do risco como uma das primeiras preocupações quando se trabalha com esta população resulta das inúmeras evidências disponíveis na literatura que denunciam uma elevada reincidência de violência na esfera da conjugalidade (25 a 50%) (cf. Dutton & Kropp, 2000). O facto da maioria dos casos envolver a coabitação ou o acesso fácil à vítima reforça ainda mais essa precaução. De igual modo, a possibilidade de ocorrência de agressões graves (e.g., risco de homicídio de um dos parceiros), inclusive em contextos de relação não-maritais (e.g., Mouzos & Shackelford, 2004), corrobora essa necessidade.

Portanto, qualquer que seja a perspectiva terapêutica adoptada, a avaliação do risco envolvido é antes de mais um imperativo ético.

Nesse âmbito, uma das primeiras funções do psicoterapeuta passa por despistar a presença dos factores de risco para a ocorrência de agressões muito graves (e.g., tentativas de homicídio, agressão com objectos perigosos, agressões com uso de arma).

A partir do discurso da mulher, pode-se tentar aferir algumas das características do abusador. A informação disponibilizada nesse contexto pode ser crucial para a apreciação da conduta passada do parceiro agressor, das suas atitudes, da sua personalidade e ajustamento psicológico e, em última análise, ajudar na ponderação adequada e eficaz do risco (Gondolf, 2001; Weisz *et al.*, 2000, Witthmore & Kropp, 2001, cit. Kropp, 2004). Interessa, sobretudo, avaliar os elementos que estão associados a uma maior letalidade e ao carácter imprevisível das manifestações violentas do agressor, tais como o consumo de substâncias (álcool e/ou drogas) por parte deste, a sua história de violência para com outros agentes e/ou a presença de psicopatologia ou desordens de personalidade (cf. Campbell, 1995). A presença de múltiplos factores pode indiciar um risco elevado para a ocorrência de agressões graves no futuro (Riggs *et al.*,

2000).

Em complementaridade, é importante promover a auto-apreciação do risco pela cliente (e.g., grau de medo e de intimidação percebido). Esta capacidade das vítimas para estimar o risco em que estão envolvidas tem sido alvo da atenção de alguns investigadores. Contudo, não existem grandes consensos. Alguns autores (e.g., Riggs *et al.*, 2000) reforçam a ideia de que a percepção de risco pela própria mulher é um importante preditor de violência futura, pelo menos entre as mulheres cujos parceiros foram condenados. Por sua vez, outros trabalhos sustentam que nem sempre a sua avaliação é correcta, podendo mesmo existir uma tendência das vítimas para minimizar o próprio risco (e.g., Martin *et al.*, 2000). Estas reflexões reforçam a necessidade do psicoterapeuta ajudar a mulher a estimar o risco pessoal em que está envolvida de forma eficaz e, o mais possível, actualizada. A avaliação numa base de continuidade, quer do risco, quer de outras necessidades (e.g., problemas que possam estar a co-ocorrer ao nível da saúde), justifica-se pelo facto da condição de vida destas mulheres poder alterar-se a qualquer momento, nomeadamente daquelas que vivem ou projectam uma separação (Davies *et al.*, 1998, cit. Walker *et al.*, 2004).

Integrar esta avaliação no âmbito das intervenções com a mulher pode, por si só, validar uma experiência de vitimação e ajudar a moderar os efeitos adversos (e.g., medo) que estas relações envolvem (Walker *et al.*, 2004). Essa avaliação do risco deve portanto integrar a psicoterapia, não só no caso em que a relação (marital ou não-marital) prevalece, mas também nas situações em que a relação está prestes a ser interrompida ou mesmo quando já ocorreu a separação do parceiro. Em qualquer caso, uma das primeiras preocupações deve ser o risco.

Em síntese, o risco é algo difícil de prever, até porque não existe um factor único que identifique parceiros maltratantes ou que diferencie vítimas de não-vítimas (Riggs *et al.*, 2000). Envolve sobretudo um julgamento subjectivo do psicoterapeuta, pois para além dos poucos estudos que identificaram os factores de risco para este tipo de violência, a literatura sobre o tema nem sempre confere suporte empírico aos elementos que têm sido identificados e não proporciona orientações claras para a avaliação do risco (Riggs *et al.*, 2000). Para além disso, alguns autores destacam a necessidade de atender, no âmbito dessa avaliação, a outros factores igualmente relevantes (e.g., moderadores, mediadores, protectores) (Rogers, 2000).

A tarefa de avaliação do risco é ainda dificultada pela inexistência de instrumentos específicos que possam ajudar numa avaliação mais estruturada e objectiva (Dutton & Kropp, 2000). Para além da relevância da entrevista clínica com a mulher (Matos, 2005b), existem ainda alguns instrumentos específicos referenciados na literatura internacional (e.g., *Danger Assessment*, Campbell, 1995; *The Severity of Violence Against Women Scale*, Marshall, 1992; *Spousal Assault Risk Assessment*, Kropp *et al.*, 1998, cit. Riggs *et al.*, 2000). Porém, a maioria dos métodos de predição de risco tem-se mostrado muito falível (Blau, 1998).

Apesar dessas dificuldades, a redução (ou a eliminação) da reincidência das agressões deve ser um dos primeiros objectivos da psicoterapia. Como é evidente, para isso acontecer seria mais eficaz e adequado trabalhar essa dimensão junto do agressor. É, sobretudo, o actor do comportamento violento que determina se as agressões vão continuar a ocorrer (Fleury *et al.*, 2000). Porém, este nem sempre está interessado em procurar e receber ajuda para esse fim. Por outro lado, os estudos empíricos com agressores têm avaliado, de forma muito limitada, a eficácia das intervenções em termos de reincidência (como veremos adiante). Apesar do amplo investimento, em países como os E.U.A., na experimentação de várias modalidades interventivas (e.g., medidas isoladas como a detenção ou várias medidas coordenadas), as evidências empíricas não têm permitido concluir se alguma(s) medida(s) é, de facto, mais eficaz do que outra. Segundo Mears (2003) persiste a dúvida sobre se algo resulta efectivamente na intervenção com os maltratantes no sentido de reduzir a reincidência. A esse nível, os resultados não são de facto conclusivos, nem tão pouco coincidentes (Hirschel & Hutchison, 2001).

Posto isto, se a situação de risco for acautelada com sucesso junto da mulher (e.g., prevenção da revitimação), promover-se-á um contexto de vida mais securitário e estarão reunidas as condições necessárias para que uma mudança mais ampla comece a esboçar-se. Para além das implicações no âmbito do trabalho terapêutico (e.g., promoção junto da vítima de um plano de segurança pessoal), a avaliação do risco pode assumir ainda efeitos judiciais (e.g., activação de medidas de protecção da vítima e de coacção para o agressor).

II. Formatos de intervenção e propostas psicoterapêuticas

*«Os homens devem ser ajudados no sentido de mitigar a sua violência;
às mulheres devem ser proporcionadas formas de se afastarem dela»*

Lundy e Grossman (2001, p. 134)

A partir do momento em que a violência na intimidade foi reconhecida socialmente, a intervenção junto da mulher vítima constituiu-se como o primeiro alvo.

Porém, a literatura actual sobre a intervenção com o maltratante está mais desenvolvida, em termos gerais, do que aquela que se refere à intervenção com a vítima. Segundo Sherry Hamby (1998), assistiu-se nos últimos quinze anos, em termos internacionais, a um grande investimento (e.g., social, científico) no que se refere às intervenções a promover junto dos agressores, não se assistindo à mesma dinâmica no que respeita às vítimas. Para a autora, isso é provavelmente o resultado de um conjunto de motivos. Por um lado, assiste-se a uma ênfase cada vez maior no controlo social destes fenómenos. Por outro lado, esse desfasamento poderá ainda dever-se ao facto de alguns autores continuarem a resistir à avaliação/intervenção psicológica junto da vítima por considerarem que essa abordagem “psicologiza” o problema dos maus tratos (e.g., Bowker, 1993). Outros (e.g., Walker, 1994), pelo contrário, consideram que a avaliação dos efeitos psicológicos e a actuação a esse nível deve merecer uma maior atenção por parte de investigadores e clínicos.

Apesar dessa controvérsia, é hoje possível encontrar na literatura diferentes modalidades psicoterapêuticas dirigidas à mulher abusada pelo parceiro. De referir desde já que não existe uma intervenção única dirigida a todas as situações, nem tão-pouco uma forma de ajuda considerada mais eficaz a partir de uma componente singular (Walker *et al.*, 2004).

Por isso mesmo, apresentamos de seguida uma síntese dos diferentes formatos de intervenção, bem como das teorias e das práticas psicoterapêuticas com mulheres abusadas na intimidade documentadas na literatura. Como observaremos, as intervenções do(a) psicoterapeuta, em função do paradigma em que se insere, são orientadas pelas respectivas conceptualizações acerca do fenómeno (cf. Lundy & Grossman, 2001). Ainda no âmbito de cada proposta, são apresentados os principais objectivos, as respectivas estratégias ou técnicas. Ainda que resumidamente,

reflectiremos também sobre as principais potencialidades, críticas e insuficiências de cada um dos modelos e formatos em análise.

2.1. Intervenção individual

Neste formato, podemos encontrar diferentes propostas psicoterapêuticas. Daremos destaque àquelas que são mais comumente utilizadas, que estão melhor reflectidas e mais amplamente disseminadas na literatura: a psicoterapia de orientação feminista e a psicoterapia de cariz cognitivo-comportamental.

2.1.1. Psicoterapia feminista

As feministas começaram por estabelecer a inadequação das abordagens psicoterapêuticas tradicionais (anos setenta) no apoio à mulher maltratada: estigmatizam e culpam a vítima, minimizam, patologizam ou “medicalizam” o problema dos maus tratos, enfatizam o diagnóstico, pressupõem uma relação hierárquica terapeuta-cliente. No entender das feministas, era necessário criar respostas psicoterapêuticas que respondessem às limitações e às insuficiências identificadas no âmbito desses modelos (Neves & Nogueira, 2004).

Foi nesse contexto que surgiram as primeiras propostas feministas para a intervenção psicoterapêutica com a mulher abusada, as quais serviram inicialmente de orientação para os serviços de atendimento especializado às vítimas de maus tratos, designadamente para as casas-abrigo (Lundy & Grossman, 2001).

Conforme reflectimos a propósito da etiologia dos maus tratos (capítulo II), as perspectivas feministas localizam o problema no contexto sócio-cultural, ao mesmo tempo que enfatizam a responsabilidade do agressor pela violência. Estes entendimentos acabam por orientar, de modo significativo, as suas práticas de intervenção com a mulher abusada (e.g., ênfase nas questões culturais, nos processos de socialização em torno do género, desequilíbrios de poder, na protecção da vítima). Atender e actuar sobre o contexto de enraizamento da violência do parceiro é algo extremamente valorizado pelas feministas.

Alguns dos autores que se inscrevem neste paradigma de intervenção (e.g., Hansen & Harway, 1993) referem-se às mulheres batidas como «sobreviventes de trauma, devendo ser tratadas como tal» (p. 233). Também esse entendimento acaba por estabelecer uma filosofia de intervenção que alguns psicoterapeutas preconizam.

Sobre os objectivos da psicoterapia, as feministas procuram, de acordo com Rinfret-Raynor e Cantin (1997), reduzir a violência experimentada pela mulher, não tendo contudo a pretensão de mudar o comportamento do agressor. Por outras palavras, quando a mulher manifesta que pretende que a violência cesse, as feministas entendem que cabe ao agressor a responsabilidade de escolher manter ou interromper o comportamento abusivo. Nesta perspectiva, a terapia deverá constituir-se sobretudo como uma oportunidade para a mulher aumentar as suas capacidades e o seu poder em relação ao parceiro.

Assim, na intervenção junto da mulher, estas abordagens enfatizam o estabelecimento do carácter criminal do comportamento abusivo, a “despatologização” da mulher, a sua capacidade de auto-determinação (Wilson, 1997), as técnicas de *empowerment* (e.g., Register, 1993), o encorajamento para fazer opções. Algumas propostas colocam a sua ênfase na protecção da mulher (e.g., Hansen & Harway, 1993; Register, 1993). Estas abordagens apelam a várias estratégias de suporte individual (e.g., ventilação emocional, validação das experiências da mulher, aumento da auto-confiança) e à mobilização das redes de suporte social (Hansen & Harway, 1993; Register, 1993). Outras, mais recentes, reforçam também a importância e as vantagens das estratégias de defesa pessoal (Hollander, 2004). Ao longo da terapia, a proposta feminista integra também uma componente educativa (e.g., consciencialização das forças de opressão no contexto social com vista à mudança) e de informação (e.g., redes de suporte comunitárias) (Foreman & Dallos, 1993), a exploração de competências de *coping*, o treino de assertividade (Chaplin, 1999), as capacidades de resolução de problemas (Register, 1993) e de auto-superação e, como já referimos, de “sobrevivência” da mulher (Sharma, 2001).

As psicoterapias de orientação feminista são consideradas por muitos autores como uma abordagem importante neste domínio, precisamente pela ênfase que colocam na opressão, no patriarcalismo, nas desigualdades de género e na hegemonia masculina, sustentando por isso um elevado valor político.

Outro dos contributos das propostas feministas tem sido o de desmistificar o poder diferencial nas relações terapêuticas. A intervenção é concebida a partir de um estilo relacional colaborativo em que cada projecto ou acção é negociada. A relação terapeuta-cliente baseia-se num poder equitativo. O cliente é entendido como um perito na sua situação (Hansen & Harway, 1993) e o papel do psicoterapeuta nesse contexto é, no essencial, providenciar suporte, identificar e promover competências e recursos e proporcionar informação (Wilson, 1997). Assume-se também que o papel do terapeuta não é neutro; ele é considerado um agente político da mudança.

As perspectivas feministas assumem igualmente um grande pragmatismo na abordagem aos maus tratos à mulher, promovendo alternativas efectivas à violência (e.g., práticas pessoais securitárias), melhorando as suas condições de vida e desenvolvendo recursos institucionais de apoio (e.g., construção de casas-abrigo, grupos de mulheres).

Para além disso, as psicoterapias feministas concentram as suas práticas, não só na abordagem remediativa (intervenção terciária sobretudo através da psicoterapia com mulheres abusadas), mas também na abordagem preventiva (e.g., primária e secundária).

As críticas mais apontadas a esta forma de intervir estão intimamente relacionadas com as explicações dominantes que apresentam para os maus tratos. Critica-se, desde logo, a insuficiência do argumento patriarcal para explicar os maus tratos e uma ênfase excessiva nos contextos de opressão (invocando o género como principal fonte dessa opressão) (Epsin, 1994, Greene, 1994, Greene & Sanchez-Hucles, 1997, cit. Sharma, 2001) precisamente porque, como dissemos no capítulo II, esse tipo de justificação para os maus tratos é considerada por muitos autores como redutora.

Outra crítica, estabelecida também no plano teórico, refere-se à conceptualização da vítima como sobrevivente. Para Hydèn (1999), trata-se de um conceito desajustado precisamente porque deriva do agressor e do seu comportamento. Para Machado (2004), apesar dessa designação pretender enfatizar os recursos e as capacidades de resistência da mulher, o seu significado torna-se redutor em termos do que é não só a experiência abusiva da mulher, mas também as suas expectativas e os percursos fomentados em torno da mudança no presente e no futuro.

Outra crítica que lhes é dirigida reporta-se ao facto das minorias (e.g., imigrantes, étnicas) estarem frequentemente omissas nas propostas feministas sobre a intervenção

psicoterapêutica. Todavia, no sentido de ultrapassar essa lacuna, alguns autores sugeriram recentemente formas de intervir, atendendo precisamente à diversidade sócio-cultural em que as mulheres abusadas se inserem (e.g., Cervantes & Cervantes, 1993; Sharma, 2001).

2.1.2. Psicoterapia cognitivo-comportamental

A intervenção psicoterapêutica cognitivo-comportamental centra a sua atenção nos processos psicológicos que condicionam a mulher abusada e a mantém numa condição de vida violenta e opressiva. Nesta perspectiva, o psicoterapeuta trabalha normalmente apenas com a cliente e procura ajudá-la a reconstruir a sua forma de conceptualizar e de experienciar a condição de abuso.

A abordagem cognitivo-comportamental encontra-se, especialmente, documentada na literatura referente à intervenção com as mulheres abusadas que são diagnosticadas com P.T.S.D. (e.g., Kubany, Hill & Owens, 2003).

Esta proposta enfatiza o papel das crenças erróneas no desenvolvimento das dificuldades psicológicas da mulher. Nesse sentido, através de uma perspectiva de reeducação, as mulheres são apoiadas na identificação, na análise e na alteração de crenças erróneas que condicionam a forma como experienciam e como respondem ao abuso. Este modelo pode integrar ainda uma abordagem psico-educativa em torno dos sintomas de P.T.S.D., a gestão e a inoculação do *stress*, a exposição a memórias traumáticas, o treino de assertividade, a modelagem, a paragem de pensamento, a reestruturação cognitiva, o *reframing*, a gestão dos contactos com os parceiros e a prevenção da sua revitimação (Webb, 1992).

As principais críticas que têm sido apontadas a estes modelos referem-se à sua orientação para a patologia, para o défice individual. Trata-se de uma filosofia de intervenção que visa, essencialmente, controlar e eliminar sintomas decorrentes dos maus tratos. O objectivo é reabilitar e estabilizar a condição psicológica da pessoa numa lógica de mudança individual.

Uma outra apreciação análoga que se faz sobre este modelo interventivo refere-se ao facto deste pressupor uma abordagem sobretudo remediativa dos aspectos traumáticos da vitimação, esquecendo outras dimensões igualmente importantes (e.g., a

prevenção, as competências). As questões sócio-culturais estão também frequentemente alheadas desta forma de intervir.

Outra crítica reside na insuficiência desta proposta para responder aos muitos casos em que não existe um impacto difuso, do ponto de vista psicológico, causado pelos maus tratos.

Por fim, o facto deste modelo integrar uma abordagem e postura técnica reeducativa (e.g., conjunto de tarefas prescritas pelo psicoterapeuta), cria uma prática terapêutica directiva e, por vezes, demasiado estruturada. Essa filosofia nem sempre é a melhor forma de contribuir para a autonomia da mulher e para a ampliação das suas opções de vida.

2.2. Intervenção no casal

A terapia de casal é uma proposta que também tem o seu lugar no panorama das respostas psicoterapêuticas para a violência na intimidade.

Muitos casais que procuram a terapia de casal relatam a presença de uma história de violência (Margolin *et al.*, 1988, cit. Schlee, Heyman & O'Leary, 1998). Brown e O'Leary (1997) adiantam que essa situação tem inclusive uma expressão significativa: dois terços dos casais que procuram terapia conjugal evidenciam violência física nas suas relações.

Todavia, os estudos também nos informam que esses casais raramente procuram ajuda especificamente por esse motivo (e.g., Cascadi, 1992, cit. Schlee, Heyman & O'Leary, 1998). Noutros casos, a violência experimentada na relação é negada ou minimizada (e.g., Geffner & Pagelow, 1990, cit. Trute, 1998).

Apesar de tudo, de acordo com Virgínia Goldner (1999), há homens e mulheres que desejam especificamente essa modalidade de terapia e que não recorrerão a outra forma de ajuda para os seus problemas, mesmo quando os riscos de uma abordagem deste tipo lhes são dados a conhecer (os quais serão discutidos adiante). Na perspectiva da autora, a preferência dada por esses casais a esta modalidade é, em si mesmo, parte do próprio problema que enfrentam (e.g., é a única ajuda que o parceiro agressor aceita; pode estabelecer-se de certo modo a co-responsabilidade da mulher na situação de abuso e nas alternativas a esta; acreditam que minimiza as implicações da violência para o futuro da relação do casal, por exemplo através do evitamento da separação).

Nas terapias de casal, segundo Hamby (1998), as perspectivas cognitivo-comportamentais predominam entre as abordagens mais utilizadas quando existem maus tratos. Malley-Morrison e Hines (2004) acrescentam que as competências de comunicação se constituem como outra das questões centrais. Brown e O'Leary (1997) procederam também a uma revisão de (sete) programas terapêuticos conduzidos com casais onde existia violência, desenvolvidos entre os anos oitenta e noventa, proporcionando-nos uma imagem mais sistematizada nesse domínio. Acerca dos programas disponíveis, os autores documentam que a maioria focalizava a sua intervenção nas competências de gestão da raiva, no treino comunicacional e nas estratégias abusivas de poder e controlo. Os participantes envolvidos variavam entre 8 e 241 casais. Os programas assumiam, sobretudo, uma regularidade semanal e envolviam, geralmente, entre dez a dezasseis sessões. Os casais eram mobilizados para a intervenção de duas formas: predominantemente, os casais autopropunham-se ou, em alternativa, eram referenciados pelos tribunais. Apenas em dois dos estudos analisados coexistia a violência no casal e o problema de abuso de substâncias pelo agressor. Em geral, predominava a modalidade de intervenção em grupo, embora muitos estudos comparassem duas modalidades de intervenção (e.g., intervenção individual com o casal, intervenção com grupos específicos em termos de género). Muitos destes programas deixavam explícito junto dos participantes que a avaliação da intervenção (e.g., cessação dos episódios de agressão) iria ser conduzida separadamente. Em termos de critérios de exclusão, alguns desses estudos rejeitavam a participação de casais em que a mulher referia ter medo do agressor ou ter procurado ajuda médica pelos danos causados pelos maus tratos, tendo apenas sido excluído um casal que preenchia tais critérios. Este elemento conduz Brown e O'Leary (1997) a concluir que não é muito provável que os casais onde existem as formas mais graves de violência procurem a terapia de casal ou conjunta.

Refira-se que esta última apreciação é reforçada por vários autores que mencionam precisamente que a terapia de casal pode ser mais adequada para casais em que a violência está apenas no seu início, assume um registo de menor gravidade, é mais circunscrita ou rara (e.g., Malley-Morrison & Hines, 2004; Hamby, 1998) e não é geradora de medo na parceira (e.g., LaViolette & Barnett, 2000). Walker (1995, cit. Rotter & Houston, 1999) sustenta também que a terapia familiar não deve ser recomendada como intervenção inicial, quando existe violência pelo parceiro, pelas várias razões já enunciadas (e.g., diferenciais de poder na relação). Gondolf (1993)

adianta, ainda, que esta forma de intervenção é ineficaz com agressores considerados anti-sociais ou sociopatas.

Outras experiências de intervenção com casais estão também documentadas na literatura. Por exemplo, Holtzworth-Munroe, Markman, O'Leary, Neidig, Leber e Heyman (1995, cit. Malley-Morrison & Hines, 2004) desenvolveram um programa de intervenção com casais que resultou da combinação de dois programas cognitivo-comportamentais. Este programa visava, essencialmente, aumentar as competências de resolução de conflitos e a prevenção da revitimação. Assim, incluía exercícios para perceber os efeitos negativos da violência, reduzir a tolerância face a esta e ajudar os casais a apreciar o risco em que se encontravam de vir a usar violência. Integrava também discussões sobre a gestão da raiva, o ciúme, o uso de álcool e outros *stressores* que, segundo os autores, interferem nesta forma de violência.

Hansen e Harway (1993) fazem ainda referência a outras propostas que têm surgido no âmbito da terapia de casal, inscritas numa perspectiva construtivista, num formato de terapia breve ou orientada para as soluções (e.g., de Shazer, 1991; White & Epston, 1990). Por exemplo, Michael White sugere a terapia de casal, embora somente a partir do momento em que a violência tenha cessado. Salvaguardada essa condição, procura-se promover uma análise da violência no contexto da ideologia patriarcal. A partir daí, segundo o autor, é possível na terapia de casal responsabilizar o agressor pelos actos de violência, contra-argumentar face às crenças de que a mulher “provoca” os maus tratos e, ainda, ajudar a mulher a afastar-se da relação se essa for a sua intenção. Na perspectiva de White, esta forma de terapia de casal promove o *empowerment* da mulher e a re-autoria da sua história (a proposta da psicoterapia narrativa será abordada amplamente no próximo capítulo).

A utilização da terapia de casal tem, contudo, sido alvo de muita controvérsia (Shamai, 1995; Trute, 1998).

A terapia familiar ou de casal para as situações em que existe violência tem sido desaconselhada por muitos autores, designadamente pelas feministas. As razões em que se fundamentam essas críticas são de ordem vária. Desde logo, a nível conceptual, alguns autores apontam que, por vezes, está subjacente a esta modalidade de intervenção o entendimento da violência como um problema relacional (*vs.* criminal) (Hansen, 1993), um «sintoma das interacções disfuncionais na relação de casal» (Gelles, 1997, p. 164). Nesse sentido, os episódios de violência fariam parte das sequências

interaccionais e seriam da responsabilidade de ambos (Gelles, 1997; Sharmai, 1996). Também de acordo com Johnson e Goldman (1998), assumir uma terapia de casal no seu formato mais convencional, sem qualquer condição prévia acautelada, pode levar ao julgamento de que a mulher pode ter alguma responsabilidade nas acções do parceiro o que, em última análise, pode contribuir para a sua culpabilização. Outros autores no âmbito da terapia de casal sustentam que a violência deve ser interrompida, mas entendem este como um fenómeno que envolve duas vítimas (e.g., Geffner *et al.*, 1989, cit. Hamby, 1998). Neste último caso, não haveria lugar para a responsabilização.

Quanto às críticas que se prendem com a sua implementação, as investigadoras e terapeutas feministas (e.g., Hansen, 1993) entendem que a abordagem de casal poderá colocar a mulher em risco face ao parceiro. Nesta perspectiva, num contexto em que ambos estão presentes na psicoterapia, a mulher poderá estar comprometida sempre que é convidada a partilhar a sua situação, dado que o medo é um denominador comum a estas relações, como já referimos. Segundo Sharmai (1996), essa circunstância pode levar a mulher a concordar e validar as descrições que o parceiro faz acerca da violência. Para além disso, pode deixá-la vulnerável face ao parceiro agressor, física e psicologicamente, sobretudo quando que a sessão termina, criando junto do agressor contexto para a auto-justificação (Goldner, 1999) ou mesmo para a retaliação (Gelles, 1997).

Algumas terapeutas feministas (e.g., Hansen, 1993) argumentam ainda que os conceitos de neutralidade e de causalidade circular, inerentes a esta perspectiva de intervenção, podem impedir o terapeuta de assumir uma posição clara contra a violência e inviabilizar que este responsabilize o agressor pelos actos praticados colocando, mais uma vez, a vítima em risco.

Outra crítica apontada refere-se à eventual incapacidade da terapia de casal para conseguir desafiar os desequilíbrios de poder, sustentados pela própria cultura, bem como os papéis tradicionais de género (Goldner, 1992, cit. Johnson & Goldman, 1998). Há alguns autores que sustentam inclusive que a teoria sistémica ignora os temas *poder, controlo e patriarcalismo*, considerados pelas feministas questões centrais quando existem maus tratos (Adams, 1988, Bograd, 1984, cit. Gelles, 1997).

Uma outra crítica frequentemente enunciada pelas feministas relaciona-se com o facto de muitos terapeutas familiares limitarem a sua abordagem sistémica apenas ao sistema família. Nos casos de violência contra a mulher, já referimos que para as

feministas é desajustado ignorar o contexto mais alargado (social, cultural, político) que sustenta este tipo de fenómenos (Hansen, 1993; Shamai, 1995).

Por seu turno, Johnson e Goldman (1998) defendem que se a mulher desejar sair da relação onde é abusada, a terapia de casal não será uma resposta psicoterapêutica adequada. Segundo o autor, tradicionalmente nesse contexto serão tratados temas que viabilizem a relação (e.g., competências de comunicação, resolução conjunta de problemas). Sabemos, contudo, que não é necessariamente assim que esta modalidade de terapia se processa.

Ainda que algumas das críticas reunidas possam resultar de uma leitura algo linear da proposta de terapia de casal, algumas delas talvez ajudem a explicar porque é que alguns estudos revelam que as próprias vítimas não entendem esta como uma modalidade de ajuda preferencial. Por exemplo, num trabalho desenvolvido por Gondolf e White (2000), relativo às recomendações das vítimas (n = 616) e dos parceiros agressores (n = 594) como “consumidores” de programas dirigidos a maltratantes, apesar dos homens considerarem mais necessário o aconselhamento, apenas 6% das mulheres sugeriam como resposta um aconselhamento de casal ou co-educativo.

Refira-se, todavia, que as críticas feministas não pretendem suprimir esta modalidade de intervenção. Vários autores (e.g., Hansen & Harway, 1993; Hansen & Goldenberg, 1993; Trute, 1998) subscrevem a ideia de que, em muitos casos, é necessário ir para além da abordagem individual e intervir ao nível relacional (desde que acauteladas certas condições - e.g., segurança). Nesse formato, algumas autoras feministas (Hansen & Harway, 1993) apontam que o processo terapêutico pode ser uma oportunidade para o casal, não só para discutir a violência, mas para analisar as características positivas dos seus relacionamentos e, ainda, proporcionar um espaço para experiências interaccionais alternativas.

De acordo com Trute (1998), as limitações que foram sendo enunciadas anteriormente e a controvérsia relativa à utilização da terapia de casal no contexto dos maus tratos acabaram por colocar novos desafios às propostas de terapia de casal existentes, à teorização sistémica familiar e aos terapeutas que lidam com estes casos. Na sequência disso, têm sido ainda apontadas novas modalidades de intervenção (e.g., Stith, Rosen & McCollum, 2002) e desenvolvidos novos formatos, através dos quais a terapia de casal, em situações de violência íntima, pode ter lugar (e.g., abordagem de casal e familiar pró-feminista descrita por Trute, 1998).

De modo análogo, Shamaí (1995) sublinha o impacto desse debate crítico no desenvolvimento do próprio formato de intervenção, nomeadamente: a clarificação e a complexificação de alguns conceitos (e.g., neutralidade) e objectivos da terapia de casal (e.g., descentração da manutenção da unidade familiar); a diferenciação dos respectivos papéis e responsabilidades junto da vítima e do agressor; a multiplicação das modalidades de intervenção (e.g., abertura a várias composições do sistema); as mudanças ao nível da linguagem (e.g., violência do casal *vs.* violência contra a mulher).

Desenvolveram-se, igualmente, alguns trabalhos que reflectem sobre as formas de ultrapassar as limitações, as insuficiências e os riscos atrás enunciados (e.g., Aldorondo & Straus, 1994; Bograd & Mederos, 1999). Assim, e de forma mais específica, Johnson e Goldman (1998) referem que os críticos à abordagem sistémica familiar propõem que a terapia de casal se inicie somente após o agressor aceitar a responsabilidade pela violência, comprometer-se a não praticar mais qualquer acto violento e ter previamente concluído com sucesso uma intervenção individual ou de grupo (e.g., ter aprendido a gerir conflitos, frustrações, raiva; ter aprendido novos padrões de socialização a propósito dos papéis de género). Também Gondolf (1993) recomenda que a terapia de casal aconteça apenas depois de uma intervenção bem sucedida junto do agressor e após uma avaliação de seis meses sem violência. Alguns autores (e.g., Edleson & Tolman, 1992) consideram igualmente desejável que a terapia de casal tenha lugar em situações em que ambos estão, simultaneamente, a trabalhar com um terapeuta individual. Nesse sentido, a terapia de casal seria parte de uma abordagem psicoterapêutica integrada. Mesmo nesses casos, propõe-se habitualmente alguma forma de contrato para assegurar que nenhuma forma de violência irá ocorrer, ao mesmo tempo que se monitoriza essa condição através da mulher.

De modo análogo, Goldner (1999) explicita que, desde que determinadas condições estejam estabelecidas (e.g., a segurança da mulher, a tolerância zero face à violência, a paridade), pode justificar-se envolver conjuntamente na terapia o agressor e a vítima. Também Walker (1995, cit. Rotter & Houston, 1999) recomenda que alguns requisitos prévios tenham lugar antes que esse formato seja adoptado (e.g., podendo ser um complemento a outras modalidades de intervenção, designadamente com o agressor). Trute (1998) tem tido igualmente a preocupação de descrever detalhadamente as condições que, em seu entender, devem ser asseguradas antes de uma intervenção de casal ter lugar.

Ainda na sequência dessas observações, Shamai (1996) apresenta uma proposta específica para a intervenção junto do casal onde existe violência. Começa por expor algumas razões para a escolha de uma abordagem deste tipo (e.g., a mudança deve passar pelo envolvimento de ambos e das suas interações), os princípios básicos da intervenção que propõe (e.g., a terapia de casal não é neutral), as metas da terapia (e.g., o objectivo da terapia é a cessação da violência e da ameaça desta poder ocorrer) e algumas indicações a que se deve atender no processo psicoterapêutico (e.g., duração, período extenso de *follow-up*, possibilidade de intervenção grupal). Ainda assim, o autor não deixa de enunciar algumas questões que deverão prosseguir em debate (e.g., o valor ideológico da família para os terapeutas familiares, a aliança do terapeuta, o exercício do poder na relação com o agressor e a vítima, o estabelecimento de regras e limites para a terapia).

2.3. Intervenção em grupo

O surgimento da filosofia da intervenção em grupo junto de mulheres abusadas deve-se, em grande parte, aos movimentos feministas dos anos sessenta e setenta (Wilson, 1997).

Actualmente, são já vários os exemplos descritos na literatura que demonstram que a intervenção em grupo se tem multiplicado. Estão documentadas, por exemplo, experiências desenvolvidas junto de mulheres com P.T.S.D. (e.g., Schlee, Heyman & O'Leary, 1998) e junto de mulheres abusadas mais idosas (e.g., Brandl, Hebbert, Rozwadowski & Spangler, 2003).

Apesar desta modalidade poder assumir diferentes objectivos (e.g., grupos de suporte ou de auto-ajuda), neste espaço reflectiremos, sobretudo, acerca dos grupos terapêuticos.

A experiência de intervenção psicoterapêutica em grupo com vítimas de maus tratos na intimidade decorre da intenção, habitualmente manifestada pela mulher, de partilhar a sua experiência com outras mulheres com trajectos de vida semelhantes.

Nos grupos terapêuticos, são possíveis diferentes abordagens (e.g., feministas, cognitivo-comportamentais, narrativas).

Segundo Tutty, Bidgood e Rothery (1993), o trabalho com grupos é a forma de

intervenção mais comum junto de mulheres que viveram experiências de abuso. Alguns consideram-na inclusive como uma das modalidades mais eficazes nesse domínio (e.g., Dimmitt & Davilla, 1995). De facto, a terapia de grupo tem revelado um grande pragmatismo na abordagem dos problemas trazidos por este tipo de clientes e uma significativa eficácia na consolidação dos resultados construídos a nível individual (e.g., Machado & Matos, 2001).

Uma das principais vantagens desta modalidade de intervenção reside no facto de quebrar o isolamento a que estas mulheres estão, muitas vezes, sujeitas. O contexto do grupo permite-lhes ainda validar a sua experiência, receber informação, dar e receber suporte (e.g., emocional), bem como perceber que o seu problema não é único e que existem formas alternativas de lidar com a situação. Assim, o grupo pode ajudar a mulher «a perceber que não está só e que os seus sentimentos de confusão, medo e desespero são reais e partilhados por outras mulheres» (Webb, 1992, p. 209). Nalguns casos, o grupo fornece também o suporte social necessário a muitas mulheres para tomarem decisões.

Na constituição destes grupos psicoterapêuticos há, geralmente, pelo menos um facilitador(a). No que respeita às participantes, poderíamos antecipar que alguma uniformidade entre elas facilitaria a estruturação dos programas interventivos e uma maior adequação destes às necessidades específicas de cada elemento. Existem, porém, diferentes entendimentos acerca dessa questão. Por exemplo, concluímos, a partir de uma experiência anterior deste tipo (Machado & Matos, 2001), que a diversidade pode ser um importante recurso terapêutico, no sentido em que pode constituir-se um como elemento gerador de complexidade e abertura à multiplicidade de experiências e direcções de vida possíveis. Para além disso, essa circunstância favorece uma maior e mais enriquecedora reflexão crítica acerca destes processos. Para as mulheres que vivem em relações abusivas, o contacto com outras que já conseguiram pôr fim a essa situação poderá ser uma importante fonte de encorajamento, informação e suporte, estimulando ao mesmo tempo a esperança face ao processo. Por sua vez, ao partilharem a sua experiência e dificuldades, as mulheres que se encontram numa fase mais adiantada do processo poderão validar os seus progressos, bem como as novas histórias de competência.

No que diz respeito à estrutura dos programas de intervenção e às técnicas utilizadas, a literatura apresenta uma considerável variabilidade de propostas. Fleming

(1979, cit. Margolin *et al.*, 1988) recomenda o uso simultâneo de técnicas didáticas (e.g., exposição de temas, biblioterapia), de treino de competências (e.g., *role-playing*, relaxamento) e de modalidades de intervenção menos estruturadas, tais como as discussões de grupo ou a ventilação da raiva. Por sua vez, Cox e Stoltenberg (1991) propõem um programa estruturado em cinco módulos, integrando várias técnicas: (1) terapia cognitiva, orientada para melhorar o auto-conceito da mulher, as suas competências relacionais e a sua preparação para o mundo do trabalho; (2) assertividade e competências de comunicação, com o objectivo de perceber os seus direitos e praticar competências orientadas para a sua defesa. Uma vez que a assertividade da vítima pode aumentar o risco de agressão, este módulo poderá incluir também competências de segurança, tais como identificar pistas do abuso, desenvolver planos de fuga e treinar o auto-controlo emocional; (3) resolução de problemas, envolvendo questões sobre a definição do problema, a produção de alternativas de resposta, a tomada de decisões e a verificação da adequação destas; (4) aconselhamento vocacional, incluindo o despiste de áreas de interesse e competência, a identificação de recursos de formação profissional e o treino de procura de emprego e, finalmente, (5) a tomada de consciência de si e do seu corpo, momento em que se encoraja a mulher a discutir aspectos relacionados com a auto-imagem, nomeadamente em termos corporais. Na implementação deste programa é utilizada uma multiplicidade de estratégias, incluindo discussões de grupo, estratégias mais didáticas e técnicas de disputa cognitiva.

Saliente-se, contudo, que apesar das múltiplas recomendações à intervenção em grupo, esta modalidade também não está imune a críticas.

Têm sido poucos os estudos que avaliam este formato e, assim sendo, o que se pode apenas dizer é que há indicações no sentido da adequação desta modalidade de intervenção (a relevância dos diferentes formatos psicoterapêuticos será discutida adiante com maior amplitude).

Os problemas relacionados com a confidencialidade, a centralização em determinados temas e o facto deste formato nem sempre responder a todas as necessidades individuais dos seus membros são outras críticas também apontadas (Walker, 1994, cit. Hamby, 1998).

2.4. Modelos integrados de psicoterapia

Como referimos atrás, independentemente da condição de vida da mulher, a complexidade de problemas associados à violência na intimidade aconselha uma utilização de modelos integrados de psicoterapia. À medida que a essa complexidade é melhor percebida, a necessidade de integração teórica torna-se também mais relevante e a sofisticação da integração revela-se mais evidente (Lundy & Grossman, 2001).

São vários os autores que têm avançado no sentido dessa integração. Por exemplo, autores como Anderson (1997, cit. Lundy & Grossman, 2001) têm vindo a sustentar a necessidade de uma maior inclusão, nas abordagens terapêuticas, das várias perspectivas teóricas (e.g., interaccionais, individuais, familiares, culturais) e filosóficas (e.g., pressupostos) sobre o fenómeno da violência na intimidade. O autor defende a ideia de que a combinação de modelos de intervenção com maior probabilidade se reverteria em melhores resultados para a mulher, ainda que reconheça que podem existir algumas dificuldades inerentes à implementação desse tipo de propostas.

Um dos modelos que integra diferentes formatos (e.g., individual, grupo), perspectivas teóricas e técnicas psicoterapêuticas é o modelo de intervenção em crise. Esta forma de intervenção baseia-se nas abordagens propostas pela teoria feminista e pela teoria do trauma (ambas com maior preponderância nos anos setenta). Integram as respectivas filosofias e adoptam técnicas de cada uma delas (Hoff, 1995) (e.g., técnicas de *empowerment* e de índole cognitivo-comportamental, respectivamente).

Assente em determinados princípios (e.g., limitação de objectivos, focalização dos esforços terapêuticos, elevada actividade do terapeuta, intervenção imediata e curta no tempo), a intervenção em crise baseia-se nalguns conceitos essenciais (Walker, 1994): a *crise* não deve ser entendida como sinónimo de uma perturbação psicológica; deve ser entendida como uma ocasião crítica - "*turning point*" - apresentando, simultaneamente, riscos e oportunidades. Geralmente, o estado de crise não demora muito tempo e é auto-limitador, resultando na incapacidade do indivíduo para lidar sozinho com as dificuldades, através dos seus mecanismos habituais de resolução de problemas. Uma grande diversidade de acontecimentos pode contribuir para

desencadear o estado de crise, mas a sua gravidade intensifica-se quando a situação envolve perigo ou ameaça para o *self* da vítima (Matos & Machado, 1999).

Este modelo envolve o estabelecimento de objectivos de futuro, deliberados em colaboração com a cliente, e a formulação de um plano alternativo para a sua vida (Hoff, 1995). Abrange um projecto de acção dirigido ao problema, passível de renegociação e consistente com a cultura e estilo de vida da mulher. Esse plano pode ser influenciado por alterações relativas à reapreciação ou a condicionantes da situação (Matos & Machado, 1999).

O processo de apoio tem como objectivo último o *empowerment* das mulheres batidas, de modo a responderem às situações de vida numa forma mais auto-valorizada (Webb, 1992). O *empowerment* permite, por um lado, que estas mulheres alimentem um discurso de poder (e.g., decisório, resolutivo, de autonomia) que lhes facilita perceberem-se como capazes de superar os efeitos da violência nas suas vidas. Por outro lado, facultar-lhe um discurso mobilizador das suas vozes de competência. O *empowerment* diz respeito à independência da mulher, bem como ao movimento para a interdependência (e.g., reforçar a coragem ao comunicar o crime, ao procurar ajuda exterior). Assim, nesta abordagem enfatiza-se os recursos da mulher para a tomada das suas próprias decisões, o restabelecimento da confiança em si e nos outros, bem como a mobilização da rede de suporte social (Matos & Machado, 1999).

No âmbito deste modelo, as tarefas interventivas fundamentais com as mulheres maltratadas envolvem (Matos & Machado, 1999; Walker, 1994): a) definir com as vítimas em que consiste o crime, explicar-lhes as dinâmicas associadas (e.g., as dificuldades peculiares deste tipo de vitimação, a presença do ciclo de violência) e normalizar as suas reacções face a estes acontecimentos; b) analisar a segurança da mulher e dos seus filhos, prevenindo a revitimação e restabelecendo o seu sentido de controlo (e.g., elaboração um plano de segurança pessoal); c) autenticar os seus direitos, já que o seu desconhecimento tem como consequência a não percepção de si como vítima de crime; d) traçar objectivos a curto prazo, planeando a sua vida no concreto (e.g., retomar progressivamente as suas actividades); d) expansão de alternativas para a organização do seu projecto de vida (e.g., ler material sobre o assunto, competências de procura de emprego). Caso tenha já tentado resolver a situação anteriormente, mesmo que de modo ineficaz, procura-se valorizar essas tentativas que, apesar de não terem tido sucesso, se constituem como importantes experiências de aprendizagem; e) validação e respeito pelas suas decisões e escolhas, ajudando a mulher a avaliar as

implicações de cada uma das alternativas em causa; f) compreender a opressão experienciada, num contexto de um grande sentimento de vulnerabilidade, insegurança e medo do desconhecido; g) reduzir os efeitos dos maus tratos conjugais (e.g., medo, impotência, noção de incapacidade, culpa); h) diminuir a tolerância para com o uso da força física na disputa interpessoal e a dependência psicológica face ao agressor e aos outros à medida que a mulher é capaz de, progressivamente, se envolver em comportamentos de auto-valorização (Webb, 1992); i) desmistificar desempenhos tradicionais associados ao género e qualquer tendência para a mulher se autoculpabilizar ou racionalizar o abuso; j) aprender a usar o sistema judicial e a percorrer os circuitos institucionais.

Este modelo partilha algumas das vantagens (e.g., “despatologização” da vítima, responsabilização do agressor) e das críticas (e.g., conceptualização da mulher: de vítima a “sobrevivente”) inerentes às abordagens feministas. Para além disso, integra certas desvantagens dos modelos cognitivo-comportamentais (e.g., postura educativa e directiva, foco na remediação).

Outra das críticas refere-se ao facto deste modelo centrar a sua atenção na maneira como a mulher poderá “resolver” o problema (e.g., planificação da segurança, ajudá-la a manter sob controlo todas as circunstâncias do seu meio, de modo a evitar um eventual conflito). Existe, portanto, o risco desta se sentir como a única responsável pela gestão daquela condição de vida violenta. Ainda nesse sentido, Machado (2004) coloca em questão se esse tipo de abordagem não poderá porventura reforçar a culpabilidade da mulher, caso esta não seja capaz de desenvolver o plano de acção projectado e até mesmo fazê-la acreditar que existem padrões causais na violência, que ela a poderá antecipar através de um constante estado de alerta.

Uma outra dificuldade refere-se ao facto deste tipo de intervenção supor uma efectiva articulação com as outras instituições de apoio (e.g., casas-abrigo, polícias, tribunais). Como refere Machado (2004), os psicoterapeutas confrontam-se muitas vezes com a inexistência de condições externas, contextuais (e.g., não implementação de medidas de protecção à vítima ou de coação ao agressor) para desenvolver o apoio necessário, havendo situações em que a vítima é inclusive alvo de vitimação secundária.

Na literatura estão ainda documentados outros exemplos de integração, alguns semelhantes ao modelo de crise. Por exemplo, de acordo com Lundy e Grossman (2001), as feministas têm vindo a introduzir nas suas intervenções as teorias intra-

personais (por exemplo, utilizando estratégias cognitivo-comportamentais), embora o seu uso continue a ser orientado por uma conceptualização feminista do fenómeno. A proposta de Mary Ann Dutton é disso exemplo (1992, cit. Hamby, 1998). Está organizada em torno de três objectivos: protecção; aumento da capacidade para fazer escolhas e resolver problemas; superação de sintomatologia pós-traumática. A proposta de Leonor Walker é outro exemplo, diferindo da anterior apenas no sentido em que confere uma maior atenção às necessidades das crianças envolvidas nestes contextos e aos problemas intra-psíquicos das «sobreviventes» da violência (p. 245, 1994, cit. Hamby, 1998).

Por sua vez, de acordo com Lundy e Grossman (2001), alguns dos terapeutas familiares sistémicos têm também vindo a integrar a teoria feminista na teoria familiar dos sistemas (e.g., Bograd, 1984). Como já dissemos, esses terapeutas têm procedido a uma revisão das teorias e das práticas sistémicas familiares mais tradicionais e têm procurado incluir nas suas abordagens os conceitos de poder, controlo e patriarcalismo.

Por seu turno, Goldner, Wetherell e Dallos (1992) descrevem uma experiência em que, na intervenção junto de casais, procuraram combinar a abordagem feminista e a abordagem interpessoal. Nesta modalidade, todos os casais integravam a psicoterapia voluntariamente, sendo o seu objectivo principal interromper a violência e continuar juntos. Goldner procurava clarificar, desde logo, que o facto da intervenção acontecer junto do casal, tal não pressupunha que a responsabilidade pela violência fosse mútua. Aliás, uma das condições da terapia era de que o agressor, na presença da parceira, aceitasse a responsabilidade pela violência e a interrompesse de modo absoluto. Em termos práticos, o casal era chamado a explorar a natureza das suas concepções acerca das relações de género (e.g., direitos, deveres, papéis), as suas explicações para a violência e as respectivas expectativas acerca da relação. Uma das áreas trabalhadas junto da mulher dizia respeito à forma como as suas concepções de género a levavam assumir frequentemente o papel de “cuidadora” do parceiro, mesmo quando este era agressivo. As mulheres eram também encorajadas a deixar bem claro junto dos parceiros que não iriam tolerar qualquer limiar de violência. Segundo os autores, os casais podiam ainda considerar a opção da separação de modo a romper o ciclo violência-remorso-perdão. No âmbito dessa proposta de intervenção, alguns casais separavam-se permanentemente e outros renovavam a relação. A reapreciação acerca das suas concepções e a mudança nas formas habituais de sentir e responder face ao outro eram importantes para ambos, quer se tratasse da melhoria das suas relações

presentes, quer optassem por enveredar por outros relacionamentos, dado que tal reduziria a probabilidade de repetir os mesmos padrões relacionais.

A inclusão da terapia interpessoal, embora poucos tenham ainda reflectido sobre a sua aplicação em contextos de violência na intimidade, facilita a compreensão das dinâmicas interpessoais entre os géneros sem patologizar a vítima. Este modelo parece ser adequado para ajudar a explicar os processos contextuais e desenvolvimentais que estão, muitas vezes, apartados da literatura sobre a violência na intimidade (Lundy & Grossman, 2001).

Por sua vez, Heise (1998, cit. Lundy & Grossman, 2001) desenvolveu uma ferramenta ecológica de intervenção que emprega uma abordagem multifacetada e interactiva dos vários factores que se admite participarem no fenómeno (e.g., pessoais, situacionais, sócio-culturais). Nesse contexto, a intervenção contém cinco elementos: história individual; micro-sistema (ou o contexto de relacionamento familiar e íntimo); exosistema (e.g., as redes de vizinhança e o suporte social); macro-sistema (e.g., as concepções gerais sobre as atitudes culturais mais vastas); meso-sistema (e.g., o ambiente social em que intervêm a polícia, os tribunais e a família alargada). A mais valia da proposta de Heise reside na ênfase que coloca na interacção entre os múltiplos sistemas de influência na vida da mulher batida, integrando na própria modalidade de intervenção os extensos dados que resultam da teoria e da investigação.

Foe, Keane e Friedman (2000, cit. Lundy & Grossman, 2001) sugerem uma interface complexa de factores como a única forma de eficazmente se perceber e se intervir na violência íntima. A proposta dos autores enfatiza as capacidades da mulher para que ela própria se possa constituir um agente da mudança, concebendo as suas próprias estratégias. Os factores na componente psicológica são: a violência efectiva ou a ameaça de violência pelo parceiro; as dificuldades psicológicas como P.T.S.D., a depressão, a ansiedade ou o uso de substâncias; a resiliência; a auto-estima. Os factores da componente ambiental são: o contacto com o parceiro, os recursos visíveis (e.g., em relação à habitação, educação, empregabilidade, serviços de cuidados para os filhos, salário), os recursos interpessoais, legais e institucionais.

Apesar de ser considerada uma abordagem relevante (dado que abarca várias dimensões de capital importância), a sua principal limitação reside no facto de se tratar de um modelo de intervenção complicado, no sentido pragmático, pois integra um número enorme de variáveis.

A sublinhar a necessidade de uma intervenção mais integrada, Goldner (1999) considera que a área dos maus tratos na intimidade tem sido afectada negativamente pela divisão ideológica. Como vimos, a autora propõe uma abordagem multifacetada para a intervenção na violência íntima, a partir da criação de pontes entre modelos e discursos sobre como intervir. Na sua perspectiva, muitas vezes, o que acontece é que determinadas ideias que se poderiam enriquecer através do debate são colocadas como posicionamentos opostos, remetendo para um contexto polarizado entre alternativas desajustadas. A autora reforça, por isso, que são necessárias múltiplas perspectivas e modelos de abordagem aos maus tratos na intimidade, concebidos e descritos de forma clara e empiricamente documentada.

De modo análogo, Lundy e Grossman (2001) consideram a dicotomia, muitas vezes patente, entre as perspectivas feministas e as perspectivas psicológicas como um dos erros mais comuns entre aqueles que inviabilizam uma maior integração das teorias e das terapias. Segundo os autores, essa “cisão” estabelece, de certo modo, uma imagem de incompatibilidade entre as teorias de *empowerment*, os diversos métodos de apoio disponibilizados para a gestão do problema e a avaliação do funcionamento psicológico.

Subscrevemos a posição de Goldner, Lundy e Grossman no sentido em que a integração dessas opções frequentemente torna as formas de apoio mais eficazes e soluciona muitas das necessidades desta população. Essa integração de modelos teóricos e de intervenção é também algo que temos vindo a documentar nas nossas práticas de psicoterapia individual (Matos, 2002) e de grupo (Machado & Matos, 2001).

Discussão e síntese crítica

Embora a intervenção nesta área assuma cada vez mais relevância e expressão, as formas de intervenção clínica junto da mulher abusada têm sido, de modo insuficiente, descritas na literatura. Por outro lado, tal como referem Lundy e Grossman (2001), estão sobretudo documentados os modelos mais tradicionais, aqueles que são mais comumente utilizados nessa área. Para além disso, há um défice de modelos integrados de intervenção junto das vítimas, assim como uma ausência de análises sistemáticas às abordagens utilizadas pelos psicoterapeutas (e.g., escassez de estudos de caso).

Não obstante alguns avanços registados, na perspectiva de Lundy e Grossman (2001), poderá ainda prevalecer junto de alguns autores a dúvida sobre se a psicoterapia (e.g., com a mulher, com o homem) será uma resposta adequada para este fenómeno. Os mesmos autores sublinham a ideia de que aceitar a intervenção clínica não significa o alheamento das questões criminais e das questões sócio-culturais que caracterizam o fenómeno. Não se trata de “psicologizar” nem tão-pouco de prescrever uma resposta necessariamente individual para o problema.

Apesar dessa conjuntura e das limitações evidentes, os terapeutas que intervêm na área dos maus tratos íntimos cada vez mais multiplicam as suas abordagens teóricas e estratégias clínicas face aos problemas habitualmente complexos apresentados por essa população.

Como destacámos, o recurso exclusivo a uma única modalidade terapêutica é pouco aceitável, dado que nenhuma abordagem terapêutica vai de encontro às múltiplas necessidades das mulheres abusadas e dos seus agressores (Goldner, 1992, cit. Trute, 1998). Tal é reforçado pelo facto de cada modelo apresentado reunir vantagens e limitações particulares. São vários os investigadores desta temática que têm vindo a realçar precisamente a necessidade de se disponibilizar diversas propostas interventivas (cognitivo-comportamental, psico-educativas, narrativas) e diferentes modalidades (e.g., grupos, terapia de casal), desde que demonstrem algum sucesso (Rotter & Houston, 1999), precisamente porque estes processos de apoio não são homogêneos, nem tão pouco lineares.

É, por isso, desejável continuar a investir-se na multiplicidade de abordagens e de orientações interventivas integradas.

De futuro, para além ser necessário desenvolver um maior número de propostas inovadoras de intervenção, precisamos igualmente de compreender melhor aquelas que já estão disponíveis na literatura (e.g., o tipo de processos de mudança envolvidos).

Alguns autores consideram, em particular, que se deve atender a certos factores para se eleger as formas mais úteis e adequadas de apoio psicoterapêutico à mulher. Salientam, por exemplo, que a opção pela modalidade de tratamento (de grupo, individual ou de casal) deverá ter em conta as características da cliente, da relação abusiva, bem como os objectivos que a própria mulher estabelece para a relação. Por exemplo, Sedlack entende que a terapia de grupo é particularmente adequada para as

mulheres que não encontram, no momento, outras opções senão permanecer na relação (devendo o grupo ser constituído por pessoas que se encontrem na mesma situação). Já para as mulheres que pretendem pôr fim à relação a melhor orientação, segundo a autora, será a terapia ou o aconselhamento individual. Para as que querem permanecer na relação mas sem violência, a indicação mais adequada será a terapia de casal. Nalguns casos, essa modalidade pode inclusive ser coadjuvante da terapia individual e da intervenção em grupo.

Para outros autores, certas componentes, independentemente do formato e do contexto de apoio, são entendidas como essenciais na intervenção junto desta população. Por exemplo, Walker e colaboradores (2004) sustentam que no apoio psicoterapêutico devem ser integrados os seguintes elementos: as capacidades da mulher, as estratégias de *coping*, os factores que protegem as mulheres que experimentaram vitimação na intimidade e os factores que acarretam vulnerabilidade do ponto de vista da sua saúde mental. Para os autores, integrar as suas capacidades poderá servir para restabelecer a auto-estima, limitar os efeitos dos maus tratos psicológicos e, ainda, aumentar a motivação para mudança.

Em síntese, e relativamente aos aspectos enunciados, julgamos que a eleição da modalidade interventiva deve ter em conta as características do caso, da cliente, da relação mas também a formação técnica do próprio psicoterapeuta. Todos estes elementos deverão ser tidos em conta no sentido de se eleger a modalidade de apoio que, num determinado momento, é a mais apropriada e a orientação teórico-prática em que se irá inscrever.

Em Portugal, a vítima e o agressor da intimidade deveriam ter ao seu dispor um número maior e mais diversificado de respostas ao nível da psicoterapia. De facto, a rede de intervenção junto da vítima e do agressor é ainda muito escassa e, sobretudo, de cariz remediativa (Manita, 2005).

No que respeita à intervenção com o agressor, apesar do escasso número de instituições que se dedicam no nosso país a uma intervenção sistematizada nesse domínio²¹, no panorama nacional, sobressaem os modelos de psicoterapia individual e de orientação cognitivo-comportamental, centrada na pessoa (Manita, 2005). De qualquer modo, importa sublinhar que o número de intervenções disponíveis para os

²¹ À excepção da Universidade do Porto, da Universidade do Minho e da Universidade de Coimbra (neste último contexto existe a possibilidade de dispor de terapia familiar para alguns casos de violência conjugal/familiar) (Manita, 2005).

agressores não é seguramente suficiente tendo em conta o número de mulheres que denunciam estas situações e as estimativas acerca da prevalência do fenómeno na sociedade em geral (Gondolf, 1993) e na sociedade portuguesa em particular (cf. capítulo I). Deveria, portanto, em termos nacionais, haver um maior investimento na oferta psicoterapêutica dirigida ao agressor, reconhecendo-se ao mesmo tempo o carácter criminal da sua conduta.

No que respeita à intervenção com a mulher também se verificam muitas insuficiências. As várias instituições portuguesas que trabalham nos maus tratos (e.g., A.P.A.V., U.M.A.R., C.I.D.M., centros de acolhimento) disponibilizam, essencialmente, a modalidade de intervenção breve – designadamente o modelo de crise, quer seja no formato de intervenção individual ou grupal. Isso acontece por várias razões. Algumas prendem-se com a orientação teórico-prática que qualifica a sua filosofia de intervenção, outras com o funcionamento da maioria dessas instituições. A nível da orientação teórico-prática, Machado (2004) refere que houve desde início uma expansão dos modelos de intervenção em crise e das abordagens feministas nas práticas das instituições nacionais que actuam nestas áreas. Outra questão que explica a ênfase no modelo de crise prende-se com a habitual escassez de recursos humanos com formação especializada para intervir junto desta população, em termos de psicoterapia. Isso faz com que as intervenções mais específicas e, porventura, mais sistematizadas e continuadas nem sempre estejam disponíveis para as utentes nas instituições portuguesas. Porém, essas intervenções de curto prazo disponibilizadas deveriam ser acompanhadas de oportunidades para promover mudanças mais a longo prazo (e.g., ao nível da identidade, dos padrões relacionais) (Kearney, 1999). Muitas das investigações apontadas por Walker e colaboradores (2004) sugerem precisamente essa necessidade de intervenções de longo prazo, tendo em conta algumas das dificuldades identificadas junto desta população. Por outro lado, perante essa insuficiência de técnicos, a intervenção breve, nomeadamente no formato de grupo, é também uma forma útil e parcimoniosa de intervir ao mesmo tempo com um maior número de pessoas. No plano prático, esses modelos, como referimos, são muito pragmáticos, o que os torna também mais económicos. Por sua vez, o próprio formato organizativo da maioria destas instituições fá-las dirigir-se ao “atendimento”, circunstância que pode restringir a um ou dois os contactos do psicólogo com uma determinada utente. Evidentemente, que nalguns casos a opção pelo modelo de intervenção breve pode também justificar-se pelas características do caso, da própria utente e do seu pedido: algumas mulheres não

apresentam dificuldades demasiado severas motivadas pelos maus tratos, estando capazes de funcionar minimamente. Essa condição não justificaria tanto as intervenções psicoterapêuticas de médio e longo prazo, mas sobretudo estratégias de resolução de problemas imediatos.

Por outro lado, o facto de serem normalmente as mulheres a procurar as instituições de apoio para os maus tratos, estando muitas vezes o parceiro ausente ou pouco motivado para a mudança, inviabiliza, muitas vezes, a intervenção de casal. Essa abordagem, contudo, deveria estar mais disponível para os casais que lidam com a violência pois nalguns casos, como referimos, essa resposta faria todo o sentido.

A articulação entre a psicoterapia com a vítima, a psicoterapia com o agressor e os outros serviços de apoio psicossocial (e.g., sistema social, legal, policial, casas-abrigo) ajuda também a gerir alguns dos problemas, cuja completa resolução ultrapassa ou não pode exclusivamente ser acautelada pela psicoterapia (e.g., medidas de segurança para a vítima). De facto, para além das questões psicológicas devidas ao abuso e do desejo de construir mudança, há uma diversidade de necessidades da mulher a que é preciso também atender (e.g., filhos, habitação), o que exige a actuação de diferentes sistemas necessariamente em articulação (e.g., saúde, escola, justiça, polícias, serviços sociais).

Assim, a psicoterapia com o agressor e/ou com a mulher é apenas uma das respostas possíveis ao nível da intervenção nos maus tratos na intimidade. Enquanto na psicoterapia se ambiciona a mudança, nos outros subsistemas procura-se, entre outros aspectos, a segurança da vítima e o controlo social do fenómeno. Porém, o equilíbrio entre estas duas dimensões interventivas nem sempre existe (Hamby, 1998).

Mas a efectiva colaboração da psicoterapia com outros serviços é uma das condições que acrescenta qualidade na resposta à mulher. A partir dessa articulação, os processos de mudança também serão facilitados, haverá uma maior eficiência nas respostas e necessariamente melhores resultados quando avaliada a utilidade da intervenção (Lundy & Grossman, 2001).

A finalizar, independentemente da perspectiva psicoterapêutica utilizada, julgamos que o mais importante é a mulher recolocar-se na narrativa e assumir a posição do sujeito durante o processo psicoterapêutico. É importante atender à sua solicitude, aos seus momentos de ambivalência, de resignação e à sua capacidade de agir, reflectir, resistir, protestar e gerar novas práticas e experiências.

Como nos propõe Hydèn (1999), quando a mulher conheceu o parceiro que viria a abusar dela, ela trilhava um determinado trajecto de vida e caminhava numa determinada direcção. Ela precisa de readquirir esse rumo e reencontrar-se de novo. Para Kearney (1999), os psicoterapeutas podem ter um papel essencial nessa reconstrução, ajudando as mulheres a processar um conjunto de decisões e a promover redefinições do que se passou.

Segundo a mesma autora, viver uma relação onde se é maltratada pode dissipar tantas dimensões de vida que existe o risco daquela condição (de vítima) pode tornar-se a identidade da mulher. Mas tal como a autora também afirma, não é adequado definir aquela que é maltratada pelo parceiro como uma “mulher batida”. Ela é «uma mulher que experimentou viver com um parceiro que a maltratava...A violência não é o único factor definidor da sua vida» (p. 467) e da sua identidade. Apesar de tudo, a predominância dessa versão e as múltiplas estratégias que, por vezes, a mulher adopta para a evitar (e.g., negando a violência, escondendo essa versão) não facilitam a auto-compreensão e a mudança. O processo psicoterapêutico deve, pois, ser um espaço que ajuda a mulher a desafiar e a distanciar-se dessa versão de “mulher batida” que tantas vezes transporta mas não deve limitar-se a esse objectivo.

Em síntese, o que é preciso entender é que há um lado violento na experiência da mulher que ela precisa de integrar no seu percurso de vida. Mas a sua história de violência abrange outros elementos para além do domínio masculino e da subordinação feminina. Muitas vezes, paralelamente a essa dinâmica de comportamento masculino violento, desenvolveu-se uma história de resistência e superação. Ambas constituem parte da sua história e ambas precisam de ser reconhecidas e narradas (Hydèn, 1999).

III. Investigação psicoterapêutica sobre a violência na intimidade

A investigação em psicoterapia é, em si mesmo, uma área demasiado vasta para ser suficientemente reflectida no espaço deste capítulo. Assim, a nossa discussão circunscrever-se-á à pesquisa sobre a psicoterapia no contexto da violência íntima.

3.1. Introdução

Na altura em que as questões da violência na intimidade foram tornadas públicas, surgiu também a necessidade de se desenvolver investigações que pudessem, de alguma forma, orientar as intervenções junto das vítimas (Lundy & Grossman, 2001).

Actualmente, e tendo em conta o crescente número de pessoas que procuram ajuda no contexto da violência, torna-se pertinente saber se as respostas disponíveis (discutidas na primeira parte deste capítulo) de facto funcionam e de que modo são bem (ou mal) sucedidas.

Interessa, antes de mais, salientar que são ainda muitas as limitações actuais a nível da investigação/intervenção no domínio da vitimação na intimidade.

Diversos autores têm vindo a reflectir sobre as dificuldades que permanecem, até aos nossos dias. Muitos autores (e.g., Burke *et al.*, 2001) têm salientado a escassez de estudos e de literatura específica sobre o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de intervenções com mulheres abusadas pelos parceiros.

Um dos problemas, apontado por Lundy e Grossman (2001), reside na centralização excessiva das investigações no quadro da P.T.S.D.. De facto, uma parte significativa dos estudos sobre intervenções terapêuticas documentadas diz respeito a vítimas que assinalam esse diagnóstico. Porém, apesar de muitas mulheres abusadas registarem esse diagnóstico, e da sua linguagem estar difundida entre os clínicos, continua actualmente a haver muita controvérsia sobre se este será um conceito útil no qual se possa basear a intervenção psicoterapêutica com a mulher abusada pelo parceiro. Algumas das questões que se colocam são, nomeadamente: não será essa uma forma de despolitizar a intervenção? Não será uma forma de atender apenas e especificamente ao impacto evidenciado nalgumas mulheres? (Humpreys & Joseph, 2004). Além disso, o que acontece é que muitos autores referem a utilidade das estratégias de avaliação/intervenção descritas nesse âmbito para os casos de violência na intimidade, mas prescrevem-nas igualmente, de modo indiferenciado, para a intervenção junto de veteranos de guerra e de vítimas de violação. Nesse contexto, uma outra limitação adicional é referida por Walker e colaboradores (2004): muitos dos estudos disponíveis sobre a eficácia da intervenção em quadros nosológicos de P.T.S.D. foram

desenvolvidos com mulheres abusadas sexualmente, e não necessariamente com vítimas de abuso pelo parceiro.

Outra das dificuldades, mencionada por Stark e Flitcraft (1996, cit. Burke *et al.*, 2001), diz respeito à escassa sistematização de teorias sobre esta problemática, embora abundem investigações descritivas. De referir por exemplo que, embora os modelos teóricos para a análise dos maus tratos (discutidos no capítulo II) sejam úteis no domínio etiológico e interventivo, alguns desses modelos proporcionam poucas pistas sobre os processos de interrupção da violência (Burke *et al.*, 2001).

A partir de uma ampla revisão da literatura, constatamos que no panorama internacional há um número muito limitado de investigações sobre a psicoterapia neste domínio. No quadro nacional, estudos desse tipo estão totalmente ausentes.

Há, porém, um conjunto de factores que ajudam a compreender essa escassez de literatura e de estudos sobre as investigações em psicoterapia com a mulher abusada: é um fenómeno cuja conceptualização (social, científica) é recente; existem poucos modelos específicos de intervenção; há algum fracasso dos profissionais, por exemplo do domínio da saúde mental, em identificar as questões da violência na intimidade, não equacionando a sua actuação nesse domínio ou não priorizando o abuso em termos de intervenção; existe uma insuficiente avaliação dos resultados das intervenções (cf. Walker *et al.*, 2004). O facto de haver poucas intervenções documentadas e rarearem investigações sobre resultados e processos terapêuticos são, aliás, problemas intimamente associados (Lundy & Grossman, 2001).

Há, ainda, características específicas desta população que tornam a investigação em psicoterapia particularmente difícil. Assim, por exemplo, a instabilidade da sua condição de vida, o controlo do parceiro (e.g., dificuldades na mobilidade), a insegurança percebida e as questões de foro económico, tornam estas clientes particularmente inconstantes na sua presença nas sessões de psicoterapia.

Em termos internacionais, tal como acontece na intervenção, a investigação em psicoterapia com mulheres vítimas de maus tratos é menos extensa e está menos desenvolvida do que a investigação com parceiros maltratantes (Lundy & Grossman, 2001). Vejamos então o que se sabe acerca da investigação nesse domínio específico.

3.2. Investigação psicoterapêutica com agressores na intimidade

Embora as primeiras intervenções formais com este tipo de agressores tenham surgido apenas em finais dos anos setenta, sobretudo em Inglaterra e nos E.U.A, rapidamente essas experiências se expandiram por toda a Europa e Canadá. Muitas delas surgiram integradas na resposta promovida pelos sistemas de justiça desses (Scott, 2004). Como consequência, a literatura e a reflexão sobre o tema é hoje abundante, integrando múltiplas abordagens teóricas e práticas (e.g., Babcock & Taillade, 2000; Dankwort & Rausch, 2000; Nylund & Corsiglia, 1996).

Hanna (1998, cit. Danis, 2003) revela que, nos E.U.A., ao contrário de outros crimes que envolvem também agressões, nos casos de violência doméstica é mais provável um agressor ser encaminhado para programas de intervenção (e.g., psico-educativos), específicos, do que ser alvo de uma detenção. Curiosamente, a avaliação em termos de eficácia interventiva é mais abundante no que respeita aos efeitos da detenção do que ao impacto desses programas (Babcock & Steiner, 1999).

É hoje possível depararmo-nos com inúmeras investigações nesse domínio e em diferentes áreas de pesquisa: estudos sobre a relevância e a utilidade da intervenção junto dos parceiros agressores (e.g., Bennet & Piet, 1999; Gerlock, 2001; Gondolf, 2004), estudos sobre as características dos agressores conjugais (e.g., Holtzworth-Munroe, 2000), estudos sobre os preditores dos *dropouts*, muito frequentes no âmbito destes processos (e.g., Brown, O'Leary & Feldbau, 1997; Rooney & Hanson, 2001), trabalhos sobre os níveis de eficácia dos programas interventivos (e.g., Eckhardt, Babcock & Homack, 2004; Gregory & Erez, 2002), sobre o efeito específico desses programas na redução da reincidência das agressões (e.g., Gondolf, 2000), estudos sobre a adequação de níveis diferenciados de intervenção aos diversos estádios de mudança nos parceiros agressores (e.g., Eckhardt *et al.*, 2004) e, ainda, investigações sobre o impacto desse tipo de intervenções junto das vítimas (e.g., Austin & Dankwort, 1999).

Apesar de mais desenvolvido, o domínio da investigação/intervenção com o agressor continua a gerar um amplo debate em vários países, tal como acontece na área das vítimas, envolvendo activamente os diversos agentes de intervenção e os investigadores.

Em forma de síntese, têm sido promovidas algumas reflexões críticas no que respeita à implementação, à avaliação e à eficácia das intervenções protagonizadas junto

dos parceiros agressores. Alguns dos temas que têm gerado maior discussão estão relacionadas com os formatos e as modalidades de intervenção, a eleição dos participantes, as necessidades de formação específica dos profissionais, mas sobretudo com a questão da eficácia, para a qual continua a não haver consenso (Scott, 2004).

Sobre essa última questão importa dizer, antes de mais, que a forma como *sucesso* é definido estabelece o que se entende por intervenção eficaz com o agressor (Wilson, 1997). O próprio conceito de *eficácia e mudança* tem sido alvo de intensa controvérsia. Uma leitura dicotômica da eficácia das intervenções protagonizadas – a partir da interrupção completa da violência - prevaleceu durante muito tempo (Tolman & Edleson, 1995, cit. Hamby, 1998). Outros autores enfatizavam a redução da violência e não necessariamente a sua eliminação (e.g., Poynter, 1989, cit. Hamby, 1998). A esse propósito, Scott (2004) sustenta que conceber a mudança unicamente a partir da interrupção da violência física não permite captar a complexidade dos processos subjacentes aos parceiros que deixavam de ser agressores.

Como forma de ultrapassar tais limitações, Katreena Scott (2004), por exemplo, tem vindo a propor, que a aferição do sucesso junto do agressor seja sempre efectuada a partir de múltiplas fontes (e.g., o homem, a mulher, o sistema que interveio no problema). A autora tem, igualmente, vindo a reforçar outras necessidades neste domínio: encontrar novas formas de medir e de analisar a mudança, investir no estudo dos preditores da mudança, melhorar a eficácia das intervenções, expandir as concepções acerca dos resultados dos programas de intervenção com agressores (e.g., relacionando as definições de sucesso com as diversas teorias acerca da mudança), aferir o impacto das intervenções a partir de um maior foco na interacção entre os agressores e as suas parceiras (e.g., padrões de comunicação) e, ainda, proceder a uma análise contextual dos programas, estudando os seus efeitos no sistema mais amplo (e.g., político, comunitário).

Também Gondolf (1993) propõe que a avaliação do sucesso se realize não apenas a partir da redução da violência, mas também a partir da melhoria na qualidade de vida da mulher (e.g., independência, auto-valorização). O mesmo autor destaca ainda que muitos programas não integram na avaliação do sucesso outros factores igualmente importantes (e.g., acção policial).

No domínio da intervenção com parceiros agressores, a intervenção cognitivo-comportamental continua a ser referenciada por alguns autores como a mais eficaz na

redução das taxas de reincidência. Esta abordagem tem como objectivo, essencialmente, permitir ao agressor o reconhecimento de padrões disfuncionais, em termos cognitivos e comportamentais. Segundo Rui Gonçalves (2004), esse tipo de intervenção junto desses agentes deverá organizar-se, fundamentalmente, em torno da punição, do tratamento e do controlo.

Contudo, e especificamente sobre as taxas de reincidência, os estudos não são unânimes. Alguns trabalhos (e.g., Tolman & Bennett, 1990, cit. Gondolf, 1993) reportam níveis de sucesso de 60% no que respeita à cessação da violência física. Por sua vez, Hamby (1998) faz referência a vários estudos que documentam que as taxas de reincidência dos agressores que são alvo de intervenção não são muito diferentes daqueles que não beneficiam desse tipo de apoio (e.g., Gondolf, 1997; Rosenfeld, 1992, Tolman & Bennett, 1990; Malley-Morrison & Hines, 2004). Scott (2004) reforça também a ideia de que muitos dos estudos realizados sobre essas intervenções evidenciam poucos efeitos positivos, para além da redução da psicopatologia e da raiva. Segundo a autora, não existem evidências de alterações, por exemplo, a nível das atitudes patriarcais, nas atitudes acerca dos papéis de género, a nível das capacidades de comunicação (e.g., expressão pessoal, capacidade de negociação face à parceira) ou das estratégias de interrupção imediata do abuso, normalmente uma exigência da intervenção.

Em síntese, no domínio dos agressores conjugais, não há grandes consensos em termos de eficácia de resultados e não existem evidências claras e suficientes que indiquem que uma abordagem psicoterapêutica seja mais eficaz do que outra (Gondolf, 1997; Tolman & Benett, 1990, cit. Hamby, 1998; Malley-Morrison & Hines, 2004).

Apesar da incerteza acerca dessa eficácia, Gondolf (1993) sublinha que não deve ser menosprezada a sua potencial contribuição para cessar a violência.

Além disso, temos que considerar que as avaliações empíricas dos programas interventivos com agressores se confrontam com um conjunto de limitações metodológicas habitualmente presentes neste domínio (e.g., ausência de grupos de controlo ou comparativos apropriados, brevidade dos períodos *follow-up*, pouca participação no *follow-up* de médio e longo prazo). Ora, essas condições impossibilitam avaliar a eficácia das intervenções desenvolvidas (e.g., em termos de modalidade, filosofia de orientação) (Gelles, 1997). Gondolf (2001) tem vindo a reflectir igualmente sobre esse conjunto de dificuldades encontrado nos estudos nesta área. Nos seus

trabalhos, o autor tem vindo a sublinhar que a maioria das investigações diz respeito a avaliações experimentais da eficácia dos programas implementados com essa população, com limitações significativas (e.g., alheamento da vítima na avaliação dos resultados das intervenções, interferência de vários factores contextuais na eficácia dos programas). Scott (2004) faz ainda referência à escassez de estudos longitudinais, à existência de amostras demasiado pequenas, à avaliação pouco precisa das relações entre as variáveis estudadas e as mudanças no comportamento agressivo e, ainda, à insuficiência de estudos sobre os processos de mudança dos agressores na intimidade.

Tendo esses factores em consideração, Gondolf (1987, cit. Hamby, 1998) aponta alguns cuidados para uma avaliação mais adequada desses programas, atendendo nomeadamente à população que é avaliada e à existência de um grupo de controlo. Segundo o autor, importa definir qual a medida de resultado ou sucesso a considerar, o período em que deve decorrer o *follow-up*, a acessibilidade do agressor à vítima, a existência de outras intervenções, designadamente promovidas pela própria vítima. Os estudos sobre a eficácia de resultados deverão ainda atender à avaliação de perigosidade, às questões culturais e das minorias e à adequação global dos programas interventivos implementados. Por sua vez, Edleson (1995, cit. Hamby, 1998) sugere um maior investimento em estudos quantitativos com *designs* rigorosos e em estudos qualitativos que analisem o tipo de mudanças envolvidas na transformação para um comportamento não violento.

3.3. Investigação sobre os resultados psicoterapêuticos com a mulher

Sobre a intervenção com as mulheres vitimadas pelo parceiro, os estudos têm surgido mas, como já dissemos, com menor amplitude. Por exemplo, existe pouca investigação acerca do impacto do recurso aos serviços (e.g., de saúde mental) no que respeita ao ajustamento das mulheres a curto e médio prazo (Jackson & Jackson, 1996, cit. Lundy & Grossman, 2001). São, igualmente, escassas as investigações disponíveis que demonstrem a eficácia das intervenções na gestão dos maus tratos durante a fase da relação e no pós-separação. Para além disso, a investigação sobre os processos psicoterapêuticos (e.g., acerca da mudança) é inexistente no contexto internacional. Essa circunstância inviabiliza, desde logo, responder à questão: *o que acontece nos processos psicoterapêuticos em que a mudança é promovida?*

Tendo em consideração essa circunstância, centraremos de seguida a discussão em torno da investigação psicoterapêutica produzida até ao momento sobre a mulher vitimada pelo parceiro. Faremos uma revisão do estado actual dos conhecimentos nessa área, procurando responder a algumas das questões que se colocam (e.g., que efeito têm as intervenções preconizadas?) mas procurando sobretudo perceber *o que sabemos e o que precisamos ainda de estudar?*

Foi sobretudo durante os últimos dez anos que os investigadores procuraram responder às questões sobre a utilidade das psicoterapias desenvolvidas junto de mulheres vitimadas pelos parceiros. Contudo, na perspectiva de Goldner (1999), a investigação de resultados neste domínio continua ainda muito elementar.

Ainda assim, uma parte significativa do que conhecemos sobre os resultados da intervenção clínica com mulheres vitimadas pelos seus parceiros chega-nos dos poucos estudos publicados sobre a eficácia das intervenções em grupo.

Nesse âmbito, uma avaliação conduzida no Canadá por Tutty, Bidgood e Rothery (1993), a partir de doze grupos de suporte, revelou ganhos substanciais relacionados com esse tipo de intervenção, nomeadamente ao nível do aumento do sentimento de inclusão/suporte emocional, da auto-estima, do *locus* de controle interno e da diminuição do *stress* percebido, bem como das atitudes tradicionalistas em relação ao casamento e à família. Verificaram-se, ainda, alterações ao nível do funcionamento marital (e.g., maior expressão de afecto, menos comportamentos de controlo) e uma diminuição (embora não cessação) dos comportamentos abusivos. Tutty, Bidgood e Rothery (1996, cit. Lundy & Grossman, 2001), num outro trabalho também com intervenção em grupo fazem igualmente referência a que, em três dos quatro estudos que envolveram pré e pós-teste, se evidenciaram melhorias estatisticamente significativas em várias áreas (e.g., auto-estima, raiva, depressão, atitudes face ao casamento e à família).

Os autores não deixam, contudo, de fazer referência a variáveis de processo que podem condicionar os resultados num formato de intervenção em grupo: o tamanho do grupo, os níveis de participação, a circunstância da mulher completar ou não todo o processo, a influência dos facilitadores (e.g., tipo de orientação e de formação - psicólogos, assistentes sociais), a experiência de participação da mulher em grupos anteriores, a idade da mulher, o facto de coabitar ou não com o parceiro. Em geral, estas condições não tinham um efeito significativo nos resultados, mas existiam algumas

diferenças no *follow-up* após seis meses.

Apesar do sucesso anunciado por esses autores a este nível, existem algumas limitações subjacentes a estes projectos de grupo, quer ao nível da eficácia destas intervenções, quer ao nível da investigação: não são muitos os estudos publicados, as amostras envolvidas são normalmente pequenas e raramente existem grupos de controlo.

Por sua vez, num outro estudo já referido de Cox e Stoltenberg (1991) avaliou-se a eficácia da intervenção em grupo e concluiu-se que não havia diferenças significativas entre o grupo terapêutico e o grupo de controlo e que em ambos houve uma melhoria na auto-estima. Apesar de tudo, num dos dois grupos terapêuticos registaram-se também melhorias ao nível da ansiedade e depressão. Uma limitação deste estudo refere-se ao reduzido grupo de participantes (menos de dez participantes em cada grupo).

Em suma, a pesquisa sobre os resultados da terapia de grupo com mulheres conhece algumas limitações, nomeadamente metodológicas, e embora alguns autores refiram a sua eficácia como forma de tratamento, ela não está ainda suficientemente comprovada.

Um outro conjunto de estudos desenvolvidos refere-se às intervenções com casais.

Um desses trabalhos procedeu à comparação entre o aconselhamento em grupo e o aconselhamento de casal, contendo ainda um grupo de controlo sem intervenção. Apesar de envolver de um número significativo de casais ($n = 81$), os investigadores deparam-se com algumas limitações que se ficaram a dever às elevadas taxas de *drop-out*, mesmo antes da própria intervenção ter lugar (25 a 35%). Depois de iniciadas as intervenções, as taxas de *drop-out* subsistiram mas com expressões muito diferentes: 67% dos participantes da terapia de casal desistiram antes do término da intervenção, comparado com apenas 16% de desistências ocorridas na condição de intervenção em grupo (Harris, Savage, Jones & Brooke, 1988, cit. Lundy & Grossman, 2001). Entre aqueles que completaram a intervenção, não existiam diferenças entre os dois grupos, relativamente à cessação da violência física, isto é, a sua proporção era similar entre as mulheres de ambos os grupos. As medidas psicológicas no pós-teste registavam efeitos positivos em todos os grupos, incluindo no grupo de controlo, sugerindo que a intervenção psicoterapêutica teve efeitos positivos limitados nesse domínio.

Por sua vez, um outro estudo comparou a terapia de casal com a terapia individual, embora não tenha considerado qualquer grupo de controlo (e.g., O'Leary, Heyman &

Neidig, 1994, cit. Lundy & Grossman, 2001). Os resultados evidenciaram que ambas as intervenções eram igualmente eficazes em termos de resultados, os quais incluíam medidas de depressão. Os participantes em ambos os grupos reportavam também melhorias na qualidade dos seus casamentos (Chalk & King, 1998, cit. Lundy & Grossman, 2001).

Um outro trabalho (Schlee, Heyman & O'Leary, 1998) avaliou a eficácia da intervenção em grupo com casais (n = 84) que procuraram ajuda para conflitos maritais. Concluiu-se que, nessa modalidade, as mulheres que registavam diagnóstico de P.T.S.D., embora iniciassem a terapia em condições mais adversas (e.g., menor satisfação marital, sintomatologia depressiva mais elevada, grau de medo superior face ao parceiro), conseguiram no fim da terapia atingir os mesmos resultados positivos que aquelas mulheres que não assinalavam o mesmo diagnóstico. Segundo os autores, este estudo, embora registasse elevadas taxas de *drop out*, conferia suporte à terapia de grupo com casais como apropriada para as situações de maus tratos.

Uma revisão de Brown e O'Leary (1997) acerca dos programas terapêuticos com casais onde existe violência conclui que, apesar da escassa sistematização sobre a eficácia desses programas, os estudos sustentam que os resultados dessa intervenção são globalmente positivos (avaliação pós-intervenção com taxas de sucesso entre 50 a 90% em termos de cessação da violência).

De qualquer modo, os investigadores Brown e O'Leary (1997) destacam algumas limitações presentes em grande parte destes estudos, as quais acabam por debilitar as conclusões de que estas intervenções são eficazes na diminuição ou cessação da violência: as elevadas taxas de *drop-out* (entre 14 a 47%), a forma distinta como o sucesso é aferido nos diferentes programas, a variabilidade nas taxas de reincidência e, ainda, a ausência de grupos de controlo na quase totalidade dos estudos analisados.

Outros autores dedicaram-se a avaliar a eficácia das terapias feministas e até que ponto estas se diferenciavam das terapias mais tradicionais (cf. Sharma, 2001). Por exemplo, Rinfret-Raynor e Cantin (1997), recorrendo a um *design* quasi-experimental, compararam a eficácia de diferentes tipos de terapia levados a cabo com três grupos de mulheres abusadas pelo parceiro. No primeiro grupo, as mulheres eram alvo de intervenção de grupo baseada no modelo feminista; no segundo grupo, eram alvo de terapia individual baseada no mesmo modelo; o terceiro grupo recebeu as formas de terapia tradicionalmente estabelecidas e promovidas pelas instituições de serviço social

(e.g., paradigma de intervenção social e comunitária). A avaliação, através de entrevistas (pré, pós-teste, *follow-up*) e do preenchimento de questionários (e.g., autoestima, assertividade, ajustamento social) revelou melhorias estatisticamente significativas em todas as dimensões naquelas mulheres que receberam intervenção de orientação feminista, tanto em grupo, como individual. As autoras referem, contudo, ter enfrentado problemas ao nível do recrutamento das participantes, o que conduziu a revisões constantes do plano empírico inicialmente estabelecido, acabando por limitar a generalização dos resultados.

Pence e Shepard (1990) documentaram também a eficácia de um programa de orientação feminista que, para além do aconselhamento em grupo ao maltratante e à vítima, envolvia o sistema de justiça (e.g., sanções judiciais). Na avaliação do programa, a partir de dois estudos (Novak & Galaway, 1983, Shepard, 1987), concluiu-se sobre a sua eficácia ao nível da redução das taxas de abuso, nomeadamente nos três meses seguintes aos processos de intervenção. Shepard (1987) acrescenta que no *follow-up* de um ano, cerca de 70% das vítimas não experimentavam violência física. Porém, embora tenha decrescido, 60% das mulheres continuavam a reportar ter experienciado alguma forma de abuso psicológico durante esse período. Uma das lacunas da avaliação de eficácia deste programa foi não ter conseguido perceber quais e de que forma as diferentes componentes da intervenção contribuíram para o seu sucesso.

Outros estudos recentes (Kubany *et al.*, 2003) avaliaram a eficácia da terapia cognitiva junto de mulheres maltratadas e diagnosticadas com P.T.S.D.. Em termos de eficácia, os resultados preliminares, envolvendo 37 mulheres de múltiplas etnias, sujeitas a esta modalidade de intervenção, documentam a remissão da P.T.S.D. em 30 das 32 mulheres que completaram essa mesma intervenção. Os ganhos mantiveram-se após um *follow-up* de três meses.

Um outro estudo (e.g., Lubin, Loris, Burt & Johnson, 1998, cit. Lundy & Grossman, 2001) analisou a eficácia da terapia de grupo cognitivo-comportamental em mulheres diagnosticadas com P.T.S.D. crónico. Os resultados sugeriram que tais intervenções podem ser eficazes na redução dos sintomas centrais da perturbação. Todavia, este estudo encerra algumas limitações significativas: a sua amostra era composta por mulheres cuja última vitimação não era recente; grande parte das participantes foi alvo de formas múltiplas de vitimação (infantil e adulta) ao longo da

vida; antes da participação neste estudo, muitas estiveram em terapia uma média de 7,6 anos.

3.4. Reflexões finais sobre a investigação psicoterapêutica nos maus tratos

Da análise do estado da arte acerca da investigação psicoterapêutica no domínio dos maus tratos decorre um conjunto de implicações sobre as quais importa reflectir.

Apesar da história da investigação psicoterapêutica ser curta e da complexidade que lhe está inerente, uma das primeiras ideias que ressalta do que foi referido é que a investigação empírica, especialmente no que concerne à mulher abusada, continua a conhecer muitas limitações: é escassa, está muito pouco explorada e sistematizada, encontra-se insuficientemente abordada na literatura sobre o tema e assinala muitas dificuldades metodológicas.

Uma outra apreciação que se retira do conjunto de trabalhos desenvolvidos até ao momento é a inexistência de estudos sobre o processo psicoterapêutico.

Pelo que foi discutido, poder-se-á afirmar, e de acordo com Lundy e Grossman (2001), que a investigação sobre a psicoterapia com a vítima tem estado praticamente alheada da literatura e da pesquisa sobre a violência na intimidade.

Contudo, e embora a eficácia da psicoterapia não constitua para nós uma questão central da pesquisa nesse domínio, como já sublinhámos, há uma questão que em nosso entender merece especial atenção. Julgamos que o conceito de *resultado e eficácia* no domínio da investigação/intervenção psicoterapêutica com a mulher abusada deveria ser alvo de maior teorização e debate no seio da comunidade científica (tal como já aconteceu a propósito dos parceiros agressores).

Independentemente da modalidade utilizada, esse tema deveria gerar mais discussão, dado que muitas das questões nesse domínio permanecem em aberto: quais os melhores critérios para se aferir resultados nesse contexto? Um resultado eficaz deverá ser a interrupção imediata de todas as formas de violência? Ou será mais provável ocorrer uma redução significativa de certas formas de violência, ainda que não a sua imediata cessação total? Por outras palavras, tendo em conta as elevadas taxas de reincidência do agressor e a violência como um fenómeno continuado, não será de

esperar que ao longo da mudança haja também um processo gradual na sua interrupção? Deverá ser a avaliação da violência o único critério relevante de eficácia e aquele que será mais útil? Para além da cessação da violência, não há outras mudanças desejáveis e/ou complementares nestes processos, como a avaliação a partir de medidas de dano, de bem-estar psicológico, de satisfação marital, mudanças qualitativas nas interações e padrões de comunicação? Não seria ainda importante, na avaliação do sucesso, multiplicar as medidas utilizando, por exemplo, instrumentos diferenciados? Não seria mais útil recorrer a formas intermédias de avaliação dos resultados (vs. resultado final)? A selecção das medidas de avaliação deverá ajustar-se às diferentes teorias/propostas acerca da mudança na mulher abusada? A aferição do sucesso não poderia contemplar outras fontes para além da mulher? Não seria relevante avaliar o impacto dessa intervenção junto do parceiro? Como integrar na avaliação da eficácia o efeito de outros factores internos (e.g., capacidade de resiliência, reacção do parceiro e dos outros à mudança) e externos à terapia (e.g., intervenção judicial)? Uma questão adicional relaciona-se com as condições que tendem a co-ocorrer com estas situações (e.g., problemas adicionais): como avaliar o seu impacto ao nível da própria intervenção e da avaliação da sua eficácia?

Apesar destas questões poderem ainda gerar muita controvérsia, precisamos em simultâneo de perceber melhor em que sentido é que as intervenções disponíveis para a mulher são eficazes (e.g., tipo de efeitos). Provavelmente nem todas as intervenções serão igualmente úteis para todos os casos. Necessitamos de saber quais são as mais úteis, em que sentido e em que contextos específicos algumas das intervenções são bem sucedidas e outras não (Lundy & Grossman, 2001).

Noutra parte deste capítulo, sublinhámos a necessidade de disponibilizar para a mulher quer formas de psicoterapia breve, quer intervenções mais longas. As insuficiências retratadas na literatura, em torno da dimensão temporal e dos *timings* das intervenções, tornam também pertinente desenvolver estudos que nos permitam compreender melhor em que condições e com que população uma intervenção breve poderá ser mais útil e eficaz (Zweben & Flemming, 1999, cit. Walker *et al.*, 2004). Nesse sentido, a eficácia de intervenções breves, e as condições contextuais que lhe estão inerentes, deveria ser comparada com intervenções de longo termo.

Por sua vez, a inexistência de conclusões empíricas que sirvam de justificação para usar uma forma de intervenção em detrimento de outra (Goldner, 1999), reforça a

ideia de que a intervenção nesta área deve continuar a ser alvo de múltiplas abordagens terapêuticas e diferentes formatos.

De referir ainda que muitas decisões (e.g., sociais, políticas, institucionais) assentam em consensos sobre o que é que realmente funciona para a maioria das pessoas que procura apoio numa determinada área (Lundy & Grossman, 2001). Essa é outra circunstância que deve motivar um maior investimento no domínio da utilidade da psicoterapia com a mulher abusada.

O facto da investigação disponível sobre os diferentes formatos de psicoterapia nos maus tratos ser escassa, e nalguns casos inconclusiva, poderá estar relacionado com as várias limitações que os estudos registam.

Abel (2000), num esforço para sistematizar o “mapa” de constrangimentos que explicam a escassez de conclusões neste domínio, numa revisão de nove estudos empíricos sobre a eficácia da intervenção psicossocial nos maus tratos íntimos, conclui que a maioria dos estudos envolve intervenções de curto prazo e a modalidade de intervenção em grupo; as amostras dos estudos são habitualmente pequenas, condicionando a generalização dos resultados obtidos; as abordagens conceptuais que orientam as práticas estudadas referem-se predominantemente ao feminismo, ao cognitivismo e ao apoio social; as modalidades de intervenção são, na sua maioria, pouco estruturadas o que compromete a sua aplicação a amostras maiores e a comparação entre estudos; a maioria dos estudos promovidos neste domínio regista limitações metodológicas (e.g., ausência de grupos de controlo e de *follow-up*, grande disparidade nos instrumentos de recolha, amostras substancialmente heterogéneas dentro do mesmo estudo). É, por exemplo, essencial incluir nestes estudos informação detalhada sobre as participantes-alvo da intervenção, detalhar o modo como foram recrutadas, seleccionadas e se tornaram elegíveis para que outros investigadores/clínicos possam aferir a possibilidade de generalização dos resultados da intervenção levada a cabo (Humphreys & Weisner, 2000, cit. Walker *et al.*, 2004). Por fim, muitas das investigações são habitualmente levadas a cabo por técnicos inexperientes, nem sempre consistentes na sua actuação.

Ao nível do agressor, e como defende Manita (2005), a eficácia dos programas de intervenção desenvolvidos deve também ser melhor avaliada. Muitas vezes, o simples facto do agressor aderir a uma proposta interventiva faz a mulher acreditar que ele irá

mudar, adiando algumas decisões. Porém, como documentámos a partir das evidências disponíveis, os resultados sobre a eficácia a esse nível não são congruentes. Daí que uma avaliação sistemática desses programas seja fundamental, para aferirmos se de facto estes se revertem em melhorias na relação, ou se não são mais uma forma de “iludir” as parceiras, os técnicos e os subsistemas envolvidos (e.g., sistema social, judicial, policial).

Pelo que foi exposto, é igualmente necessário encontrar formas de superar as inúmeras as dificuldades metodológicas relativas aos estudos sobre a eficácia neste domínio. A maioria regista problemas ao nível da conceptualização (e.g., várias definições de abuso, diferentes critérios de sucesso), da implementação (e.g., taxas de *drop-out* muito elevadas) e vários problemas metodológicos, tais como a utilização de amostras pequenas e o facto do *follow-up* ser muito raro (Manita, 2005).

A terminar, não é suficiente analisar se as intervenções com mulheres abusadas pelo parceiro têm resultados positivos. Interessa, como já dissemos, saber *como* é que as mudanças ocorrem na psicoterapia, a partir de que perspectivas é que as mulheres mudam e quais são os factores responsáveis pelas transformações positivas. Para responder a essas questões, é importante investir em estudos sobre os processos de mudança específicos com esta população.

A investigação sobre o processo psicoterapêutico tem que começar a fazer parte da pesquisa, nacional e internacional, neste domínio. É também necessário desenvolver estudos que visem a compreensão, a partir da análise contextualizada de momentos particulares do processo psicoterapêutico, da relação entre intervenção e mudança.

O mesmo deve suceder ao nível da investigação relativa aos homens que exercem violência na intimidade: deve investir-se em estudos sobre resultados e sobre os processos de mudança desenvolvidos por essa população.

Capítulo V

METÁFORA NARRATIVA:

A CRIAÇÃO DE NOVOS CONTORNOS NA PSICOTERAPIA E NA INVESTIGAÇÃO

Síntese: Neste capítulo analisamos o modo como a metáfora narrativa se tem reflectido na psicoterapia e na investigação. No plano da psicoterapia, conferimos particular relevo à abordagem narrativa de re-autoria proposta por Michael White e David Epston (1990), dado que serviu de orientação aos processos terapêuticos desenvolvidos no âmbito deste trabalho. Caracterizamo-la a partir dos seus pressupostos teóricos centrais. Reflectimos, de seguida, sobre a concepção de identidade subjacente às terapias narrativas e apresentamos algumas das ideias que têm surgido para a sua exploração no domínio terapêutico. Por último, descrevemos algumas das propostas disponíveis para a investigação dos processos terapêuticos a partir da narrativa. A concluir, discutimos as potencialidades, os dilemas e os desafios que a metáfora narrativa coloca ao terapeuta e ao investigador que actua no domínio da vitimação na intimidade.

I. Introdução

As concepções acerca da natureza das perturbações psicológicas, acerca das teorias e dos processos psicoterapêuticos registaram transformações significativas durante as três últimas décadas (Omer & Alon, 1997).

A emergência de dois novos paradigmas foi fundamental para essa revisão teórico-epistemológica: o Construtivismo, onde se destacam como interlocutores von Glaserfeld (1984) e Paul Watzlawick (1967, cit. Botelha, 2001) e, o Construcionismo Social, com autores como Sheila McNamee (McNamee, 2001) e Kenneth Gergen (Gergen, 1996; Gergen, 1999).

Apesar das várias dissemelhanças entre si, ambos os paradigmas contribuíram de forma determinante para a «revolução pluralista» (Omer & Alon, 1997, p. 191) e acabaram por se reflectir num conjunto de novas concepções, nomeadamente acerca da disfuncionalidade e do diagnóstico (M. Gonçalves, 2003).

Algumas das aceções valorizadas por ambos os paradigmas (e.g., a realidade como construção plural, a inexistência de posições neutras e privilegiadas de acesso ao real, a importância dos processos pró-activos na construção de significações múltiplas

acerca da experiência pessoal) enfatizam ainda o carácter pragmático do conhecimento e a sua capacidade para viabilizar construções mais úteis acerca da experiência.

Desses dois movimentos, e das reconceptualizações que tiveram lugar, decorreram um conjunto de implicações para a investigação em psicoterapia (e.g., novas questões, desafios e metodologias) e para a prática clínica (e.g., concepção da psicoterapia, dos problemas, do cliente, do espaço e da postura terapêutica).

1.1. Reflexos da pós-modernidade na psicoterapia: a narrativa como metáfora

A partir da epistemologia construtivista e construcionista social surgem novas práticas terapêuticas, aquilo que alguns designam de «família de abordagens pós-modernas» (Neimeyer & Raskin, 2000, p. 4).

Sobretudo a partir dos anos setenta, vários autores começam a sustentar que a forma predominante pela qual os seres humanos dão unidade e sentido às suas vidas é através da narrativa (e.g., Hermans & Kempen, 1993; McAdams, 1993, cit. Rosenberg, 1997; Sarbin, 1986, cit. McLeod, 1997; White & Epston, 1990; White, 1992), organizando a multiplicidade de significações acerca da experiência através de histórias (Gergen & Gergen, 1988, McAdams, 1988, cit. Ashmore & Jussim, 1997).

Assim, partindo dessa perspectiva de que as nossas vidas são constituídas através da narrativa (White, 1995), se se ambiciona perceber o processo terapêutico, então a narrativa dos acontecimentos deve ser o alvo privilegiado dos projectos de investigação científica (Harré & Gillet, 1994, cit. O. Gonçalves, 2000). Por sua vez, se se ambiciona compreender a experiência dos clientes, a narrativa dessa experiência deve constituir-se como a «matéria-prima da psicoterapia» (M. Gonçalves & Henriques, 2000, p. 89).

A par destas reflexões, o conceito de narrativa foi sendo cada vez mais valorizado (McLeod, 1997), passando a assumir uma função central (Bruner, 1986, Gonçalves, 1998, cit. Fernandes, 2001), nomeadamente na prática psicoterapêutica.

Para muitos autores (e.g., O. Gonçalves, 2000), a narrativa assume-se como uma nova metáfora para conceber a clínica. Isso significa que a experiência, através da sua configuração narrativa, é eleita como meio e fim do processo terapêutico. Alguns autores (e.g., Neimeyer & Raskin, 2000) sublinham a similaridade entre a narrativa e a psicoterapia: a criação de abertura e a expansão da significação atribuída à experiência

dos clientes, procurando dar coerência a episódios fragmentados, caóticos, opressivos ou circulares da narrativa de vida. Outros (e.g., McLeod, 1997) destacam a sua função de complementaridade: enquanto a narrativa torna inteligível a vida social, a terapia providencia o cenário para a narração e a re-autoria, através da reflexão das narrativas quotidianas.

Se quisermos definir o que é uma narrativa não o podemos fazer de forma linear, dada a complexidade de dimensões que lhe estão associadas. Da leitura de O. Gonçalves (2000) salientamos algumas das definições mais comuns sobre a narrativa:

a) a narrativa pode definir-se como «uma estrutura de significação que organiza conhecimentos e acções humanas numa totalidade, atribuindo deste modo significado às acções e conhecimentos individuais de acordo com o seu efeito de totalidade» (Polkinghorne, 1988, cit. O. Gonçalves, 2000, p. 44-45); nesse sentido, a narrativa é um meio de significação e de inteligibilidade (White, 1995); a matriz narrativa permite ao indivíduo afastar-se e reflectir sobre a experiência imediata (e.g., possibilitando novas significações); ela possibilita uma organização analógica da experiência, permitindo conferir-lhe significação múltipla (e.g., possibilitando novas narrativas) (O. Gonçalves, 2000);

b) «a narrativa é um relato simbólico das acções dos seres humanos que possui uma dimensão temporal. A história tem um princípio, um meio e um fim» (Sarbin, 1986, p. 45, cit. O. Gonçalves, 2000). Através dessa dimensão temporal, as histórias permitem ligar aspectos da experiência, conferindo sentido aos acontecimentos de vida recentes e permitindo perceber que o futuro pode ser diferente do presente;

c) à narrativa estão subjacentes as concepções de «sequencialidade, comunicação da subjectividade, originalidade e ambiguidade» (Bruner, 1990, cit. O. Gonçalves, 2000, p. 45). O mesmo é dizer que a narrativa tem uma natureza criativa dado que ela própria cria experiência e realidade de forma multipotencial. Pela sua ambiguidade e indeterminação, a narrativa assegura a abertura necessária para permitir ao indivíduo construir significados diversos acerca da sua experiência (O. Gonçalves, 2000). Assim, na terapia, a ênfase na objectividade é substituída pela ênfase na inter-subjectividade (Smith, 1997);

d) a narrativa representa a «capacidade de estruturar acontecimentos de modo a demonstrar, primeiro, a sua conexão ou coerência e, em segundo lugar, o sentido de movimento e direcção no tempo» (Gergen & Gergen, 1988, p. 45). Isso significa que a

narrativa permite construir, individual e socialmente, um sentido coerente para a diversidade da experiência por intermédio da linguagem (O. Gonçalves, 2000). Por outro lado, é através das histórias, e da sua progressão, que se alcança a mudança, que se seleccionam os elementos da experiência que se pretendem expressar e que se moldam as manifestações relativas a essa experiência (Epston, White & Murray, 2001; White, 1992). Neste sentido, a narrativa confere ao indivíduo uma capacidade transformadora da própria realidade (O. Gonçalves, 2000).

O. Gonçalves (2000) complementa estas conceptualizações acerca da narrativa, sublinhando uma outra característica que também a qualifica: a narrativa permite organizar a experiência a partir da sua dimensão contextual. Para além de envolver uma dimensão temporal e uma produção de natureza interpessoal, a narrativa é inseparável do contexto cultural em que é produzida.

É partindo destas reflexões que se enfatiza claramente o poder das narrativas (O. Gonçalves, 2000): o seu poder constitutivo, o poder organizador do conhecimento e da acção, o poder de conferir uma dimensão temporal, contextual e de coerência à experiência, o poder reflexivo e transformador face às realidades, o poder potenciador, de criação e de abertura a novas possibilidades de vida e de relacionamento.

II. Terapia narrativa: pressupostos teóricos centrais

Face aos modelos tradicionais de psicoterapia, as terapias narrativas, em geral, oferecem novas potencialidades ao nível da finalidade do processo terapêutico, da conceptualização dos problemas, da relação cliente-terapeuta, das ferramentas e das propostas interventivas (M. Gonçalves & Henriques, 2000).

Porém, as diferentes propostas de terapia narrativa disponíveis na literatura sustentam posições distintas face a algumas dessas dimensões. Por isso mesmo, qualquer definição de terapia narrativa será sempre simplificadora, até porque não encontramos na literatura um conceito suficientemente integrador ou até mesmo consensual, dada a pluralidade de modelos que actualmente integram as terapias narrativas.

Há, contudo, algumas preocupações que são centrais e transversais às psicoterapias narrativas: enfatizar a significação, o poder e as funções do discurso;

integrar a recursividade entre agir e significar, ou seja, transformar os discursos em ação de forma útil, devendo as novas formas de agir conduzir a novos significados e estes constituírem novas formas de agir (Gonçalves & Gonçalves, 2001); envolver um processo de geração de novas visões do(s) problema(s) e das formas de os superar; construir alternativas que ajudem o cliente quando se desloca do espaço terapêutico para o quotidiano; sustentar uma perspectiva relacional da terapia (Gergen, 1996, cit. Hoyt, 1996) dado que o significado é sempre uma construção social e relacional, sendo por isso importante explorar as redes relacionais em que o indivíduo se move e nas quais participa (Gergen, 1999); atender ao contexto pessoal e sócio-cultural mais vasto, pois estes interferem significativamente na narrativa pessoal; promover novas articulações dos significados relacionais que promovam a mudança; procurar que as decisões que o cliente promove decorram dos processos relacionais (e.g., terapeutas, família, audiências) (Gergen, 1996, cit. Hoyt, 1996) e da terapia enquanto espaço de co-construção (Gergen, 1999; M. Gonçalves, 2006).

De forma a compreender melhor a originalidade da terapia narrativa, interessa perceber como esta se processa. Centraremos a nossa discussão na proposta de re-autoria, de Michael White e David Epston (1990), uma vez que essa abordagem serviu de orientação aos processos psicoterapêuticos desenvolvidos no âmbito deste trabalho de investigação.

À luz dessa proposta, os processos terapêuticos são facilitados, fundamentalmente, pela narração, pela desconstrução e pela reconstrução (McLeod, 1997). Não é, apesar de tudo, fácil a distinção entre os diferentes momentos. Para além dessa divisão ser sobretudo “didáctica”, na prática terapêutica a ampliação de cada um desses elementos pode constituir-se o início do outro que o sucede. Assim, embora sejam habitualmente abordados como diferentes momentos interventivos, na prática não existe qualquer linearidade ou sucessão rígida a partir deles. Procuraremos, aliás, dar conta dessa interligação entre os vários momentos e discutir os principais elementos e conceitos que caracterizam esta filosofia terapêutica.

2.1. Narrativa-problema: construção e desconstrução

White e Epston (1990) concebem um problema como uma narrativa pessoal que é sustentada pelo cliente e por outros significativos (e.g., membros da sua família), acabando por definir a sua identidade. É algo que interfere com a orientação preferida de cada um, de modo indesejável (Machado & Gonçalves, 1999; Zimmerman & Dickerson, 1996).

No contexto desse entendimento, as narrativas problemáticas impedem os clientes de viver formas de vida satisfatórias ou preferenciais (White & Epston, 1990). É isso que os conduz à psicoterapia, não sendo essa circunstância indício de quaisquer défices ou ausência de competências e recursos (M. Gonçalves, 2003). O que acontece habitualmente é que a narrativa do cliente está reduzida ao discurso-problema, sendo ignorados os acontecimentos que escapam à sua esfera de influência (M. Gonçalves, 2003). Nesse sentido, aquilo que o cliente acaba por narrar na consulta são manifestações de insatisfação (formas de estar e de pensar) que experiencia no seu modo de vida (e.g., *“julgo que vou viver sempre amargurada e com estes medos”*). Os efeitos que decorrem desse tipo de manifestações têm, igualmente, outros efeitos negativos (White, 1995) (e.g., resignação, inacção, inquietação, prostração, anulamento pessoal).

O poder do problema decorre justamente desse efeito totalitário que acaba por assumir na vida da pessoa que o enfrenta. É como se a narrativa de vida estivesse reduzida à expressão de uma voz dominante, conduzindo àquilo que M. Gonçalves, Salgado, Matos, Rosa, Duarte, Tavares, Meira, Cunha e Santos (2004) designam por formas de funcionamento monológico. Consequentemente, o significado que cada cliente retira da sua narrativa está, muitas vezes, imerso num conjunto de significados rígidos, “cristalizados” e pouco úteis.

Partindo do pressuposto narrativo que os seres humanos resultam das relações em que se envolvem (McNamee, 2001) sendo consequência de uma definição social (Gergen, 1996), essas narrativas problemáticas não são construídas no vazio mas antes moldadas pelos discursos e pelas práticas sociais, históricas e culturais (White, 2004). Estas afectam a forma como cada cliente confere sentido, interpreta e constrói os acontecimentos da sua vida.

A proposta terapêutica de White e Epston atribui justamente particular ênfase à forma como os problemas transportados para a psicoterapia podem ser concomitantemente sustentados pela cultura, pela comunidade alargada, pelos valores sociais dominantes, pelos outros significativos (Polkinghorne, 2004). White (2004) refere justamente que os problemas falam-nos dos variados discursos que os alimentam, traduzindo a forma como eles acabam por moldar o modo de vida do cliente, tornando-os «visíveis como meros produtos culturais e históricos» (p. 105). Nesse sentido, à medida que narram a sua história, os clientes estão implicitamente a descrever normas e valores dos grupos (sociais, familiares) a que pertencem (Reissman, 1994).

Nesta acepção, a própria individualidade é, como já referimos, o resultado de uma forma culturalmente definida de estar (White, 1995). Exemplo disso é o modo como os desempenhos e papéis de géneros podem ser definidos pelas construções históricas/culturais tradicionais acerca do que é o feminino (e.g., “como mulher eu devo cuidar e acompanhar sempre o meu marido”) e o masculino (e.g., “porque sou homem devo ter sempre a última palavra acerca dos assuntos da nossa família”). Esses discursos, ao serem assimilados pelos clientes (White, 1991, cit. Freedman & Combs, 1996), funcionam como “verdades” para as suas vidas e, ao tornarem-se dominantes, geram constrangimentos na maneira de pensar acerca de si próprios, nas suas emoções, nas decisões que tomam e nas acções em que se envolvem (Freedman & Combs, 1996).

Posto isto, na prática terapêutica, a versão problemática do cliente acerca da realidade pode ser explorada no espaço terapêutico para se perceber o que (in)viabiliza. Por outro, pode ser analisada a partir de múltiplas outras posições. É através dessa exploração do problema e de alternativas acerca da realidade que a pessoa pode sair do registo do problema flexibilizando, em conjunto com o terapeuta, as suas significações e ampliando aquelas que são preferenciais.

A política terapêutica que nos propõem White e Epston (1990) centra-se, desde logo, na análise das dinâmicas de manutenção do problema (M. Gonçalves, 2003) (e.g., foco nos processos de significação, nos processos interpessoais e sociais).

Atendendo ao que foi referido antes acerca da influência dos discursos e das práticas sociais nas narrativas problemáticas, na abordagem de re-autoria o terapeuta procura perceber o modo como o problema é construído e influenciado pelos discursos alargados, entendendo que estes podem perder supremacia quando outros discursos desafiam a sua influência e assumirem o seu lugar. Por esse motivo, o terapeuta

atribui particular ênfase à desconstrução dos discursos dominantes que influenciam a narrativa de cada cliente de uma forma particular (White, 2004).

Portanto, compreender a história do cliente envolve, antes de mais, a desconstrução dos problemas que ele transporta para a terapia. White (1991, cit. Zimmerman & Dickerson, 1996) define a desconstrução como uma prática de questionamento ou desafio de algo que é tido como “dado”, “garantido” ou percebido como uma “certeza instaurada”. Desconstruir, na prática, significa colocar questões que desafiem a história dominante. Essa é, aliás, uma das práticas que estabelece a diferença entre a narração terapêutica e a narração quotidiana: no dia-a-dia a pessoa pode contar a mesma história durante anos sem qualquer alteração, enquanto na terapia existe a expectativa de que a história conheça mudanças (McLeod, 1997).

Inicialmente, ao articular essa história problemática que domina a sua vida, o cliente vai-se apercebendo das limitações que ela impôs à interpretação que faz dos acontecimentos (Polkinghorne, 2004). Ao desconstruir o modo de vida problemático, enquanto produto dos discursos dominantes, ele poderá deixar de ser aceite como uma certeza acerca da sua vida e da sua identidade (White, 2004), passando então a narrativa problemática a ser entendida como uma das versões possíveis.

Assim, no essencial, a desconstrução permite «retirar poder às histórias opressivas que as pessoas possam ter construído sobre si» (M. Gonçalves, 2003, p. 69) e possibilita que as tais pressuposições (e.g., culturais) que contribuíram para o problema se instalar percam a sua dominância. Como referimos, ao desconstruir gera-se ainda a oportunidade para a pessoa explorar outras dimensões do problema e procurar significações múltiplas, espaços abertos na história, “ambiguidades” ou outras narrativas (Freedman & Combs, 1996; Monk, Winslade, Crocket & Epston, 1997). Essa ampliação da desconstrução pode, portanto, dar lugar a novas significações.

Para White e Epston (1990), uma das práticas desconstrutivas envolve “externalizar o problema”. A externalização envolve uma forma diferente de falar, de pensar, de agir sobre o que é problemático para o cliente. Ele é convidado a analisar os efeitos das narrativas problemáticas na sua vida recusando-se o terapeuta, a partir da metáfora externalizadora, a colocar o problema e os efeitos que dele decorrem dentro da pessoa. Em vez disso, encoraja o cliente a pensar e a falar deles como objectos e, por vezes, a personificá-los (White & Epston, 1990). Estabelece-se, desse modo, um contexto facilitador para a “des-identificação” (Machado & Gonçalves, 1999) da pessoa

com a narrativa problemática. Através desse recurso discursivo, o problema torna-se numa entidade externa à pessoa a quem estava imputado (Zimmerman & Dickerson, 1996), passando a ser apresentado de modo menos restritivo (White & Epston, 1990). O cliente pode, assim, começar a experimentar uma forma de alienação em relação à narrativa problemática (White, 1992), acabando por fragilizá-la.

Portanto, a partir de um discurso externalizador, desafia-se a “verdade” dos problemas que orientam a vida do cliente e que definem a sua identidade (White, 1992). Para White interessa, sobretudo, externalizar os discursos que não servem ao cliente e o impedem de conceber outras formas de vida.

Concretizando um pouco mais, de forma externalizadora, colocam-se questões ao cliente sobre as estratégias que o problema utiliza para se manter, sobre os efeitos deste nas várias esferas da sua vida e nas suas relações (e.g., que constrangimentos sustenta o problema? Que tipo de efeitos prescreve para a sua vida e para a sua relação com os outros? Como afectou a visão de si próprio?). Por outro lado, a conversação externalizadora ajuda a colocar o problema no(s) contexto e no(s) discurso(s) (e.g., relacional, cultural) que contribuiu para a sua emergência (e.g., que papel tiveram essas relações na criação do problema?) (Monk *et al.*, 1997).

Esta prática reúne várias potencialidades: permite perceber não só a extensão do problema, evidenciando os efeitos na pessoa, mas também perceber, como já dissemos, que esses efeitos têm outros efeitos. A conversação externalizadora serve ainda o propósito da desconstrução dado que, ao conseguir perceber como o problema funciona, o cliente estará mais capaz de antecipar *como* é estar sem a sua influência; pode ainda antecipar-se *como* pode o cliente reagir para dissipar o seu impacto e *como* o sucesso face ao problema o pode ajudar no futuro (Monk *et al.*, 1997). Ao externalizar as especificações que sustentam o problema e ao localizá-lo no contexto discursivo pode também viabilizar-se o protesto, o desafio e/ou a resistência contra qualquer prática discursiva ou opressiva. Por outras palavras, ao questionar sobre os discursos de influência, os clientes podem considerar mais claramente as suas preferências. A gramática externalizadora e os posicionamentos que daí decorrem abrem ainda a possibilidade da pessoa reclamar a vida ao problema, envolver-se em desempenhos alternativos do *self* e de relação com os outros (White, 1992; 2004). Entende-se, portanto, que à medida que se modifica a sua relação com problema é inevitável a mudança nas pessoas e no próprio problema (M. Gonçalves, 2005). No espaço estabelecido pela separação face ao problema, as pessoas são livres de explorar

percepções alternativas de si próprias e das suas vidas. Trata-se de uma etapa que permite uma abertura fundamental para o desenvolvimento de narrativas alternativas (McLeod, 1997).

Em resumo, o objectivo central da externalização é, portanto, aumentar o poder do(a) cliente, diminuindo o poder da narrativa-problema, convidando os clientes a comparar uma vida sob a “tirania” do problema com uma vida de acordo com as suas preferências e intenções (Doan, 1998). O processo de externalização do problema é progressivo, permitindo uma co-construção continuada de uma nova realidade gerada a partir da separação sistemática entre problema (e.g., atributos, pressupostos, metas, hábitos, crenças que o caracterizam) e cliente (White, 1994).

Um outro aspecto associado à desconstrução dos discursos culturais dominantes relaciona-se com o facto desta abordagem narrativa não estar isenta de valores. Com base nessa enunciação, a terapia pode ser considerada uma actividade ética e politicamente comprometida, pois no espaço terapêutico são desconstruídos significados sócio-culturais que sustentam as narrativas problemáticas (White, 1995) (e.g., significados acerca da violência, das suas causas, das suas soluções, dos desempenhos dos intervenientes).

Sintetizando, após a co-definição do problema pelo terapeuta e pelo cliente, ambos se envolvem na desconstrução, ou seja, em formas activas de fragilizar a narrativa problemática, por exemplo através da decomposição do problema a partir de uma lógica discursiva externalizadora.

A externalização e o enquadramento discursivo dos problemas cumprem, simultaneamente, uma função despatologizante da narrativa trazida pelo cliente (White, 1994) e promovem, como referimos, a sua capacidade de actuar face aos efeitos do problema e aos contextos interpessoais que o sustentam.

2.2. Reconstrução narrativa e mudança terapêutica

A reconstrução narrativa visa, fundamentalmente, dois propósitos: por um lado, criar diferentes versões da história-problema (McLeod, 1997) e, por outro, criar pontos

de abertura para novas formas de funcionamento, mais adequadas à experiência do indivíduo e às suas capacidades.

Este movimento processa-se à medida que o cliente vai experimentando a separação do problema. A partir daí, instala-se o contexto para a procura activa de momentos de excepção, eventos extraordinários, aspectos da sua experiência que contrariam a narrativa dominante. Em todas as narrativas problemáticas é possível identificar competências marginalizadas ou tornadas omissas pela narrativa problemática, pequenas descrições de inconsistências, contradições ou aspectos da experiência que escaparam à influência do problema e que não seriam previsíveis, dada a exposição da narrativa dominante (White & Epston, 1990). Estes momentos são designados por White e Epston (1990) como resultados únicos (RUs) os quais são, simultaneamente, excepções aos problemas e à narrativa problemática (Gonçalves & Matos, submetido para publicação). Os autores sustentam que esses momentos ajudam a criar algo novo na experiência do cliente.

De forma mais detalhada, para o desenvolvimento de uma nova narrativa, White e Epston (1990) estabelecem como fundamental a emergência de RUs na paisagem da acção e da consciência, algo que assuma um significado coerente na história de vida do cliente. Na conversação terapêutica, ao nível da paisagem da acção, o terapeuta coloca questões sobre acontecimentos ou sequências de acontecimentos únicos, acções e personagens envolvidas (e.g., como é que se preparou para tomar essa decisão? Mais alguém contribuiu para isso?) e sobre o modo como estes se desenvolvem na dimensão temporal passado, presente e/ou futuro. Depois de os identificar, terapeuta e cliente envolvem-se na construção da história ao nível da paisagem da consciência, isto é, reflectem e analisam as diversas significações envolvidas nos RUs desenvolvidos na paisagem da acção (e.g., intenções, emoções, expectativas, qualidades relacionais, valores, crenças) (e.g., o que é que estas novidades lhe dizem acerca do que deseja para a sua vida?) (Freedman & Combs, 1996; White, 1992). Estas duas dimensões tornam-se, na prática, complementares na elaboração do que é novo, contribuindo para a sua amplificação.

Para além disso, White e Epston (1990) sustentam que os RUs são transversais ao percurso de vida do indivíduo, ou seja, têm sempre uma história. No contexto terapêutico, essa história poderá ser transportada para o passado (e.g., houve outras situações em que foi capaz de vencer a vergonha como agora ao contar-me?), actualizada no presente (e.g., estar a falar sobre o medo não é já uma forma de o

enfrentar?) e projectada nos discursos em termos de futuro (e.g., o que mais a poderia ajudar a vencer o problema? Como imagina a sua vida depois de o superar?). Este questionamento acerca da história dos RUs envolve dois propósitos: contribuir, por um lado, para a consolidação de uma nova narrativa, já que permite estabelecer conexões entre os RUs a partir da sua dimensão temporal e, por outro, promover a criação de narrativas claramente progressivas (Gonçalves & Matos, submetido para publicação).

Através desses processos, os RUs narrados podem adquirir novas significações, gerar novas relações com os problemas e com os outros, promover outros discursos, contribuir para «redescrições únicas» de si próprio (White & Epston, 1990, p. 41) e para expandir a narrativa pessoal no presente e para o futuro (Gonçalves & Matos, submetido para publicação).

Em suma, essa procura e identificação dos RUs constitui mais uma prática desconstrutiva (Polkinghorne, 2004; White, 1994). Os RUs, ao serem ampliadas no espaço terapêutico, podem permitir ao cliente escapar à narrativa dominante (Botelha, 2001). De acordo com White e Epston (1990), os RUs constituem-se como elementos poderosos de mudança precisamente porque representam vozes alternativas ao problema, outras possibilidades, outros discursos para além daqueles que têm dominado o cliente. Essas histórias colaterais podem enfatizar a capacidade pessoal do cliente e, sempre que são experienciadas como preferenciais, podem tornar-se úteis na criação de uma nova narrativa.

Porém, o papel do terapeuta e do cliente não se esgota na procura de novidades face ao problema. Para além de os identificar, é importante significar os RUs, relacionando-os com a narrativa-problema. É a sua elaboração narrativa que conduz à mudança (White & Epston, 1990).

Durante a construção da mudança, a partir do que é novidade, é fundamental atender às “realidades” do cliente. Essa ideia é muito bem enfatizada por Tom Andersen (1991, cit. Gergen & Warhuus, 2001): «se as pessoas são expostas ao vulgar, tendem a ficar iguais; se elas encontram algo invulgar, este invulgar pode induzir mudança; se a novidade que encontrarem for demasiado invulgar, elas fecham-se» (p. 37). Portanto, a capacidade transformadora da terapia assenta no equilíbrio entre dois extremos: o usual e o não usual (Andersen, 1991, cit. M. Gonçalves, 2003).

Como já referimos, a mobilização desses recursos do cliente face à narrativa-problema visa contribuir também para a geração novos posicionamentos (Monk *et al.*,

1997), nomeadamente em termos de identidade. Um dos objectivos desta abordagem terapêutica é, pois, desafiar as práticas de subjugação do *self* e das relações, encorajando a autoria de narrativas alternativas e de práticas de *self* e de relação que tenham resultados preferenciais para o cliente (Epston, White & Murray, 2001).

Os momentos terapêuticos descritos - a desconstrução dos discursos através da externalização (o poder para desafiar “certezas” instituídas, para limitar a influência do problema) e a busca de RUs (o poder para gerar novidade) - , são em si mesmo formas de criar um sentido de agência na vida do cliente (White, 1992). Essa capacidade está muitas vezes encapotada no momento em que o cliente procura a terapia. Por outras palavras, o cliente sente-se impotente para lidar sozinho com os problemas, as suas narrativas são incapacitantes e acaba por assumir-se como um elemento passivo perante um determinado posicionamento (Drewery & Winsdale, 1997).

Portanto, ao longo dos diferentes momentos terapêuticos, interessa viabilizar um papel mais activo do cliente nas várias esferas da sua vida. Esse processo pode ser, simultaneamente, facilitado pelo facto do cliente, por um lado, perceber que o seu modo de estar e de pensar moldam a sua realidade e, por outro, percepcionar escolhas na sua forma de vida (White, 1992).

A metáfora do cliente como autor da sua própria narrativa (McLeod, 1997) está intimamente relacionada com esse sentido de agência. Ser autor de uma narrativa envolve precisamente um processo de exploração activa de novos horizontes de significação, de novos conhecimentos e, ainda, a geração de novas práticas de vida que são significativas para o próprio (White, 2004).

Neste sentido, uma terapia narrativa bem sucedida é aquela em que cliente percebe «esta é a minha história; eu sou o protagonista desta história; esta história tem futuro» (Omer & Alon, 1997, p. 145). Esse processo de «re-autoria» (Myerhoff, 1986, cit. White & Epston, 1990, p. 41; White, 1992, p. 127) é promovido ao longo dos vários momentos terapêuticos de desconstrução e de reconstrução narrativa já discutidos.

Percebe-se, contudo, que construir a mudança terapêutica não envolve só narrar uma nova história. A história alternativa que é narrada dependerá também das audiências que reunir (McLeod, 1997).

Como refere Gergen (1996, cit. McLeod, 1997), «as narrativas ganham utilidade primeiramente no contexto do intercâmbio social» (p. 106). Para que as posições

construídas na terapia se tornem viáveis, é importante que sejam validadas e consolidadas no espaço social do cliente (Gonçalves & Gonçalves, 2001).

Na proposta de re-autoria, assente no princípio da co-construção narrativa, há precisamente um convite ao cliente para que este “escute” as audiências (Epston, White & Murray, 2001). Na perspectiva de White e Epston, sejam reais ou imaginadas, as audiências podem ter uma influência muito relevante na instigação e na consolidação de mudanças desejáveis (M. Gonçalves, 2003), por exemplo na forma os clientes como se posicionam face aos RUs. A validação destes e das narrativas alternativas deve sempre ampliar-se para além do contexto terapêutico, nomeadamente para as comunidades conversacionais ou relacionais do cliente (Botelha, 2001).

White (2004) referiu-se recentemente a essa validação social das novas narrativas como uma forma de autenticação, no sentido em que as novas posições ensaiadas pelo cliente em direcção à mudança preferencial podem ser amplificadas ou constrangidas pelos sistemas relacionais em que o cliente se movimenta (Gonçalves & Matos, submetido para publicação), onde se inclui o terapeuta.

É, aliás, nessa fase – a da consolidação – que todas as mudanças ensaiadas na fase da reconstrução pode ser reforçadas, fortalecidas e amplificadas, assumindo as audiências um papel fundamental nas novas narrativas (White, 1994). Esse é um dos factores que dificulta a delimitação desses dois momentos: qualquer expansão da reconstrução contribui para a consolidação.

Em síntese, podemos dizer que, nesta perspectiva, a mudança terapêutica envolve uma transformação nas narrativas pessoais dos clientes (Gonçalves & Gonçalves, 2001), «desconstruindo e reconstruindo histórias» (M. Gonçalves & Henriques, 2000, p. 89).

Para White (1995), uma terapia bem sucedida é aquela que favorece a exploração de outras formas de ser e de pensar, possibilitando narrativas de vida alternativas. Isto envolve «modos de falar que estimulam a mudança» (e.g., a externalização) (M. Gonçalves, 2003, p. 49), o desafio dos constrangimentos (e.g., discursos culturais, sociais) que sustentam a narrativa problemática e a elaboração narrativa de acontecimentos extraordinários pelo cliente (RUs).

Esse conjunto de elementos, co-construídos num espaço terapêutico dialógico, viabiliza uma nova articulação das vozes, entretanto disponíveis para o cliente (interna ou externamente), as quais podem promover o seu sentido de agência e a re-autoria da

sua narrativa de vida. A autenticação da mudança por parte das audiências mais vastas pode assegurar a sua amplificação.

2.3. Espaço, relação terapêutica e posições dos intervenientes

Espaço, relação terapêutica e posição dos intervenientes são elementos em estreita articulação na proposta de re-autoria.

O espaço terapêutico narrativo constitui-se como uma oportunidade para a negociação interpessoal de significados e para a transformação nos discursos em direcção à mudança. Caracteriza-se por ser um espaço dialógico, que convida à reconstrução narrativa a qual, como foi referido, pode ser facilitada pelo estabelecimento de novas relações entre diferentes partes da história narrada e/ou pela introdução de novos elementos (Hermans, 2004).

Na promoção das transformações em direcção a um novo(s) argumento(s) de vida, a terapia de re-autoria valoriza as posições de co-construção discursiva. O mesmo é dizer que as histórias alternativas são construídas de forma conversacional e colaborativa entre cliente e terapeuta, entendendo-se essa como uma condição fundamental para a construção de histórias alternativas. Assim, nesta perspectiva, «a relação colaborativa é um fim em si mesmo» (M. Gonçalves & Henriques, 2000, p. 27).

Essa dimensão colaborativa implica uma ênfase na realidade e no conhecimento do cliente, uma primazia nos seus sistemas de linguagem (M. Gonçalves, 2006) e na sua intencionalidade (White, 2004). Como afirma Omer «as narrativas só são terapêuticas quando se adequam aos contornos do cliente e são fortemente moldadas pelas suas necessidades» (1996, p. 425).

Além disso, é através da exploração activa e colaborativa de significados que as escolhas são ampliadas (Botelha, 2001). Na prática, o terapeuta negocia com o cliente o que é considerado, a cada momento, o seu objectivo preferencial. Isso explica que, como de algum modo já o dissemos, as sessões não sejam pré-determinadas a partir de um conjunto de procedimentos “manualizados” ou de um plano de trabalho terapêutico rígido (Lax, 1992). Os objectivos terapêuticos são construídos no decurso da própria conversação: «terapeuta e cliente fazem conjuntamente sentido da vida do cliente, dos seus problemas, dos seus objectivos ou das suas soluções» (M. Gonçalves, 2006).

É nesse sentido que o espaço terapêutico se caracteriza por ser um ambiente exploratório de co-construção: o mais importante é o terapeuta perceber se aquilo que constrói com o cliente o está de facto a ajudar, lhe está a ser útil (Gonçalves & Gonçalves, 2001). Nesse sentido, o terapeuta absorve da prática os maiores contributos (e.g., abertura e atitude positiva face à novidade) (O. Gonçalves, 2000).

Como se percebe, o processo de co-construção implica mais do que uma postura relacional, implica uma responsabilidade partilhada no decurso de conversação terapêutica (Fruggeri, 1992).

Na sequência das reflexões anteriores, o espaço da terapia é entendido como um «contexto conversacional privilegiado» (Botelha, 2001, p. 106).

A metáfora conversacional, central nas terapias narrativas, tem subjacente alguns pressupostos centrais: a psicoterapia é sinónimo de conversação e envolve uma forma especializada de conversação (O. Gonçalves, 2000; Botelha, 2001); o desenvolvimento narrativo faz-se através de uma «troca retórica», de uma história que se transforma no próprio acto de ser contada (O. Gonçalves, 2000, p. 112); é através da conversação terapêutica que os significados são negociados, que as pessoas se apercebem da multiplicidade de histórias que pontuam a sua vida, que desenvolvem com o terapeuta os seus recursos narrativos e outro tipo de recursos promotores da mudança (e.g., outras comunidades conversacionais reais ou imaginadas, internas ou externas à consulta) (White, 2004); o foco na interacção entre os intervenientes é fundamental para se perceber e promover os processos de mudança (Gergen, 1996, cit. Hoyt, 1996).

Através do processo conversacional, exploram-se as histórias que as pessoas vivem, transformam-se as narrativas de identidade do cliente (Botelha, 2001), gera-se a necessária abertura para histórias alternativas e criam-se condições para a co-autoria narrativa (O. Gonçalves, 2000).

Esta concepção do espaço terapêutico é uma forma de permitir uma maior horizontalidade na relação entre cliente e terapeuta (M. Gonçalves, 2003). Uma descrição de Omer retrata muito bem essa condição: «o terapeuta narrativo tem uma tendência para acompanhar em vez de guiar, para ouvir em vez de afirmar, para aprender em vez de ensinar» (1996, p. 424).

A partir desse entendimento da psicoterapia rejeita-se a ideia do terapeuta como “arquitecto” da mudança. Ele não tem o poder de, unilateralmente, gerar as direcções da

mudança (Fruggeri, 1992), o que o impede de assumir posições de autoridade e de perito (M. Gonçalves, 2006). O terapeuta assume uma prática sobretudo dialógica, criativa procurando, no essencial, ser um *expert* na conversação terapêutica.

Em consequência, deixa de fazer sentido a ideia do «cliente que resiste à mudança» (Fruggeri, 1992, p. 48), pois esse conceito de resistência tem subjacente uma direcção explícita, invariável da mudança, externamente proposta ao cliente (M. Gonçalves, 2005, 2006). Na terapia de re-autoria, como destacámos, ambos são co-responsáveis na dinâmica de co-construção narrativa.

Posto isto, no espaço terapêutico narrativo, emissor e receptor são posições flexíveis, interactivas, sincrónicas e interdependentes: um antecipa o posicionamento do outro, um reage ao outro, naquilo que se caracteriza como um processo de reciprocidade dialógica (Hermans, 2001). Várias dimensões da terapia de re-autoria descritas anteriormente revelam essa orientação: a co-definição dos objectivos terapêuticos, a co-exploração das estratégias do problema e das estratégias de mudança.

Alguns dos recursos retóricos utilizados (e.g., questões) ajudam também a criar uma atmosfera terapêutica horizontal. Exemplo disso é a «curiosidade desconstrutiva» de que nos fala White (1994, cit. M. Gonçalves, 2005), que contrasta com uma posição de certeza terapêutica (Smith, 1997). A postura central assumida pelo terapeuta relativamente as experiências/histórias trazidas pelos clientes deve ser de curiosidade (e.g., face ao problema; face aos constrangimentos sócio-culturais; face às excepções; face à forma dominante como o cliente se percebe a si próprio e ao problema, face ao modo como se relaciona com os outros).

Vários autores (M. Gonçalves, 2003; Monk *et al.*, 1997; Smith, 1997) têm caracterizado amplamente as implicações dessa postura de curiosidade. O terapeuta curioso está interessado nos efeitos do problema (*vs.* nas suas causas) e, ao mesmo tempo, «em conversas geradoras de possibilidades para se prosseguir quando um problema surge» (Weingarten, 1998, cit. Gergen & Warhuus, 2001, p. 48). A curiosidade do terapeuta torna-o tolerante face à confusão e à ambiguidade do cliente, não pressiona o momento para a definição do problema. Permite-lhe perceber melhor o que está a acontecer na vida do cliente. Se o cliente não avança pode colocar-se a hipótese do terapeuta ainda não ter colocado as questões que permitem a mudança. A curiosidade proporciona, ainda, a abertura necessária para se considerar várias perspectivas acerca de um tema, facilita a descrição das perspectivas do cliente a cada

momento, ajuda a explorar as exceções à narrativa-problema, a introduzir novidades para a construção de narrativas alternativas, a avançar com novas possibilidades ou direcções que o cliente poderá considerar, dando assim oportunidade ao cliente para descobrir os seus próprios recursos.

É desta forma que, na abordagem de re-autoria, o terapeuta se torna fundamentalmente num co-autor das narrativas em construção pelo cliente.

III. Outros pressupostos subjacentes à terapia narrativa

3.1. Conceção e novas formas de exploração do *self*/identidade

Referimos antes que, com o construcionismo social, surge na terapia a ênfase na linguagem, nas práticas discursivas e na construção da significação, fenómenos conceptualizados como essencialmente relacionais²².

Mas a mudança da terapia para a dimensão relacional e para a negociação cultural e social dos significados não significou o abandono da exploração do *self*. Pelo contrário, a par de uma conceptualização alternativa desse conceito em torno da sua desreificação (e.g., desafio da concepção de *self* como uma entidade monádica, individual, privada, estável, interna) (Gergen & Warhuus, 2001), desenvolveram-se novas formas de concepção e exploração do *self* ou da identidade²³, novos formatos terapêuticos e abriu-se a terapia a novas práticas.

As terapias narrativas concebem a identidade justamente a partir da metáfora narrativa, ou seja, sustentam que a identidade é uma construção que resulta da elaboração de narrativas que ajudam a organizar e a conferir coerência à realidade e à experiência. A identidade constrói-se, portanto, através da narrativa, procede ou é um produto das narrações (Bruner, 2004). Talvez por isso Bruner descreva o processo de construção contínua da identidade como uma «arte narrativa» (2004, p. 4), o que acaba por estabelecer a singularidade de cada indivíduo. Talvez por isso também se torne difícil para as pessoas encontrarem uma auto-narrativa sintetizadora do que elas são

²² De ressaltar que a ênfase da terapia nos processos relacionais não pretende reatualizar as metáforas sociais deterministas, baseadas na ideia de que o *self* se torna vítima dos outros e, se pretender alcançar sucesso, deve agir contra eles (esmorecendo o seu poder) (Gergen & Warhuus, 2001).

²³ Adoptaremos a designação de identidade (em vez de *self*), dado que tem subjacente a concepção de algo que está em construção.

(Cooper, 1999) dado que, segundo os modelos narrativos, a identidade é uma construção sempre em equilíbrio precário (M. Gonçalves, 2003), atendendo à sua dimensão temporal (Hermans, 1996). A esse propósito, Bruner (2004) sustenta que uma autobiografia deve ser entendida apenas como uma versão de si próprio, que pode estar terminada mas não concluída.

Os modelos narrativos, ao assumirem o pressuposto central de que os seres humanos se constituem como autores das suas próprias histórias, concebem a identidade como um espaço de multiplicidade.

A multiplicidade da identidade, em constante movimento e mudança, é considerada fundamental para que as pessoas se possam adaptar com flexibilidade a diferentes contextos (relacionais, sociais, culturais), construindo continuamente significado acerca de si próprias e daquilo que as rodeia. Como referem Gergen e Kaye, «uma determinada narrativa pessoal pode funcionar bem em determinadas circunstâncias mas noutras conduzir a resultados desastrosos» (1992, p. 178). Portanto, de uma perspectiva narrativa, os indivíduos são constantemente convidados a reconstruir e a actualizar a sua identidade para responderem às necessidades que as situações lhes colocam, fazendo-o orientados pelas suas memórias do passado e pelas expectativas em relação ao futuro (Bruner, 2004). Poder-se-à, nesse sentido, afirmar que «a não-linearidade é a palavra-chave para se perceber a actividade de organização da identidade» (Schwalbe, 1991, cit. Hermans & Kempen, 1993, p. 99).

Por outro lado, os modelos narrativos partilham a noção de multiplicidade dialógica, a qual diz respeito à diversidade de vozes de que todos somos constituídos, compondo uma identidade multivocal (Hermans, 1996; Rosenberg, 1997). A partir dessa perspectiva, o indivíduo pode assumir um conjunto múltiplo de posições relativamente autónomas. Essas posições estão em diálogo permanente. Aliás, são por vezes os conflitos entre diferentes posicionamentos que trazem a pessoa à psicoterapia (Drewery & Winslade, 1997). De acordo com Hermans (1996), a partir de diferentes perspectivas do espaço-tempo dialógico, cada indivíduo pode ainda narrar diferentes histórias. Cada autor internalizado pode permitir uma imagem alternativa si próprio e da realidade (M. Gonçalves, 2003). São essas relações dialógicas (Hermans & Hermans-Jansen, 1995) entre as diferentes vozes que possibilitam a emergência de novas construções de identidade: «a identidade não é só uma voz, mas uma forma particular de

combinar diferentes vozes» (Bakhtin, 1981, cit. Tappan, 1999, p. 123). Desse ponto de vista, «as vozes funcionam como personagens em interação na história» (Hermans, 2004, p. 178).

Esta metáfora dialógica da identidade tem ainda subjacente a ideia de que existe uma «relação de simultaneidade entre o *self* e o outro» (Bakhtin, 1984, cit. Tappan, 1999, p. 118), ou seja, o significado é construído à medida que as acções de uma pessoa são complementadas pelas acções dos outros (Gergen 1990, cit. McNamee *et al.*, 1999). Por outras palavras, as posições que assumimos são resultado das interacções sociais (Drewery & Winslade, 1997).

Portanto, uma das implicações desta perspectiva dialógica da identidade é a sua conceptualização enquanto fenómeno de co-construção relacional. A identidade emerge de e é sustentada pelos diálogos entre as pessoas (Sampson, 1993). É construída num momento interactivo, algo continuamente criado e recriado através do discurso social (e.g., Gergen, 1992, Sampson, 1993). Assim, por um lado, cada momento do discurso social pode trazer consigo uma nova e particular expressão de identidade. Por outro lado, as pessoas podem construir diferentes histórias sobre si próprias em diferentes contextos (Rosenberg, 1997), sociais e culturais. Como já dissemos, muitas vezes, a identidade acaba por reflectir a cultura (e.g., as normas, as regras, as tradições) em que a narrativa de si foi construída (McAdams & Janis, 2004). Esta ideia tem subjacente outras implicações: por um lado, a narrativa pessoal revela tanto acerca da pessoa como do contexto que a rodeia; por outro, as pessoas estão continuamente a constituir as suas identidades através da interacção (Freedman & Combs, 1996). Partindo dessa concepção, a identidade pessoal está sujeita à negociação, mas também ao julgamento social.

Esta concepção da identidade enquanto fenómeno dialógico e relacional supõe a sua construção e reconstrução flexível, através da influência recíproca dos outros e do seu enquadramento social e contextual.

Em suma, as posições viabilizadas ou constringidas na relação com os outros e no espaço sócio-cultural discursivo tornam possíveis determinadas narrativas e versões de identidade. Tal permite conceber a identidade não só como um produto (as narrativas), mas também como um processo (a actividade de narrar) que ocorre num contexto específico, para uma determinada audiência (interna e/ou externa). A audiência em questão pode ser constituída por pessoas que estão presentes ou imaginadas, específicas

ou generalizadas, efectivas ou fantasiadas (Baldwin & Holmes, 1987, cit. Hermans, 1996).

Sintetizando, as terapias narrativas partilham uma concepção da identidade como um espaço múltiplo, dialógico, relacional, um processo flexível onde se articulam e dialogam múltiplas posições narrativas (Salgado, 2003), que podem promover constantemente transformações e novas versões de identidade. A multiplicidade de posições identitárias depende dos recursos linguísticos disponíveis (formas de ler e de pensar sobre a experiência), das audiências e do enquadramento sócio-cultural em que se inscrevem (M. Gonçalves, 2003). As vozes colectivas e as relações sociais (e.g., assimétricas) devem, pois, ser tidas em conta no trabalho terapêutico (Hermans, 2001).

Estes pressupostos constituem-se como fundamentais para a reconstrução e flexibilização narrativa que se procura viabilizar na psicoterapia.

Assumindo essas concepções acerca da identidade, as terapias narrativas acabaram por estimular novas propostas para a sua exploração, no sentido de uma articulação dialógica das vozes disponíveis. Vejamos alguns exemplos.

Stiles (Honos-Webb & Stiles, 1998; Honos-Webb, Surko & Stiles, 1998; Stiles, Honos-Webb & Lani, 1999; Stiles, Meshot, Anderson & Sloan, 1992) propõe que a identidade dialógica resulta de um processo de assimilação. O modelo de assimilação proposto pelo autor é uma tentativa de descrever o processo sequencial de mudança terapêutica, o qual envolve as vozes problemáticas²⁴ do cliente e o seu desenvolvimento ao longo da terapia. A assimilação é descrita como um processo de facilitação do diálogo entre elementos diferenciados da identidade, resultando a mudança terapêutica da construção de pontes de significação entre vozes internas activas (e.g., entre a voz problemática e a comunidade de vozes que constituem a identidade; vozes não dominantes e vozes dominantes). Ao longo da progressão pelos diferentes estádios sequenciais que compõem a assimilação, o cliente vai-se reposicionando: partindo de uma concepção unitária (constrangida) de si mesmo passa a experienciar a identidade como uma composição de personagens. A identidade é, assim, entendida como uma

²⁴ A voz problemática é a voz interna ao cliente que gera desequilíbrio emocional, incompatível com formas de ser e de estar preferenciais; representa uma voz activa internalizada, subentende sentimentos, motivos, conteúdo informativo; as vozes estão ligadas por pontes de significado; as vozes tornam-se mais dominantes à medida que vão integrando a experiência das pessoas. Uma voz problemática pode ser o produto de um acontecimento isolado (acontecimento traumático) ou de um conjunto de acontecimentos relacionados, ou pode ser ainda uma voz antiga que se tornou problemática, dadas as mudanças na circunstância de vida do cliente. Para o autor, uma voz torna-se problemática devido a vozes contrastantes que a tornam não desejada (Honos-Webb & Stiles, 1998).

comunidade de vozes activas. Por isso, na perspectiva do autor, a terapia deve trazer as vozes do cliente para o domínio consciente, dado que estas determinam atitudes e comportamentos que o cliente desconhece. Por exemplo, as vozes silenciadas podem expressar-se através de sintomas a exigir atenção. Neste caso, o sintoma tem uma função e essa pode ser atingida através da assimilação ao ser “ouvido” e ao juntar-se a uma comunidade de *selves*.

Também Elliot e Greenberg (1997) têm reforçado a metáfora da multivocalidade como um valioso recurso terapêutico. Para os autores, os terapeutas tornam-se úteis ajudando os clientes a descobrir e a utilizar a diversidade e o conflito de vozes de que dispõem. Através desse recurso poderão promover uma variedade de diálogos construtivos entre as diferentes versões de si. Na prática, os autores propõem algumas actividades que estão na base de um modelo de resolução de tarefas terapêuticas que integram a contrastação de aspectos do *self* ou vozes.

Por sua vez, os novos entendimentos acerca da identidade estimularam também novas práticas terapêuticas.

Um exemplo de uma prática terapêutica narrativa inovadora, que salienta precisamente a multiplicidade da identidade e estimula a sua dimensão multivocal e dialógica para gerar mudança, é a proposta de Karl Tomm (1999, cit. Gergen & Warhuus, 2001). O autor desenvolveu um processo de “entrevista aos outros internalizados”. No essencial, consiste no facto do terapeuta questionar a voz de outra pessoa que o cliente internalizou, ou seja, pede-se ao cliente para entrar na experiência do outro e falar a partir da posição “Eu” do outro (e.g., parceiro, amigo, familiar, colega), estimulando-se a abertura para falar a partir de múltiplas vozes (McNamee, 2001). Em termos de objectivos, essas outras vozes podem levantar dúvidas acerca de uma determinada posição, sugerir a exploração de posições alternativas ou outras formas de resolução de problemas (McNamee, 2001).

David Epston (1992, cit. McNamee, 2001) e Nylund e Corsiglia (1996), estes últimos inspirados sobretudo no trabalho de Alan Jenkins, procuraram desenvolver essa prática terapêutica. Nylund e Corsiglia fizeram-no junto de parceiros maltratantes, através de entrevistas sobre o “outro internalizado” (e.g., vozes da parceira internalizadas pelo marido). Nesse contexto específico, este modelo terapêutico narrativo pode assumir, simultaneamente, vários propósitos: permite extrair significados acerca da violência (e.g., exercício de poder sobre o outro), reconhecer os efeitos do

abuso, desenvolvendo nos parceiros maltratantes uma compreensão experiencial do modo como as suas parceiras se sentem (e.g., potencial impacto), expandir essa posição (M. Gonçalves, 2003), fazer “reparações” à vítima, promover uma participação activa do abusador na mudança do seu comportamento, convidá-lo a avaliar e a desafiar aquilo que o impede de assumir a responsabilidade pelo abuso (e.g., tradições culturais sobre o poder masculino, padrões interaccionais e de pensamento) e, finalmente, promover alternativas à violência (e.g., novas formas de estar e de se relacionar) (Nylund & Corsiglia, 1996). Jenkins (1996) salienta a validade da proposta de Nylund e Corsiglia (e.g., o facto do agressor reflectir sobre impacto na vítima), mas recorda que os agressores nunca saberão verdadeiramente qual o impacto causado pelas suas acções.

McNamee (2001) faz referência a outros exemplos de práticas terapêuticas que encorajam a multivocalidade. Por exemplo, aponta o trabalho narrativo de Penn e Frankfurt (1994) que na conversação terapêutica estimulam o uso de múltiplas vozes através da escrita, já que esta assume um ritmo distinto da verbalização. Para as terapeutas, esse recurso permite criar espaço para a complexificação das percepções e das reacções, desenvolvendo várias leituras para uma determinada situação.

Tom Andersen e os seus colaboradores (Andersen, 1991, 1993, cit. M. Gonçalves *et al.*, 2004) também inovaram a prática clínica, partindo das concepções de identidade apresentadas: o recurso às equipas reflexivas para a promoção de novas vozes. O objectivo é fazer da terapia um espaço relacional em que os clientes alternam entre a posição de escuta/ouvinte e a posição de reflexão/comunicador, de modo a criar abertura para a emergência de novas vozes. Para tal, a equipa reflexiva troca temporariamente de posição com a família, invertendo-se os papéis de observadores e observados. A partir dessa posição, a equipa partilha as suas perspectivas acerca do que é mais importante para a sessão que está a decorrer e a família é convidada a comentar o que foi partilhado pela equipa.

Estes são apenas alguns exemplos criativos de práticas terapêuticas que introduzem a emergência de vozes alternativas durante a conversação terapêutica (Gergen & Warhuus, 2001), encorajando a multiplicidade narrativa. No fundo, o objectivo comum destas práticas é que as novas vozes potenciem diálogos internos promotores de mudanças significativas (Hermans & Kempen, 1993).

Há ainda outros exemplos de práticas terapêuticas narrativas inovadoras, relacionadas nomeadamente com o entendimento da identidade como um processo de

construção narrativa contextual. Essa conceptualização da identidade estimulou muitos dos investigadores e práticos narrativos a darem voz a formas de vida que tradicionalmente foram marginalizadas (e.g., White & Epston, 1990; Gergen & Gergen, 1993, cit. McAdams & Janis, 2004). Algumas abordagens psicoterapêuticas (e.g., White & Epston, 1990) procuram desafiar práticas sociais e culturais de dominação do *self* e das relações (Epston, White & Murray, 2001) e libertar os clientes de narrativas culturais dominantes que estimulam formas de ser e de estar opressivas e indesejáveis.

Sintetizando, diferentes abordagens terapêuticas narrativas têm viabilizado diferentes formas de exploração e transformação da narrativa pessoal. Contudo, a forma como as terapias narrativas são concebidas é fortemente influenciada por uma conceptualização narrativa, dialógica e flexível da identidade. Em particular, a psicoterapia narrativa de re-autoria constitui-se como uma oportunidade para dar voz a uma narrativa pessoal invalidada ou anulada pelos contextos de vida (e.g., relacionais, sociais, culturais) e para a sua transformação, dado que é um contexto em que múltiplas experiências de identidade são promovidas. O cliente pode eleger as versões que prefere nos diferentes contextos em que se move (Freedman & Combs, 1996). Assim, a mudança terapêutica alcançada envolve e, ao mesmo tempo, constrói-se através do desenvolvimento e da reconstrução da identidade.

IV. Investigação do processo terapêutico a partir da narrativa

Apesar da investigação do processo terapêutico em geral ter-se iniciado nos anos quarenta, os seus desenvolvimentos são muito recentes, situando-se sobretudo nos últimos vinte anos.

A partir de uma revisão dos estudos sobre o processo terapêutico, Fernandes (2001) conclui que existem essencialmente três orientações de pesquisa: uma que se preocupa com a experiência dos clientes (e.g., Rennie, 1992, Rennie, 1994); uma outra que tem estudado a experiência do terapeuta (e.g., Hill & O'Grady, 1985, Hill, Williams, Heaton, Thompson & Rhodes, 1996) e, finalmente, uma outra que tem analisado a experiência da díade terapêutica (e.g., Angus & Rennie, 1988, Cummings, Hallberg, Slemon & Martin, 1992, Elliot & Shapiro, 1992, Lietaer, 1992, Martin & Selmaczonek, 1988, Regan & Hill, 1992).

A maioria desses estudos tem utilizado medidas de auto-relato ou entrevistas (e.g., IPR), predominando a *Grounded Analysis* como metodologia de análise dos processos terapêuticos (a partir das sessões ou acontecimentos terapêuticos) (Fernandes, 2001).

Porém, particularmente na última década, têm surgido novas formas de se abordar o processo terapêutico, designadamente através da narrativa. Aliás, muitos dos conceitos discutidos anteriormente (e.g., mudança terapêutica, ênfase no processo conversacional) conduziram a novas questões acerca do processo psicoterapêutico e a novas formas de o abordar do ponto de vista empírico (e.g., ênfase nas histórias, nas linguagens do terapeuta e do cliente).

De facto, as experiências de investigação do processo terapêutico através da narrativa têm prosperado, estando actualmente disponível um conjunto já significativo de metodologias de investigação e de estudos publicados nesse âmbito. Uma revisão actualizada dos conhecimentos nesse domínio permite-nos constatar que a investigação do processo terapêutico a partir da narrativa tem sido produzida com diferentes propósitos, de múltiplas formas (e.g., diferentes metodologias, instrumentos) e a partir de diversas perspectivas. Vejamos alguns exemplos:

Entre nós, uma das linhas de pesquisa que em registado maiores desenvolvimentos diz respeito aos trabalhos realizados por O. Gonçalves e colaboradores. Entre outros objectivos, estes investigadores têm procurado estudar as narrativas da psicopatologia. Na perspectiva de O. Gonçalves, M. Henriques e P. Machado (2004), a psicopatologia é produto da construção narrativa do cliente, resultando de dificuldades a diferentes níveis da produção narrativa. Portanto, de forma a investigar a estrutura, o processo, o conteúdo e da narrativa, a mesma equipa desenvolveu uma família de metodologias que se constituem como pontos de partida para a análise e investigação narrativa (cf. O. Gonçalves, 2000): um manual de avaliação da estrutura e coerência narrativa²⁵ (O. Gonçalves & Henriques, 2000a), um manual de avaliação do processo e da complexidade narrativa (O. Gonçalves & Henriques, 2000b), um método de avaliação do conteúdo e multiplicidade narrativa (O. Gonçalves & Henriques, 2000c) e, ainda, um método de avaliação de narrativas protótipo (O. Gonçalves & Henriques, 2000d).

Um dos resultados da linha de investigação a partir das narrativas protótipo mostra que os sujeitos disfuncionais ou com psicopatologia avaliavam a narrativa-protótipo do

²⁵ Desenvolvido a partir do pressuposto de que a coerência narrativa – capacidade do indivíduo para organizar a narrativa numa estrutura - é um importante preditor do bem-estar psicológico e do sucesso terapêutico (e.g., Baerger & McAdams, 1999, Pennebaker, 1993, Russell & Wandrei, 1996, cit. Gonçalves *et al.*, 2004).

grupo psicopatológico a que estes clientes pertenciam como estando significativamente mais relacionada com as suas vidas pessoais, mais do que o grupo de controlo (O. Gonçalves *et al.*, 2004). Embora num registo ainda preliminar, uma outra investigação sobre a estrutura, o processo e o conteúdo de narrações espontâneas acerca de acontecimentos de vida significativos, desenvolvida com agorafobos e heroinómanos, evidencia que para ambos os grupos de clientes, as narrativas registam elevados níveis de estrutura narrativa com evidências menores de elaborações ao nível do conteúdo e do processo narrativo. Estes dados apoiam a ideia de que estes clientes estruturam as suas narrativas de forma coerente mas com insuficiente diversidade e flexibilidade (O. Gonçalves *et al.*, 2004). Numa outra investigação, realizada através da análise de sessões de psicoterapia (primeira, intermédia e última) com clientes simultaneamente deprimidos e dependentes de substâncias, analisou-se a mudança nas narrativas dos clientes que progrediram mais e dos que progrediram menos, no contexto de três modalidades de intervenção distintas. Quando as três sessões eram comparadas, constatou-se que os casos de maior sucesso terapêutico evidenciavam mudanças na complexidade do processo, na multiplicidade de conteúdo e na coerência de estrutura. Os clientes que registaram maior insucesso terapêutico não revelavam o mesmo padrão. Para além disso, os clientes que foram alvo da modalidade de terapia cognitiva narrativa foram os que demonstravam um desenvolvimento positivo ao nível da complexidade narrativa do processo, da multiplicidade de conteúdo e da coerência de estrutura nas narrativas analisadas (Moreira, Gonçalves, Beutler & Harwood, 2003, cit. O. Gonçalves *et al.*, 2004).

Têm sido, igualmente, desenvolvidas metodologias e estratégias específicas para a análise dos processos terapêuticos narrativos e da mudança em psicoterapia.

Angus, Hardtake e Levitt (1996, cit. O. Gonçalves, 2000) têm procurado investigar as estratégias de processamento narrativo que são facilitadoras da mudança junto dos clientes, desenvolvendo para o efeito um sistema de codificação do processo narrativo: *Narrative Processes Coding System* (NPCS). Esta metodologia permite estudar empiricamente a complexidade da produção narrativa de um indivíduo ou de uma díade terapêutica. Alguns dos resultados desta linha de investigação mostram que a mudança nos clientes (no sentido da construção uma identidade pessoal e relacional mais diferenciada, coerente) pode estar associada a uma progressiva diferenciação do processo narrativo para elementos internos mais complexos (e.g., referência a estados

emocionais, maior saliência e diferenciação de reacções afectivas) e mais reflexivos (interpretação, significado, compreensão de todos os aspectos da experiência, novas perspectivas acerca de si e dos outros) (O. Gonçalves, 2000; Hardtke & Angus, 2004).

Dois desses autores, Hardtke e Angus (2004) desenvolveram ainda uma metodologia de avaliação da mudança terapêutica: *Narrative Assessment Interview* (NAI). Trata-se de uma entrevista breve, semi-estruturada, que consiste em evocar as narrativas dos clientes, podendo ser administrada pré e pós-terapia. No essencial, permite explorar, de forma heurística, a mudança na narrativa pessoal do cliente em contextos de psicoterapia. Entre os resultados da investigação promovida pelos autores, essencialmente através de estudos de caso, é mencionado que os clientes que registam níveis de transformação significativos (em termos de medidas estandardizadas) e semelhantes entre si podem apresentar padrões contrastantes de mudança terapêutica.

Stiles (Honos-Webb, Stiles & Greenberg, 2003), influenciado por percursores como Piaget e Rogers, desenvolveu uma metodologia para a investigação do processo terapêutico que visa estudar a mudança, não em termos de resultados globais, mas a partir de micro-elementos e de forma longitudinal. O seu modelo de análise permite descrever a forma como os clientes assimilam (i.e., percebem, aceitam e utilizam), de forma contínua, as experiências problemáticas na sua vida. Como instrumento de investigação, o autor desenvolveu a *Assimilation of Problematic Experiences Scale* (APES). Estudos desenvolvidos a partir desta metodologia, baseados sobretudo em estudos de caso, evidenciam que a voz problemática tende a evoluir através de estádios, em que os mais avançados se relacionam com melhores resultados terapêuticos (Otasuke, Glick, Gray, Reynolds, Humpreys, Salvi & Stiles, 2004).

Semerari, Carcione, Dimaggio, Falcone, Nicòlo, Procacci, Alleva e Mengenthaler (2003) desenvolveram uma outra metodologia com o objectivo de avaliar o processo terapêutico e, mais especificamente, os estádios problemáticos narrados pelo cliente: a *Grid of Problematic States* (GPS). Os autores propõem a utilização dessa estratégia de avaliação narrativa para a análise e a intervenção nas «narrativas desorganizadas» dos clientes (p. 267, Dimaggio & Semerari, 2004).

Botella, Herrero, Pacheco e Corbella (2004), partindo de uma abordagem construtivista relacional, têm desenvolvido estudos qualitativos sobre o que acontece durante a conversação terapêutica. Num dos estudos sobre acontecimentos terapêuticos concluíram que, por um lado, existia uma forte relação entre a capacidade reflexiva e a transformação narrativa e que, por outro, a transformação narrativa incluía categorias

em que o cliente descobria novos elementos na sua história. Estes dados, em conjunto com outros resultantes de investigações complementares, conduzem os autores a sustentar que são, sobretudo, as questões reflexivas que promovem a mudança narrativa em psicoterapia, a partir da exploração do cliente de novas dimensões na sua narrativa, favorecendo simultaneamente o seu sentido de agência pessoal.

Levitt e Rennie (2004) têm utilizado a metodologia *Interpersonal Process Recall* (IPR) para analisar as intenções do terapeuta e do cliente no processo de construção narrativa. A partir dos vários trabalhos desenvolvidos, os autores concluem que a narração é, por si só, terapêutica. Para além disso, apontam que existem dois conjuntos de intenções subjacentes ao discurso narrativo: um reside na exploração emocional e na simbolização motivada pelo desejo de se compreender a si próprio de forma mais ampla; o outro visa a gestão da ansiedade causada pela exploração intrapessoal e interacção pessoal e manifesta-se de várias formas (e.g., gestão de crenças). Os autores adiantam ainda que a prática psicoterapêutica pode ser melhorada se se colocar os clientes a falar sobre a sua experiência na terapia dado que se cria uma espécie de meta-comunicação sobre ela. Para os autores, os terapeutas podem inclusive ajudar os clientes a tomar maior consciência sobre os processos que viabilizam ou que estão a comprometer as suas mudanças.

Por sua vez, McLeod (2004) tem procurado estudar como ocorre a mudança nas histórias contadas pelos clientes, a partir da análise dos processos narrativos ocorridos na terapia. O investigador tem investido, sobretudo, no desenvolvimento de estratégias de análise narrativa dirigidas a estudos de caso. A partir de alguns trabalhos, concluiu que a construção da meta-narrativa alternativa é um objectivo fundamental da terapia, ainda que nem sempre clientes e terapeutas se envolvam conscientemente nesse propósito. Conclui ainda que as abordagens terapêuticas narrativas não têm dado a atenção devida ao papel que a relação cliente-terapeuta tem na construção da narrativa de vida pelo cliente (Grafanaki & McLeod, 1999, cit. McLeod, 2004).

Em síntese, estes estudos têm em comum o facto valorizarem a narrativa como contexto de análise. Diferenciam-se, sobretudo, pelo enfoque que conferem aos seus objectos de estudo: alguns destes trabalhos de investigação têm procurado evidenciar, através de metodologias construídas para o efeito, que a psicopatologia resulta da construção narrativa do cliente (e.g., O. Gonçalves *et al.*, 2004); outros investigadores têm procurado estudar a mudança a partir de estádios problemáticos ou vozes (Semerari

et al., 2003); alguns têm-se dedicado ao estudo da conversação terapêutica (Botella *et al.*, 2004) e outros a analisar as intenções do terapeuta e do cliente no processo de construção narrativa (Levitt & Rennie, 2004); outros, ainda, têm investido no desenvolvimento de estratégias para análise dos processos terapêuticos e da mudança, procurando através dos estudos evidenciar a forma como as narrativas dos clientes mudam como resultado da terapia (Angus, Lewin, Bouffard & Rotondi-Trevisan, 2004; Botella *et al.*, 2004; Hardtke & Angus, 2004; McLeod, 2004). De referir que algumas dessas metodologias de investigação desenvolvidas são integrativas, na medida em que permitem avaliar a mudança em terapias com orientações teóricas distintas (e.g., Botella *et al.*, 2004; Hardtke & Angus, 2004; Honos-Webb & Stiles, 1998; Levitt & Angus, 1999; O. Gonçalves, 2000).

Porém, apesar da metáfora narrativa se ter repercutido em novas direcções de pesquisa e de serem notórios os esforços de expandir a investigação do processo de mudança terapêutica a partir dela, há ainda muitas limitações neste domínio.

Através da apresentação das actuais linhas de investigação é fácil constatar-se que o produto das investigações do processo terapêutico a partir da narrativa continua ainda muito incipiente (M. Gonçalves, 2003). Por outro lado, há dimensões pouco ou nada exploradas. Por exemplo, é escassa a investigação sobre os elementos responsáveis ou desencadeadores da mudança terapêutica. Outro exemplo refere-se à forma como a dimensão cultural interfere na psicoterapia, a qual deveria merecer maior destaque na investigação (McLeod, 1997), nomeadamente a influência das mensagens sociais e culturais, disponíveis e difundidas de diversas maneiras, nos clientes e na sua forma de construir significações para a sua narrativa pessoal.

A partir da literatura, percebe-se também que a articulação entre a investigação no contexto das narrativas e a prática terapêutica continua ainda insuficiente. Talvez isso explique a acentuação, no domínio da investigação narrativa, no olhar do investigador em detrimento do olhar dos terapeutas e dos clientes sobre os processos terapêuticos. Se introduzíssemos mais vezes a sua leitura, poderíamos beneficiar em dois sentidos: a relação colaborativa e dialógica prolongar-se-ia para os contextos de investigação e a prática terapêutica passaria a estar mais informada empiricamente a partir da investigação sobre os processos de mudança.

É também pouco expressiva a investigação desenvolvida no âmbito dos modelos psicoterapêuticos de orientação narrativa. Atendendo aos múltiplos objectos de estudo e

às linhas de pesquisa possíveis, seria importante que se desenvolvessem mais investigações nesse domínio.

Por último, apesar do evidente desenvolvimento a nível metodológico (ainda que muito centrado na *Grounded Analysis*, nos sistemas de codificação de temas narrativos), é urgente desenvolver mais métodos para a análise do processo psicoterapêutico, metodologias inovadoras e também pragmáticas.

Como se conclui, está ainda muito por fazer no domínio da investigação narrativa. Muitas questões continuam por responder, por exemplo: quais são os padrões de reconstrução narrativa que estão presentes nos casos de sucesso? O que acontece numa narrativa que retrata um impasse? Podem as narrativas ser usadas como medidas de resultado? De que forma? (McLeod, 1997).

V. Reflexão crítica final

Ao longo deste capítulo reflectimos sobre alguns dos novos desafios que se colocam aos terapeutas e aos investigadores que têm conduzido o seu trabalho a partir da metáfora narrativa.

Interessa agora especificar quais as potencialidades e eventuais dilemas que essa metáfora, centrada na proposta de re-autoria, assume na prática e na investigação terapêutica com a mulher que experimenta os maus tratos do parceiro.

No plano terapêutico são diversas as potencialidades da abordagem terapêutica de re-autoria com esse tipo de clientes.

Ao nível da concepção dos problemas, ao contrário do que pode suceder no âmbito de outros modelos de intervenção nos maus tratos (e.g., a intervenção em crise), nesta proposta terapêutica não é colocada na vítima a responsabilidade de gerir com sucesso os maus tratos. Pelo contrário, a proposta narrativa permite destacar a violência do parceiro como o problema central do qual decorre o mal-estar na sua vida e um conjunto de efeitos que estabelecem uma narrativa de vida indesejável. Dessa forma, esta abordagem permite contextualizar os efeitos que decorrem da violência e, a partir da diferenciação pessoa-problema, conceptualizar-se as dificuldades (e.g., medo,

tristeza) da mulher de forma despatologizada. Reduz-se assim o espaço para a auto-culpabilização e, simultaneamente, promove-se uma maior esperança na mudança.

De acordo com esse entendimento dos problemas, parte-se do pressuposto de que as clientes que procuram apoio o fazem, sobretudo, porque as suas histórias conjugais e de vida são experienciadas como restritivas ou opressivas. As suas narrativas pessoais reflectem, quase invariavelmente, experiências de autoria inviável, coarctada, diminuída ou esbatida (O. Gonçalves, 2000). Habitualmente, a narrativa de si – não preferencial – que a mulher experiencia foi imposta pelo outro (Omer, 1996), pelo parceiro maltratante. Nesta perspectiva, essa descrição de si é entendida pelo terapeuta como uma das versões possíveis de identidade que acaba por se traduzir numa determinada forma de ser, de estar e de se relacionar muitas vezes “cristalizada”. Neste cenário, entre os propósitos da terapia, está a (re)construção da autoria, nas mais diversas áreas de vida da cliente (e.g., relacional, maternal, profissional) para que novas versões de si possam, entretanto, emergir ou tornar-se mais evidentes.

Essa concepção da narrativa problemática da cliente tem uma outra vantagem para quem trabalha com esta população: ajudar o terapeuta a compreender de forma mais útil determinadas posturas algo típicas no percurso destas mulheres: alguma hesitação, ambiguidade e/ou desorientação face à mudança, manifestações que podem ocorrer na fase inicial da terapia mas não só, como já reflectimos noutras partes deste trabalho.

Alguns desses posicionamentos são, por vezes, alvo de determinadas significações pouco úteis por parte dos técnicos e terapeutas envolvidos nestes processos de apoio: podem ser lidos como sinais de tolerância face a determinadas formas de abuso ou indícios de alguma convivência face ao agressor por parte da vítima; podem, ainda, ser entendidos por alguns como reflexo da sua incapacidade de mudar. A partir dessas leituras, os profissionais acabam por caracterizar essas clientes como apelativas, repetitivas ou dúbias nas suas queixas. Por vezes, esses significados acabam por gerar nos técnicos posturas de cepticismo e algum descrédito no discurso da mulher face à mudança (e.g., “ela não deseja verdadeiramente mudar”).

Porém, a partir da perspectiva de re-autoria, esses posicionamentos da mulher podem ser alvo de leituras alternativas. Algumas das clientes não “questionam” os problemas que enfrentam, ou melhor, fazem-no por vezes de forma insuficiente ou inconstante dado que é muitas vezes o significado atribuído a estes (por exemplo de relativização, negação, minimização, racionalização) que permite preservar o casamento. Por exemplo, contestar o medo pode inviabilizar algo que o próprio medo

assegura: a manutenção da relação. Pode tornar inevitável uma separação. Combater a vergonha pode inviabilizar a “privacidade” e o segredo do abuso. Actuar contra a resignação pode inviabilizar a protelação de decisões. O questionamento de algumas “prescrições” do maltratante para a sua vida pode conduzir à ruptura relacional.

Assim, a hesitação face à mudança acaba por impedir algumas mulheres de agir noutras direcções (e.g., movimentos de contestação ao problema, denunciar o parceiro agressor, separar-se). O facto de não saberem o que fazer para gerar mudança ou/e recearem os cenários possíveis da própria mudança pode também alimentar hesitações e alguma desorientação. Esta condição coloca-se sobretudo se a cliente enfrenta circunstâncias de vida contextuais que acrescem complexidade à realidade já de si difícil em que vive (e.g., estar dependente economicamente do parceiro).

Outra das potencialidades deste modelo terapêutico diz respeito à desconstrução dos discursos sociais que alimentam as realidades conjugais abusivas. Como defende White, as «narrativas são um veículo da cultura» (2004, p. 104) e, no caso da mulher maltratada, as suas narrativas pessoais podem transportar, como vimos, muitas mensagens culturais dominantes. Portanto, a desconstrução na terapia dos discursos legitimadores da violência pode promover alguma “imunidade” face aos mesmos e/ou permitir gerar novos posicionamentos face a estes. Isto pode traduzir-se na resistência da mulher às tradições culturais que lhe são prejudiciais (Smith, 1997) ou que inibem a mudança perante a um contexto abusivo. No essencial, ao serem convidadas a analisar os discursos disponíveis no seu espaço discursivo, as clientes podem decidir quais aqueles que para si fazem mais eco e, assim, reposicionar-se (Smith, 1997).

No que respeita à relação terapeuta-cliente, a diferença entre os modelos psicoterapêuticos mais didácticos e esta abordagem narrativa de re-autoria é muito evidente. Aqui há maior espaço para a exploração e para a criatividade por parte de ambos os intervenientes.

Aventuramo-nos distinguir as duas posturas do terapeuta, em função da sua orientação a partir desses dois modelos, recorrendo a uma metáfora do mundo das viagens – a postura do viajante e do turista quando se trata de abordar um outro país com uma realidade muito diferente da sua. Afinal, o que os distingue? Habitualmente, o turista (tal como terapeuta didáctico) traça antecipadamente um guião pelo qual se deve orientar, onde está esboçado um conjunto pré-definido de etapas (e.g., o que é esperado

que ele conheça, que ele faça, os “lugares” mais comuns a visitar). Quando parte em viagem, o turista deseja que no destino falem na sua língua ou então numa linguagem universal, mas sobretudo espera ser percebido nas suas pretensões. Perante uma realidade diferente da sua, procura muitas vezes estabelecer regularidades, paridades, ficando até satisfeito ao encontrar semelhanças com outras formas de vida que já conhece. Muitas vezes não resiste à tentação de explicar aos “nativos” daquele país diferente que há formas mais evoluídas de fazer ou pensar sobre algo. A cada momento, preocupa-se em verificar se o programa e o respectivo calendário estão a ser cumpridos, privilegiando o conhecimento dos lugares mais “turísticos” (ou seja, os mais vulgares). Usa sempre esses procedimentos e critérios para avaliar todas as viagens. Quando regressa ao destino de origem, preocupa-se em ensinar aos outros o que devem fazer (e.g., cuidados a ter, objectivos a alcançar) se algum dia abordarem o mesmo “território”. Perante o mesmo país desconhecido, o verdadeiro viajante (tal como o terapeuta narrativo) não transporta consigo qualquer roteiro. Parte para o destino desconhecido sobretudo capaz de olhar, de ouvir, disposto a interagir. Sabe que poderá explorar diferentes percursos, escolher direcções distintas consoante os momentos que vai experimentando e, para ele, isso é o principal desafio. Parte para a viagem carregado de questões, gosta de experimentar o que é novo e diferente. Interessa-se por conhecer a cultura, os valores e as linguagens locais, as gentes, nas suas riquezas e autenticidades. Conta com os “nativos” para descobrir uma realidade diferente da sua. O sentido que retira da viagem é algo que resulta dos “intercâmbios” com aquelas gentes. Preocupa-se em ser entendido mas, sobretudo, em entender os outros. O seu trajecto vai sendo palmilhado por aquilo que acaba por conhecer naquele contexto específico. É capaz de voltar ao mesmo país muitas vezes pois sabe que, de cada vez que lá volta, pode criar acerca dele uma nova perspectiva. Para ele, uma viagem nunca termina, até porque as questões não se esgotaram na viagem e a curiosidade face ao que é diferente acaba por se transformar num hábito para o viajante.

Desta forma, na proposta terapêutica de re-autoria, a natureza da relação que é estabelecida com a cliente acaba por superar muitas das críticas apontadas aos modelos terapêuticos mais didácticos ou directivos (e.g., metas unilateralmente estabelecidas pelo terapeuta: a saída da relação ou a queixa como sendo sempre a melhor alternativa). Isso é tanto mais útil já que sabemos que essa directividade do terapeuta no contexto da violência íntima nem sempre garante um maior bem-estar ou sucesso na cessação da violência, como de algum modo já discutimos noutras partes deste trabalho.

Por outro lado, a postura colaborativa e o contexto terapêutico conversacional tornam-se particularmente relevantes, não só porque geram a abertura necessária para a re-autoria da história da mulher, mas também porque criam um contexto relacional bastante distinto daquele que ela experimenta na relação íntima abusiva (e.g., hierárquica, directiva, desigual).

A relevância desta proposta terapêutica assenta também no facto de sublinhar as responsabilidades éticas e sociais do terapeuta. Por um lado, a sua postura flexível permite que este oriente a sua intervenção pelas necessidades e exigências específicas de cada situação e pelo retorno dado por cada cliente. Por outro lado, esta proposta transforma a terapia numa prática cultural (White & Epston, 1990). Neste contexto específico, através da actividade de desconstrução dos discursos que sustentam as narrativas problemáticas decorrentes dos maus tratos, o terapeuta assume na sua prática uma posição comprometida do ponto de vista dos valores e, por isso, politizada. Para além disso, no contexto da terapia podem ser gerados novos instrumentos que permitam a desconstrução das histórias dominantes relativas aos maus tratos (e.g., quando se envolve as clientes na construção de materiais escritos que podem ser postos a circular – documentando o processo de mudança - ou quando as recrutamos para ajudar outras clientes com problemas semelhantes).

Apesar das inúmeras potencialidades, é algo habitual depararmo-nos com algumas dificuldades ou dilemas no contexto dessa prática terapêutica com este tipo de clientes.

Um desses dilemas com que o terapeuta se depara é de natureza ética mas também técnica: envolve o dilema entre a confidencialidade, a flexibilização e a filosofia de co-construção *versus* o carácter público do crime de maus tratos que obriga, do ponto de vista legal, qualquer profissional de ajuda à sua participação. De facto, os terapeutas de orientação narrativa que trabalham neste domínio confrontam-se permanentemente com esses dois imperativos de natureza muito distinta. Há depois um conjunto de elementos que ampliam o próprio dilema: o facto de sabermos que a denúncia criminal não é um desejo de todas as mulheres que lidam com os maus tratos, não é sequer garantia de que o bem-estar daquelas que o fazem aumente, nem tão-pouco funciona sempre como dissuasor da violência junto do parceiro agressor. Para além disso, essa obrigação legal constrange o terapeuta a alhear-se da vontade da cliente, fazendo-o intervir de modo impositivo, impedindo-o de reforçar a sua autonomia e restringindo a sua liberdade para

fazer escolhas. Em síntese, esta posição assume vários riscos: do ponto de vista da cliente, pode minar a relação terapêutica e comprometer a sua adesão ao processo terapêutico, conduzindo por exemplo a um *drop-out*; do ponto de vista do terapeuta, delimita a postura colaborativa e dialógica (Machado, 2004; M. Gonçalves, 2006). Aliás, julgamos que o imperativo legal, tal como actualmente existe, acaba por transformar os profissionais de apoio em instrumentos de controlo social relativamente ao agressor.

Por outro lado, quando intervimos nos maus tratos na intimidade deparamo-nos muitas vezes com circunstâncias de vida em que essa postura mais directiva se torna relevante ou mesmo eticamente “obrigatória”. M. Gonçalves (2006) tem reflectido sobre este tipo de situações que exigem que o terapeuta assuma uma postura relacional instrutiva, ainda que de um modo temporário, restabelecendo depois o dialogismo terapêutico. No contexto dos maus tratos, há justamente situações terapêuticas em que uma postura instrutiva ou educativa pode ser vantajosa. Por exemplo, é essencial que o terapeuta veicule que a vitimação relacional é intolerável e que constitui um crime; é igualmente fundamental que o terapeuta transmita à cliente que aquilo que ela possa estar a experienciar como perturbador é esperado e partilhado por outras mulheres com experiências semelhantes. Em situações de elevada perigosidade, envolvendo a probabilidade de agressões graves ou risco de vida, uma posição directiva (e.g., necessidade de denúncia criminal, prescrição de um plano de segurança) pode ser igualmente fundamental. A acrescentar, um dos efeitos muito presentes nesta população que experimenta os maus tratos na intimidade é a ideação suicida. De modo semelhante, na condição de alguém nos procurar nessa circunstância, temos que assumir a postura directiva de a encaminhar para apoio psiquiátrico. Algo semelhante acontece quando alguém nos procura com lesões visíveis e graves decorrentes dos maus tratos. Nessa circunstância, a postura do terapeuta pode passar por reforçar junto da cliente a importância da denúncia criminal (dado que a severidade das lesões é um elemento associado a um maior risco de violência futura) e por encaminhar a vítima para os serviços médico-legais, no sentido da sua situação poder estar mais documentada e, principalmente, mais protegida do ponto de vista judicial.

Em resumo, algumas opções ou práticas terapêuticas podem encerrar alguns riscos ou serem até paradoxais em determinadas circunstâncias. Apesar do objectivo terapêutico ser a autoria, há situações em que neste contexto específico de intervenção temos que ser mais directivos. Nalgumas circunstâncias é preciso primeiro criar

condições para haver espaço para a construção de autoria. O mais importante é, precisamente, reflectirmos a cada momento sobre as implicações e a relevância de cada uma das nossas opções enquanto terapeutas. Por outro lado, independentemente da forma como superamos o dilema em causa, importa sublinhar que os problemas que a vítima transporta para a terapia têm um enquadramento criminal e os terapeutas que trabalham neste domínio não devem, por razões éticas e sociais, alhear-se dele.

Outro dilema técnico relaciona-se com os contextos externos à terapia. Referimos antes que quantas mais vozes de validação da mudança estiverem disponíveis no espaço social e discursivo da cliente mais fácil se torna escapar à dominância da narrativa problemática. No âmbito dos maus tratos, é habitual a dificuldade em mobilizar os outros significativos. Por um lado, existe um empobrecimento relacional característico destas situações, o que faz com que muitas vezes só o recurso à imaginação nos permita constituir as tais audiências. Por outro lado, os que estão disponíveis, nem sempre assumem uma função de autenticação das novas versões (e.g., por cepticismo em relação à mudança, por serem tolerantes face à situação abusiva). Relativamente ao contexto mais vasto, a legitimação social e cultural destes fenómenos é ainda uma realidade com que se confrontam as mulheres vitimadas, até mesmo no contacto com as instituições formais de ajuda. Assim, o que acontece é que nem sempre os contextos adjacentes à terapia são impulsionadores e autenticadores das mudanças que aí se procuram construir.

Associada a esta dificuldade está, por exemplo, o facto de os RUs não serem suficientemente validados nos contextos externos à terapia. Muitas vezes, eles precisam de ser muito expressivos para serem notados externamente e, por vezes, temos que solicitar intencionalmente a alguém significativo que se pronuncie, por exemplo através do uso de cartas, sobre determinados resultados construídos pela mulher.

Outro dos dilemas, ainda que se coloque com menor frequência, situa-se no plano dos valores. As práticas terapêuticas narrativas têm que ter em atenção especificidades religiosas (e.g., a ilegitimidade do divórcio e o sacramento do casamento para os católicos) e culturais. Por exemplo, Eisikovits e Buchbinder (2000) fazem referência a determinadas culturas em que, para algumas mulheres, as questões relacionadas com a separação nem sequer se colocam (e.g., Muçulmanos, Judeus ortodoxos) pois, ao contrário do que acontece nas sociedades ocidentais, isso teria um preço (social,

cultural) mais elevado do que a própria violência, inviabilizando-se desde logo essa alternativa em termos de construção da mudança. Outros estudos já referenciados (cf. capítulo II) dão conta dos mesmos constrangimentos. Esse tipo de situação também se pode colocar a algumas mulheres portuguesas.

Para além das potencialidades e dos dilemas discutidos, o terapeuta que aborda a prática a partir da metáfora narrativa (de re-autoria) sente, por vezes, a necessidade de se socorrer de outras práticas para além daquelas que o modelo propõe.

Quando se trabalha com mulheres vítimas de maus tratos há, de facto, “ferramentas” que se tornam particularmente úteis e pragmáticas em determinados momentos da psicoterapia. Como fomos referindo ao longo deste trabalho, há áreas-chave (e.g., interrupção da violência, planificação da segurança) que são prioritárias na intervenção com esta população. Nesses domínios torna-se oportuno e relevante recorrer a estratégias cognitivo-comportamentais. Por exemplo, vimos já que o paradigma comportamental pode ser útil na responsabilização social e criminal do agressor através da queixa e/ou na promoção da protecção pessoal da mulher através de comportamentos securitários; o paradigma cognitivista pode ser útil nalgumas circunstâncias associadas à resolução de problemas mais imediatos. Assim, no plano da narrativa de cada cliente, «a metáfora da criação» (O. Gonçalves, 2000, p. 107) (viabilizada, por exemplo, através dos RUs) e algumas ferramentas mais clássicas (e.g., estratégias operantes) por vezes coabitam na terapia. Estamos conscientes que de ambas as dimensões resultam de propósitos e posturas distintas, mas julgamos que na prática estes planos podem temporariamente ser articulados, tornando-se complementares. Nesse sentido, revemo-nos na posição sustentada por Gergen e Warhuus (2001) de que o terapeuta deve empregar a prática terapêutica que lhe possa ser útil e válida no contexto mais imediato.

Na sequência desta reflexão, Gergen e Warhuus (2001) sustentam que o modelo de White e Epston (1990) é pouco flexível, no sentido em que confere um espaço muito limitado a outras práticas mais tradicionais ou a múltiplas perspectivas. Esse “fechamento” a outras abordagens é contraditório com a filosofia de tolerância a uma diversidade de vozes (Doan, 1998), favorecida pelo próprio modelo. Gergen e Warhuus consideram que se assiste nesse modelo a uma reduzida ênfase na multiplicidade narrativa: o objectivo é escapar do domínio do problema e gerar uma narrativa mais útil, limitando-se a possibilidade do cliente se movimentar num espaço múltiplo de narrativas.

Por fim, ao nível da pesquisa sobre a vitimação na intimidade, são também muitos os desafios que se colocam a partir da proposta narrativa de re-autoria. Por exemplo, no contexto terapêutico poder-se-á procurar responder às seguintes questões: como se constrói a mudança narrativa em contextos de vitimação pelo parceiro? Quais são os processos mais úteis na promoção da diversidade narrativa e na ampliação das narrativas alternativas junto de mulheres com experiência de maus tratos? Como é que a desconstrução dos discursos dominantes interfere nos posicionamentos pessoais dessas mulheres? Qual a influência das audiências na (in)viabilização da mudança? Qual o poder de audiências imaginárias em contextos em que existe um grande empobrecimento relacional? Estas são apenas algumas das questões que se podem colocar aos investigadores mas, simultaneamente, aos terapeutas narrativos.

Essa circunstância conduz-nos a uma palavra final sobre a pertinência do diálogo entre os investigadores e os clínicos: enquanto que os terapeutas narrativos são procurados para ajudar a mudar as histórias de vida das pessoas, os investigadores narrativos estudam essas narrativas de um ponto de vista científico (McAdams & Janis, 2004). Porém, como já dissemos, até ao momento, a sua interacção não tem sido particularmente frequente, embora ela seja essencial para ambos os domínios.

Mas o futuro parece-nos promissor, atendendo aos novos projectos de intervenção-investigação que estão a surgir. É importante que se criem boas oportunidades para que ambos (investigadores e clínicos) se tornem criativos no universo das narrativas. As próprias histórias, os terapeutas, os clientes e os investigadores irão beneficiar certamente de um maior diálogo e colaboração.

PARTE B

ESTUDO EMPÍRICO

**VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE:
ESTUDO SOBRE A MUDANÇA PSICOTERAPÊUTICA NA MULHER**

Nota introdutória

Na origem deste trabalho estiveram diversas motivações. Por um lado, atendendo à ausência de investigações desenvolvidas acerca da mudança terapêutica com mulheres abusadas pelo parceiro, as questões que colocávamos eram muitas e de natureza muito variada. Essa circunstância alargava eventuais direcções de pesquisa mas também tornava o estudo empírico desse objecto um grande desafio. Por outro lado, e não obstante a complexidade subjacente à investigação em psicoterapia e as dificuldades que prevalecem (e.g., metodológicas), este trabalho assumia-se ainda como uma oportunidade para o desenvolvimento de uma meta-perspectiva sobre o processo terapêutico: através dele pretendíamos conhecer, reflectir e compreender melhor a experiência de vitimação e os processos envolvidos na construção da mudança face aos maus tratos. Para além disso, a partir do estudo das trajectórias de mudança poder-se-ia, do ponto de vista clínico, retirar algumas implicações e, eventualmente, desenvolver novas questões acerca do objecto de estudo.

Nesse contexto, interessava-nos fundamentalmente compreender, de forma empírica, o processo terapêutico: *como se constrói a mudança?*

Embora não fosse o objectivo mais central deste trabalho, o estudo dos resultados terapêuticos também se constituía como uma dimensão relevante da investigação: da terapia decorre algum tipo de mudança? Qual a sua magnitude? (Beutler & Hill, 1992). Considerámos que o cruzamento dos dois domínios de análise – conhecer os processos de construção da mudança, estudando ao mesmo tempo a utilidade da psicoterapia para grupos diferentes – resultaria numa mais-valia no plano empírico e clínico.

A esse propósito, importa dizer que, embora esses dois domínios da investigação sejam distintos (Garfield, 1990), a sua relação atrai, desde os anos oitenta, a atenção de muitos investigadores (e.g., Bergin & Lambert, 1978, Greenberg & Pinsof, 1986, Rice & Greenberg, 1984, cit. Marmar, 1990). Alguns autores (cf. Lundy & Grossman, 2001) apontam inclusive que a progressiva sofisticação do conceito de resultado terapêutico conduziu a uma maior focalização no processo terapêutico, precisamente pelo facto dessa análise permitir avaliar e perceber melhor a eficácia, isto é, os factores responsáveis pela produção de resultados em direcção à mudança. Com essa intenção, começaram a desenvolver-se diversos modelos para uma análise integrada do processo e

dos resultados terapêuticos (e.g., Garfield, 1990; Hardy *et al.*, 1998, Hill, 1994, Rhodes & Greenberg, 1984, Rosen & Proctor, 1978, Safran & Muran, 1994; Orlinsky *et al.*, 1994, cit. Lundy & Grossman, 2001), embora persistam muitas limitações e problemas (Lambert & Hill, 1994, Orlinsky *et al.*, 1994, cit. Lundy & Grossman, 2001). Muitos consideram desejável que ambas as dimensões possam ser avaliadas num mesmo estudo, embora muitas vezes isso não aconteça dada a complexidade envolvida na combinação dessas duas dimensões (Garfield, 1990).

Nesta dissertação, a componente empírica compreendeu essas duas partes, desenvolvidas em paralelo: o estudo dos resultados terapêuticos e o estudo do processo terapêutico. O primeiro, essencialmente quantitativo, visou a medição ou a mensuração da mudança terapêutica, isto é, o estudo dos resultados finais alcançados na terapia (habitualmente designados pela literatura como os *big o's*, Marmar, 1990). Essa dimensão da investigação permitiu-nos constituir dois grupos contrastantes (sucesso *vs.* insucesso terapêutico). O segundo estudo, de natureza quantitativa e qualitativa, teve como objectivo a análise do processo de construção da mudança terapêutica, isto é, a investigação do que acontece durante as sessões de psicoterapia (Beutler & Hill, 1992) (designados habitualmente como marcadores intermédios de mudança ou *little o's*, Marmar, 1990). No âmbito desta dissertação, essa parte da investigação envolveu, especificamente, o estudo dos resultados únicos (White & Epston, 1990) nas sessões terapêuticas.

Capítulo VI

VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE:

ESTUDO SOBRE A CONSTRUÇÃO DA MUDANÇA PSICOTERAPÊUTICA NA MULHER

I. Metodologia

O facto de nenhum método viabilizar todo o conhecimento possível acerca de um tema, e ainda a ausência de supremacia de uns em detrimento de outros, leva a que quase de forma ilimitada possamos desenvolver diversas metodologias para melhor nos “aproximarmos” de um determinado objecto (Machado, 2000).

Tendo em conta que cada método proporciona um determinado mapa do objecto (Reissman, 1994, cit. Machado, 2000), as opções metodológicas que realizámos no âmbito desta dissertação permitiram-nos captar perspectivas diferentes acerca da mudança.

Para além disso, os objectivos específicos e as interrogações que colocávamos a cada momento acabaram por estabelecer, de forma estratégica, a escolha daquele que era o método mais relevante num dado contexto. Portanto, na investigação dos resultados quantitativos, tendo em conta a necessidade de se avaliar a ocorrência de mudança e a sua magnitude (e.g., vitimação, sintomatologia, crenças face aos maus tratos), recorreremos sobretudo a métodos quantitativos. Estes permitiram-nos medir a mudança, em termos de resultados finais alcançados e, a partir daí, comparar grupos terapêuticos. Por sua vez, na investigação dos processos terapêuticos, optámos por recorrer, simultaneamente, a métodos quantitativos e qualitativos.

De qualquer forma, entendemos que o estudo do processo terapêutico teve sobretudo subjacente uma abordagem ideográfica. Dadas as diversas interrogações que produzimos acerca da mudança, a flexibilização dessa parte do trabalho empírico era uma condição muito relevante. Ela permitiria ir apurando as questões mais centrais à medida que a investigação prosseguia. Por outro lado, a insuficiência dos métodos quantitativos disponíveis para o estudo do processo terapêutico (cf. capítulo IV e V) tornou necessário desenvolver uma nova metodologia para se analisar os resultados únicos (RUs). O facto de termos privilegiado um contexto de descoberta na análise do

processo terapêutico acabou por resultar na construção de uma metodologia que permitiu captar uma diversidade de elementos relativos aos RUs (como descreveremos adiante).

De entre os vários modelos que a investigação em psicoterapia pode assumir (e.g., investigação baseada na teoria) (e.g., Hill, 1990), este trabalho enquadra-se naquilo que alguns autores designam de investigação orientada para a descoberta (e.g., Elliot, 1984, Mahrer, 1988, cit. Hill, 1990) ou investigação exploratória do processo (e.g., Hill, 1990). Neste formato, os investigadores desenvolvem instrumentos para codificar determinadas ocorrências na sessão terapêutica ou, então, para descrever a experiência dos participantes. Um dos principais objectivos desta modalidade de investigação é o desenvolvimento de teoria, a partir do conhecimento acumulado através da replicação de estudos. Embora uma das características desse formato seja o facto da investigação não ser orientada teoricamente, muitas vezes ela decorre quer de codificações propostas pela teoria, quer da exploração de processos designados por orientações teóricas específicas. Foi precisamente isso que aconteceu no âmbito desta trabalho: estudámos um dos elementos apontados pelas psicoterapias narrativas como responsáveis pela construção da mudança – os RUs. Nesse contexto, procurámos manter o que Clara Hill (1990) considera essencial neste formato de investigação exploratória: «manter uma postura de descoberta sobre o que os dados nos revelam, mais do que testar princípios propostos pela teoria» (p. 298).

1.1. Objectivos e questões de partida

No essencial, através do estudo do processo terapêutico com mulheres abusadas pelo parceiro, pretendíamos:

- i) reflectir sobre a experiência psicoterapêutica das participantes no sentido de compreender melhor as suas complexidades;
- ii) conhecer o processo de construção da mudança psicoterapêutica: descrever, analisar e perceber o que muda e como muda;
- iii) captar os percursos psicoterapêuticos da mudança, através das trajectórias de RUs, e estudar os seus padrões específicos comparando sucesso e insucesso psicoterapêutico;
- iv) analisar o poder e o impacto dos resultados únicos na construção da mudança.

Estes objectivos traduziram-se num conjunto de questões de partida mais específicas:

1. Como é que as mudanças acontecem na psicoterapia?
2. Qual a natureza das mudanças promovidas pela terapia com mulheres abusadas?
3. Caso haja diferentes trajectórias de mudança, como se diferenciam entre si? Dito de outro modo, o que sucede nos processos psicoterapêuticos em que a mudança num sentido mais favorável é promovida e naqueles em que essa mudança não acontece? Como se explica isso? E entre as mulheres que mudam, também há variações os seus percursos?
4. Como e quando emergem os RUs nos percursos psicoterapêuticos?
5. Qual o papel dos resultados únicos para a transformação em psicoterapia? A sua presença conduz sempre a uma nova narrativa num sentido preferencial ou, pelo contrário, poderá acontecer que a presença destes não seja suficiente para a mudança ocorrer? Caso isso aconteça, como se explica que os RUs nem sempre produzam uma mudança consistente ou numa direcção preferencial?
6. Há aspectos ou dimensões dos RUs mais responsáveis pelas transformações positivas?
7. Diferentes padrões de RUs têm igual potencial na construção da mudança? Dito de outro modo, qual a relevância da sua natureza heterogénea e diversa dos RUs para a construção da mudança e para a emergência de novas vozes?
8. Como se caracterizam os processos de co-construção terapêutica?
9. Qual a relação entre processos narrativos e resultados terapêuticos?

Este conjunto de questões, colocadas no início deste estudo, orientou o processo de amostragem, de análise e de tratamento dos dados.

1.2. Intencionalização da recolha: a amostragem teórica

Atendendo ao contexto (e.g., empírico, metodológico) em que se inscreveu este estudo, o processo de recolha da amostra foi intencionalizado: as participantes foram seleccionadas em função da informação que nos poderiam proporcionar relativamente ao objecto de estudo (a mudança terapêutica).

Assim, as clientes que procuraram apoio terapêutico na Unidade de Consulta em Psicologia da Justiça, devido aos maus tratos exercidos pelo parceiro, constituíram-se elementos representativos dos processos que procurávamos conhecer, assumindo portanto o estatuto de «peritos experienciais» (Morse, 1994, cit. Machado, 2000, p. 356). Essas clientes, pela sua experiência, poderiam maximizar o conhecimento acerca do tema em estudo. Esta metodologia, proposta por Strauss e Corbin (1990), é designada de amostragem teórica.

Começávamos por realizar uma sessão zero onde avaliávamos o contexto em que se inscrevia o pedido de ajuda (este era habitualmente referenciado de forma muito breve numa “ficha de pedido de consulta” que precede os processos de apoio). No final dessa sessão, e nas situações que envolviam de facto uma solicitação de apoio terapêutico face aos maus tratos íntimos, explicávamos às clientes a natureza e os objectivos principais do estudo que pretendíamos desenvolver. Depois convidámo-las para participar, explicitando as condições em que a sua eventual participação se inscreveria. Àquelas que concordaram colaborar era pedido para formalizarem essa aceitação por escrito. Nesse momento declaravam, simultaneamente, o seu consentimento para a gravação vídeo de todas as sessões de psicoterapia e a sua colaboração nos processos de avaliação previstos (e.g., administração de questionários na primeira sessão e depois de quatro em quatro sessões, na última sessão e ainda no *follow-up*).

a. Indicadores empíricos de mudança terapêutica

Um dos primeiros aspectos a ter lugar foi o estabelecimento do que seriam os indicadores de mudança.

A partir da literatura sobre investigação psicoterapêutica (e.g., Beutler & Hill, 1992) e sobre intervenção nos maus tratos conjugais (e.g., Logan & Walker, 2004; Lundy & Grossman, 2001), estabelecemos dois critérios ou indicadores empíricos que permitiram validar (ou não) a mudança terapêutica:

1. obtenção de uma condição de bem-estar psicológico (avaliada a partir do B.S.I.);
2. cessação ou mudança significativa na vitimação recebida pelo parceiro.

Em relação a esta última medida, considerou-se que ou existia uma total cessação do abuso ou quando, caso tal não se verificasse, eram cumpridos simultaneamente três critérios relativamente à vitimação inicialmente reportada (isto é, mudança significativa):

- a. registou-se uma alteração significativa nas suas modalidades (e.g., cessação da violência sexual e física, embora pudesse prevalecer violência psicológica, passando de uma ocorrência multidimensional a unidimensional);
- b. passou a envolver apenas formas “menores” (e.g., insultos, gritar, impedir contactos);
- c. deixou de ter uma ocorrência continuada, passando a assumir um carácter ocasional.

Em síntese, podemos dizer que neste trabalho a *mudança terapêutica* se define, do ponto de vista empírico, como uma melhoria no funcionamento psicológico geral (Corsini, 1984, Mahrer, Dessaulees, Nadler, Gervaise & Sternber, 1987, cit. Hanna & Ritchie, 1995), associada a uma mudança significativa na vitimação recebida pelo parceiro.

b. Constituição de grupos contrastantes

Neste trabalho considerámos que uma das formas de melhor compreender a mudança seria através da contrastação de casos com sucesso e com insucesso psicoterapêutico. Assim, a partir dos dois indicadores empíricos de mudança supracitados, comparámos o início com o final da terapia e constituímos dois grupos contrastantes: um grupo com sucesso e outro com insucesso terapêutico.

Como se observa nos quadros 1 e 2, que caracterizam a amostra total envolvida no estudo, integraram o grupo de sucesso terapêutico os processos onde se verificou uma condição de bem-estar psicológico associada à cessação absoluta da violência (três casos: 3, 4 e 5) ou, então, a uma alteração significativa na vitimação recebida do início da terapia (e.g., práticas “menores” de abuso, ocorrências esporádicas) (dois casos: 1 e 2).

A inclusão no grupo de insucesso terapêutico resultou do facto de, no final do processo terapêutico, permanecer uma condição de mal-estar psicológico significativo,

como aconteceu no caso 10 na fase do *follow-up* (ainda que a condição inicial de sintomatologia se tenha resolvido até ao final da terapia). Nessa dimensão, o caso 9 registou sempre uma condição sub-clínica que se manteve do início ao final do processo terapêutico. A inclusão desses dois casos nesse grupo esteve ainda associada ao facto da vitimação manter as manifestações iniciais e a severidade registada na fase pré-terapia. No grupo de insucesso integrámos também os processos terapêuticos que foram interrompidos pelo facto das clientes abandonarem a psicoterapia de forma inesperada (classificados como *drop-outs*). No total, o grupo de insucesso terapêutico constituiu-se por dois processos finalizados e os três restantes foram *drop-outs*.

Refira-se que o término do processo terapêutico ocorreu a partir do momento em que terapeuta e cliente consideravam que os objectivos centrais ou as principais metas terapêuticas tinham sido atingidas. Nos insucessos concluídos, embora as clientes também fizessem essa avaliação, a terapeuta percebeu um certo impasse nessa fase final na terapia.

Processos com sucesso terapêutico	BSI inicial (IGS)	BSI final (IGS)	BSI <i>follow-up</i> (IGS)	Vitimação inicial recebida	Vitimação final recebida	Vitimação recebida no <i>follow-up</i>
Caso 1	0,84	0,19	0,18	Física, sexual e psicológica	Psicológica, perpetração de formas menores, ocorrência rara	Psicológica, perpetração de formas menores, ocorrência rara
Caso 2	0,52	0,09	0,24	Física e psicológica	Psicológica, perpetração de formas menores, ocorrência rara	Psicológica, perpetração de formas menores, ocorrência rara
Caso 3	1,48	0,01	0,05	Física e psicológica	Cessaçã da violênci	Cessaçã da violênci
Caso 4	2,03	0,83	1,18	Psicológica	Cessaçã da violênci	Cessaçã da violênci
Caso 5	2,20	0,64	0,60	Física, sexual e psicológica	Cessaçã da violênci	Cessaçã da violênci

Quadro 1. Resultados obtidos a partir dos indicadores empíricos de mudança terapêutica: sucessos

Processos com insucesso terapêutico	BSI inicial (IGS)	BSI final (IGS)	BSI <i>follow-up</i> (IGS)	Vitimação inicial recebida	Vitimação final recebida	Vitimação recebida no <i>follow-up</i>
Caso 6 <i>(drop-out)</i>	1,46	1,92 (última avaliação sessão 8)	–	Física, psicológica e sexual	Psicológica, perpetração de formas menores, registo ocasional	–
Caso 7 <i>(drop-out)</i>	2,39	0,92 (última avaliação sessão 4)	–	Física, psicológica e sexual	Manutenção da frequência inicial da violência psicológica e sexual	–
Caso 8 <i>(drop-out)</i>	1,69	1,43 (última avaliação sessão 4)	–	Física e psicológica	Manutenção da frequência inicial (regular) da violência psicológica	–
Caso 9	0,75	0,32	0,43	Psicológica	Manutenção da frequência inicial da violência psicológica (regular); violência sexual com carácter ocasional	Manutenção da frequência inicial (regular) da violência psicológica
Caso 10	2,67	0,62	1,62	Física e psicológica	Manutenção da frequência inicial (regular) da violência psicológica	Manutenção da frequência inicial (regular) da violência psicológica

Quadro 2. Resultados obtidos a partir dos indicadores empíricos de mudança terapêutica: insucessos

Como se observa nas tabelas anteriormente apresentadas, a nossa amostra final constituiu-se por dez participantes, envolvendo cada um dos grupos contrastantes cinco

mulheres com experiência de maus tratos pelo parceiro. Todas foram acompanhadas pela mesma psicoterapeuta (simultaneamente investigadora neste estudo) e foram alvo de um processo terapêutico com uma orientação predominantemente narrativa (modelo de re-autoria descrito no capítulo V). Seguidamente, apresentamos uma caracterização mais detalhada das participantes que integraram os dois grupos.

c. Caracterização das participantes e dos processos psicoterapêuticos com sucesso e com insucesso

No quadro 3 estão reunidos os dados demográficos que caracterizam as participantes deste estudo.

DADOS DEMOGRÁFICOS	GRUPO COM SUCESSO (N=5)	GRUPO COM INSUCESSO (N=5)
Idades	22 – 1 29 – 1 31 – 2 51 – 1	22 – 1 33 – 1 39 – 1 50 – 1 57 – 1
Naturalidade	Rural – 2 Urbana – 3	Rural – 2 Urbana – 3
Habilitações académicas	1º Ciclo – 1 Secundário – 1 Licenciatura – 2 Pós-graduação – 1	1º Ciclo – 3 3º Ciclo – 1 Secundário – 1
Número de filhos	Inexistência de filhos – 2 1 a 2 filhos – 2 3 a 4 filhos – 1	Inexistência de filhos – 2 1 a 2 filhos – 2 3 a 4 filhos – 1
Profissões	Professora – 1 Técnica de saúde – 1 Educadora de infância – 1 Auxiliar de acção educativa – 1 Desempregada – 1	Reformada – 1 Costureira – 1 Estudante – 2 Operária fabril – 1

Quadro 3. Dados demográficos relativos às participantes

Como se observa no quadro 3, o estudo integrou dez mulheres com idades compreendidas entre os 22 anos aos 57 anos. As mulheres do grupo com sucesso terapêutico tinham, na sua maioria ($n = 4$), menos de 32 anos. Apesar de tudo, em termos de idade, não se registaram diferenças significativas entre os dois grupos ($U = 7,500$; $p = 0,293$).

Variável	U	p
Idade	7,500	0,293

Quadro 4. Comparação dos grupos em termos de idade

Em termos de naturalidade (cf. quadro 3), a amostra envolveu quer mulheres de ambientes rurais, quer de ambientes urbanos, que acabaram por se distribuir de forma igual por ambos os grupos terapêuticos.

No que respeita à existência de filhos (cf. quadro 3), em termos globais, quatro das participantes não tinham filhos: duas do grupo com sucesso e duas do grupo com insucesso. As restantes tinham entre um a quatro filhos.

Em termos de qualificações académicas (cf. quadro 3), as participantes registaram também grande variabilidade, desde mulheres que revelaram grande investimento neste domínio (e.g., o ensino graduado e pós-graduado) até mulheres que só possuíam o ensino básico. Neste domínio, não se registaram diferenças significativas entre os dois grupos ($U = 4,000$; $p = 0,065$).

Variável	U	p
Escolaridade	4,000	0,065

Quadro 5. Comparação dos grupos relativamente à escolaridade

Quanto ao enquadramento profissional (cf. quadro 3), as participantes assinalaram também uma grande diversidade, desde o exercício de profissões qualificadas (e.g., professora) até outras mais indiferenciadas (e.g., auxiliar de acção educativa, costureira). Estas últimas estavam, normalmente, associadas a uma maior precariedade económica da mulher. Ambos os grupos envolviam situações de mulheres indiferenciadas. O estudo envolveu ainda duas estudantes que acabaram por integrar o grupo com insucesso.

Os processos psicoterapêuticos decorreram de diferentes tipos de encaminhamento, havendo dois aspectos a assinalar (cf. quadro 6): a maioria dos casos que resultaram em insucesso foram encaminhados por outros psicólogos (mas que não intervieram directamente com essas participantes) e os casos que foram encaminhados pelas instituições da justiça (e.g., tribunal, comissão de protecção de menores e jovens) resultaram em sucesso.

Tipos de encaminhamento	Grupo com sucesso	Grupo com insucesso
Instituições da justiça	2	–
Linhas SOS	1	–
A própria	1	–
Outros psicólogos	1	4
APAV	–	1

Quadro 6. Comparação dos grupos no que se refere aos tipos de encaminhamento

No quadro 7 estão reunidos os dados relativos à natureza da relação e à gestão dos maus tratos, referentes a cada um dos grupos terapêuticos.

Natureza da relação e gestão dos maus tratos do parceiro		Grupo com sucesso	Grupo com insucesso
Estado civil (pré-terapia)	Solteira	–	2
	Casada	4	3
	União de facto	1	–
Duração da relação	1-5 anos	4	2
	10-20 anos	–	1
	> 20 anos	1	2
Duração dos maus tratos	“Crónica” (>5 anos)	1	3
	“Aguda” (≤5 anos)	4	2
Tipo de vitimação recebida (pré-terapia)	Psicológica	1	1
	Física e psicológica	2	1
	Física, psicológica e sexual	2	3
Recursos formais activados	Instituições judiciais	2	2
	Instituições de saúde	5	2
Recurso actual a (auto) medicação	Sim	3	4
	Não	2	1
Situação relacional (final da psicoterapia)	Manutenção	2	4
	Separação	3	1

Quadro 7. Natureza da relação e gestão dos maus tratos em cada um dos grupos terapêuticos

Como se observa, este estudo envolveu mulheres com enquadramentos relacionais distintos. Em termos da amostra total, na fase pré-terapia, a maioria das mulheres estava casada (apenas uma delas sem coabitação), uma encontrava-se em situação de união de facto e duas mantinham relações de namoro (sem coabitação).

A partir da contrastação dos grupos, destacou-se o facto das situações de namoro estarem exclusivamente associadas ao grupo com insucesso terapêutico.

No que se refere à duração da relação (cf. quadro 7), havia experiências distintas. Em termos globais, a permanência da mulher na relação variou entre um ano e mais de

vinte anos. Ainda que a maioria das situações do grupo com sucesso tivesse subjacente uma história relacional breve ou recente (entre um a cinco anos), em ambos os grupos havia relações muito longas (com uma duração superior a vinte anos). Aliás, a este nível, não se verificaram diferenças entre os dois grupos ($U = 8,000$; $p = 0,282$).

Variável	U	P
Duração da relação	8,000	0,282

Quadro 8. Comparação dos grupos quanto à duração da relação

Quanto à duração dos maus tratos (cf. quadro7), todas as situações envolveram períodos continuados de abuso íntimo. Quatro das mulheres envolvidas no estudo revelaram uma experiência de vitimação prolongada ou “crónica” (superior a cinco anos) e as restantes reportaram uma duração mais breve ou “aguda” (inferiores a cinco anos).

A este nível, também não se verificaram diferenças entre os dois grupos ($U = 7,500$; $p = 0,221$).

Variável	U	p
Duração dos maus tratos	7,500	0,221

Quadro 9. Comparação dos grupos quanto à duração dos maus tratos

Na fase inicial da terapia, a vitimação psicológica era transversal a todos os processos (cf. quadro 7). Metade das mulheres da amostra foi ainda alvo, em concomitância, de maus tratos físicos e sexuais (o tipo de actos envolvidos em cada uma dessas dimensões serão apresentados no estudo sobre os resultados terapêuticos).

Decorrente da vitimação, mais de metade ($n = 7$) das participantes necessitou, pelo menos uma vez, de ajuda médica, condição essa que esteve presente nos dois grupos terapêuticos. Do universo das participantes, mais de metade também já havia, em algum momento dos seus relacionamentos, sentido a sua vida em risco ou temera pela sua vida: três participantes do grupo com sucesso e três do grupo com insucesso.

Para além do recurso à psicoterapia, a quase totalidade das participantes solicitou apoio a outros sistemas formais de ajuda (cf. quadro 7). Em termos globais, a maioria

fê-lo junto das instituições de saúde (e.g., centros de saúde, hospitais) e aproximadamente metade das participantes recorreu à justiça. Todas as mulheres do grupo com sucesso recorreram ao apoio de outros serviços para além da psicoterapia. Duas dessas mulheres dirigiram-se simultaneamente aos sistemas de saúde e ao sistema de justiça. As participantes do grupo com insucesso que recorreram (n = 4) fizeram-no apenas junto de um desses sistemas.

Durante a terapia, a maioria das participantes recorreu à medicação prescrita ou auto-prescrita (cf. quadro 7). Essa condição esteve presente nos insucessos (n = 4) e nos sucessos (n = 3).

No final da psicoterapia, constatou-se que algumas mulheres alteraram a sua condição relacional (cf. quadro 7). A separação do parceiro ocorreu num dos casos com insucesso e em três casos com sucesso.

O quadro 10 assinala alguns dados relativos aos parceiros maltratantes.

Caracterização dos parceiros		Grupo com sucesso	Grupo com insucesso
Profissões	Professor	2	–
	Advogado	1	–
	Profissões indiferenciadas	1	1
	Empreiteiro	–	1
	Desempregado	1	1
	Estudante	–	1
	Reformado	–	1
Parceiros em processo psicoterapêutico		2	2

Quadro 10. Dados relativos aos parceiros maltratantes

Conforme se observa, o enquadramento profissional dos parceiros abusivos era muito variável. Apenas quatro parceiros (dois em cada um dos grupos) foram acompanhados, em simultâneo, por outro psicoterapeuta. Dois desses processos finalizaram com sucesso (ambos relativos a mulheres que também registaram sucesso terapêutico). Um outro resultou num *drop-out* e outro permanecia em processo terapêutico na altura em que este estudo terminou (estes dois últimos estavam associados a processos que terminaram com insucesso terapêutico).

Importa também referir que nenhum dos parceiros tinha problemas de alcoolismo. De mencionar ainda que três deles foram alvo de uma medida de coação judicial (e.g., afastamento da residência de família), estando dois deles associados a casos com sucesso psicoterapêutico.

Síntese

Em primeiro lugar, em termos totais, a amostra envolvida neste estudo abrangeu uma grande diversidade, assinalada a diferentes níveis: características demográficas das participantes, duração dos relacionamentos, tipo de recursos formais activados e características dos parceiros.

Em segundo lugar, entre as participantes que integraram os dois grupos registaram-se muitas semelhanças e poucas diferenças entre si. Quanto a aspectos comuns, destaca-se o facto de predominarem mulheres casadas, com uma situação idêntica em termos de filhos e vitimadas pelos parceiros de múltiplas formas. Em ambos os grupos, um número igual de parceiros esteve em psicoterapia. O recurso algo comum à medicação ou auto-medicação também aproximou os dois grupos. Relativamente às diferenças, todas as participantes do grupo com sucesso recorreram a formas de apoio para além da psicoterapia. No final da terapia, esse grupo também se diferenciou pelo facto de um maior número de mulheres ter optado pela saída da relação. Outra diferença assinalável relacionou-se com o facto de só no grupo com insucesso haver mulheres solteiras e estudantes.

1.3. Procedimentos, recolha e análise dos dados

O acompanhamento dos processos psicoterapêuticos envolvidos neste estudo teve lugar entre o ano de 2002 e 2004.

O formato terapêutico usado foi individual e assumiu um carácter breve. Como já referimos, todas as participantes foram acompanhadas, em termos terapêuticos, pela autora desta dissertação. Importa referir que as sessões terapêuticas só foram codificadas no fim. Também só tivemos acesso no final aos dados (quantitativos) recolhidos no âmbito do estudo dos resultados terapêuticos.

A recolha e a análise dos dados acerca da mudança organizaram-se a partir de duas dimensões:

- a. dados que decorreram do estudo dos resultados terapêuticos;
- b. dados que decorreram do estudo do processo terapêutico.

Observemos, então, os procedimentos envolvidos nessas etapas do estudo, bem como os motivos que fundamentaram as nossas opções empíricas e metodológicas.

a. Estudo dos resultados terapêuticos

Uma dimensão da recolha e da análise dos dados visou a medição da mudança ao longo do processo terapêutico: *o que mudou durante o acompanhamento? E em que medida mudaram as participantes?*

Nesse contexto, algumas das primeiras questões a esclarecer foram: que mudanças medir? Quando medir a mudança? Como medir a mudança?

Relativamente à primeira questão, uma das tarefas iniciais consistiu em definir o que, neste contexto específico, consideraríamos *resultado terapêutico*.

Nesse âmbito, estabelecemos como medidas a avaliar, no âmbito do estudo dos resultados terapêuticos, a vitimação recebida, a sintomatologia, a aliança terapêutica e as crenças face aos maus tratos conjugais.

O estudo dessas condições permitiria em simultâneo, a avaliação do progresso de cada participante e, conseqüentemente, medir a eficácia da psicoterapia nessas dimensões. Para além disso, poderiam ser formas de compreender melhor o desenvolvimento dos processos terapêuticos.

Especificamente, a cessação da vitimação recebida (ou da violência) e a aquisição de bem-estar psicológico constituíam-se, como já referimos, dois dos principais propósitos da terapia junto desta população (cf. capítulo IV). O estudo da vitimação recebida e da sintomatologia permitiam ainda a comparação dessas condições ao nível de pré e pós-terapia e, ainda, o contraste de grupos: a destrinça entre sucessos e insucessos terapêuticos. No plano clínico, a análise inicial da sintomatologia possibilitava também estabelecer um primeiro mapa dos efeitos ou das áreas de perturbação mais preponderantes do funcionamento psicológico das participantes.

Por sua vez, o estudo da qualidade da aliança terapêutica decorreu do facto do quadro conceptual e empírico de referência a propósito dessa dimensão apontar um largo consenso em torno da importância dessa dimensão no âmbito da mudança

terapêutica (e.g., a nível dos resultados e do processo terapêutico) (Horvath & Bedi, 2002). Importa dizer que considerámos que esta variável poderia, sobretudo, ajudar a compreender melhor o desenvolvimento dos processos terapêuticos, e não tanto constituir-se como uma variável de resultado terapêutico.

A opção pelo estudo das crenças associadas aos maus tratos decorreu do facto de pretendermos estabelecer i) qual o grau de adesão inicial de cada participante a crenças que legitimam ou minimizam a violência conjugal e ii) até que ponto as participantes progrediam a esse nível ao longo da terapia. O estudo dessa dimensão permitiria a comparação pré e pós-terapia. Para além de possibilitar a avaliação da eficácia da psicoterapia no sentido de gerar uma atitude menos tolerante face ao fenómeno, essa análise poderia ainda ajudar a compreender melhor o desenvolvimento dos processos terapêuticos.

Quanto à segunda questão - *quando* medir a mudança -, cada uma dessas condições foi avaliada na fase pré-terapia, pós-terapia e ao longo do processo terapêutico de quatro em quatro sessões. Como se observa no quadro 11, o procedimento de recolha de dados, no âmbito dos resultados terapêuticos, envolveu a administração a cada cliente de um conjunto de instrumentos (descritos adiante) na primeira sessão e depois de quatro em quatro sessões sucessivamente até ao término do processo terapêutico, abrangendo a última sessão e o *follow-up* (realizado três a cinco meses depois da conclusão do processo terapêutico). A administração dos instrumentos foi sempre realizada no final das respectivas sessões.

Dimensões avaliadas	Sessão 1	Sessão 4	Sessão 8	Sessão 12	Sessão 16	Última sessão	<i>Follow-up</i>
Sintomatologia	X	X	X	X	X	X	X
Vitimação recebida	X	X	X	X	X	X	X
Aliança terapêutica	-	X	X	X	X	X	X
Crenças face aos maus tratos	X	-	-	-	-	X	X

Quadro 11. Estudo dos resultados terapêuticos: dimensões e respectivas etapas de avaliação

Sobre a questão *como* medir a mudança, alguma literatura sobre investigação terapêutica estabelece um conjunto de princípios metodológicos que ajudam a garantir a validade dos estudos sobre resultados terapêuticos (Beutler & Hill, 1992). Algumas das orientações apontadas são: i) a mensuração dos resultados deve ser realizada com base em instrumentos que evidenciam uma boa validade e fidelidade; ii) as intervenções levadas a cabo devem ser descritas de forma estandardizada e rigorosa; segundo Beutler e Hill (1992) verifica-se, frequentemente, uma discrepância entre o que os terapeutas dizem que fazem e o que os observadores julgam acontecer na terapia; iii) deve-se estudar e explicar a significância clínica dos resultados; para isso, um dos métodos mais utilizados consiste em avaliar se aqueles clientes que preenchem determinados critérios de diagnóstico mantinham essa condição no final da intervenção (isto é, avaliar a mudança a partir de critérios categoriais). Contudo, dadas as muitas limitações subjacentes a uma avaliação categorial, alguns autores têm sugerido que se compare os valores obtidos pelos clientes com a média e o desvio padrão referentes à população normal utilizada para a construção e estudo dos instrumentos: sugere-se que os clientes que estão, no final da intervenção, no intervalo esperado para a população normal sejam considerados como tendo mudado de forma clinicamente significativa. Apesar de tudo, mesmo este método regista algumas limitações: por um lado, não permite avaliar a magnitude de mudança experienciada (e.g., pode haver clientes com muita sintomatologia que fazem grandes progressos permanecendo aparentemente sem sucesso e clientes avaliados com sucesso que fizeram progressos mais modestos) e, por outro, não permite avaliar a mudança em situações sub-clínicas (isto é, os casos que desde o início registam valores análogos à população normal). Atendendo a essas circunstâncias, Beutler e Hill (1992) sublinham a necessidade de uma avaliação pré e pós-terapia estimando, simultaneamente, a magnitude de mudança ocorrida (isto é, se houve mudança clinicamente significativa).

Em função dessas indicações, e daquilo que foi referido a propósito de cada uma das dimensões a avaliar, elegemos um conjunto de instrumentos para medir a mudança:

1. Para a avaliação da sintomatologia, optámos pelo B.S.I. pelo facto de este estar adaptado e validado para a população portuguesa e por possibilitar um bom equilíbrio entre o custo (tempo de administração) e os dados que permite obter. De seguida apresentamos as principais características do instrumento.

- Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*Brief Symptom Inventory* - B.S.I. (L. Derogatis, 1982; versão portuguesa adaptada por C. Canavarro, 1999): este instrumento de auto-relato avalia sintomas psicopatológicos, a partir de nove componentes de psicossintomatologia e três índices globais (IGS, TPS, ISP). Estes últimos permitem obter avaliações resumidas de perturbação emocional. O inventário é composto por 53 itens cuja resposta se apresenta num formato tipo *likert* (desde “nunca” a “muitíssimas vezes”). Os dados psicométricos indicam, baseados em estudos de fiabilidade (correlações *Split-Half* e coeficientes de *Spearman-Brown*), que existe uma boa consistência interna da escala, ainda que existam escalas com menor consistência interna (ansiedade fóbica e psicoticismo), comparativamente às restantes. Este inventário revelou ainda uma boa estabilidade temporal. Os estudos de validade mostram que as correlações entre as escalas e as três notas globais de psicopatologia são mais elevadas do que entre as escalas entre si. Os estudos estabelecem, ainda, uma boa capacidade discriminativa do instrumento (i.e., diferenciação entre população emocionalmente perturbada e população sem perturbação emocional): permite que 92,51% dos indivíduos perturbados emocionalmente sejam correctamente integrados no seu grupo de pertença e, ainda, a classificação correcta de 99,75% dos indivíduos da população em geral. O valor de média de um dos índices globais – o Índice Geral de Sintomas (IGS) – é, para a população em geral, 0,835 (D.P. = 0,480) e, para a população com perturbação emocional, 1,430 (D.P. = 0,705).

Neste estudo, este instrumento funcionou como um dos indicadores empíricos para a constituição dos dois grupos: no final dos processos terapêuticos avaliámos se as participantes continuavam a manifestar perturbação emocionalmente ou se tinham evoluído para uma condição de ausência de perturbação (isto é, obtendo valores esperados para a população normal). Nesse contexto, atendendo ao elevado desvio-padrão referido no estudo de adaptação do instrumento à população portuguesa, que pensámos ser aliás a principal limitação do instrumento, considerámos como ponto de corte para a população clínica 1,315 (média + 1DP).

Porém, este instrumento não foi útil na avaliação da mudança nos casos sub-clínicos: não permitiu avaliar se estes casos tinham realizado progressos. Nesses casos, centrámos a avaliação de mudança no outro indicador empírico – a vitimação recebida.

2. A vitimação recebida foi avaliada, especificamente, com a mesma regularidade que as outras condições: perguntávamos à cliente se tinha havido algum tipo de abuso desde a última sessão em que essa dimensão tinha sido explorada. Esse procedimento deu origem a um registo clínico sistemático e pormenorizado acerca dos actos envolvidos e da sua frequência/intensidade.

3. Do universo de instrumentos disponíveis sobre aliança terapêutica, elegemos um dos mais utilizados no âmbito da investigação sobre o processo terapêutico e com estudos de adaptação desenvolvidos para a população portuguesa (Machado & Horvath, 1999): a WAI, que reúne as seguintes características:

- Inventário de aliança terapêutica (*Working Alliance Inventory – WAI*, Horvath, 1981, 1982; versão portuguesa adaptada por P. Machado & A. Horvath, 1999): trata-se de um instrumento de auto-relato que permite medir a qualidade da aliança terapêutica. É composto por três sub-escalas: i) o acordo nas tarefas que compõem o processo terapêutico, percebidas como relevantes e eficazes pelos intervenientes no processo; ii) o acordo nos objectivos, ou seja, a colaboração e o consenso em relação ao foco da intervenção terapêutica; iii) desenvolvimento da relação, isto é, a rede complexa de vinculações positivas entre terapeuta e cliente (e.g., confiança mútua, aceitação, confiança). Cada sub-escala é composta por 12 itens, distribuídos ao longo do instrumento, perfazendo um total de 36 itens. A pessoa posiciona-se perante cada item através de uma escala de tipo *likert* de sete pontos (desde “nunca” a “muito frequentemente”). O inventário permite obter uma pontuação global (obtida pelo somatório das pontuações de todos os itens) e uma pontuação parcial para cada uma das sub-escalas. A validade de conteúdo do inventário foi avaliada por referência ao conteúdo da versão original. Essa versão original representa o construto da aliança terapêutica tal como foi proposto por Bordin em 1976 (Horvath, 1994). Os dados psicométricos relativos à versão original indicam valores adequados de fiabilidade, com *alpha de cronbach* variando entre 0,84 a 0,93 para a escala total (Horvath, 1994; Machado & Horvath, 1999). Os valores de fiabilidade da versão portuguesa do inventário são semelhantes e apresentam-se adequados (*alpha de cronbach* de 0,95 para a escala total e de 0,80 a 0,93 para as três sub-escalas (Machado & Horvath, 1999).

Neste trabalho, de entre as quatro versões disponíveis, utilizámos duas formas do inventário: o WAIC (versão para o cliente) e WAIo (versão para o observador).

Relativamente a esta última forma, a WAI era codificada individualmente por dois juízes ou observadores externos a partir da visualização das sessões. Tratavam-se de duas terapeutas com dois anos de experiência clínica. Utilizámos como medida de resultado a escala total de avaliação da qualidade da aliança terapêutica, na perspectiva do cliente e dos dois observadores (A e B).

4. As crenças face aos maus tratos foram avaliadas a partir do seguinte instrumento:

- Escala de Crenças sobre Violência Conjugal (E.C.V.C., Matos, Machado & Gonçalves, 2000). Esta escala é constituída por 25 itens que envolvem afirmações que legitimam, justificam ou minimizam a violência conjugal (e.g., "*Algumas mulheres merecem que lhes batam*", "*Os insultos são normais entre um casal*"). Os itens são cotados de 1 a 5. Pelo facto de todos os itens terem sido formulados no mesmo sentido, a pontuação total da escala obtém-se através da soma directa das respostas das participantes a cada um dos itens. A pontuação total da escala mede o grau de tolerância/aceitação da pessoa no que respeita à violência conjugal. A análise factorial desta escala revelou quatro factores que explicam 48,1% da variância total: Factor 1 – “legitimação da violência pela conduta da mulher”, Factor 2 – “legitimação da violência pela preservação da privacidade da família”, Factor 3 – “legitimação da violência pela externalização da culpa” e Factor 4 – “banalização da pequena violência”. Cada item apresenta uma correlação com a nota total da escala que varia de 0,34 a 0,71 e a consistência interna global, avaliada pelo *alpha de Cronbach* é de 0,90 (Machado, Matos & Gonçalves, 2004). Neste trabalho, utilizámos a pontuação total obtida por cada uma das participantes, em cada um dos três momentos de avaliação (cf. quadro 11).

Em resumo, a avaliação dos quatro parâmetros descritos, que decorria habitualmente durante 60 a 90 minutos após o término das sessões, permitia estabelecer o padrão evolutivo de cada cliente ao longo de todo o processo para cada uma dessas variáveis analisadas e permitia também avaliar os resultados terapêuticos finais alcançados. Dito de outro modo, permitia estabelecer *o que mudava*, ao longo das sessões e entre o início e o final da terapia.

b. Estudo do processo terapêutico

A outra dimensão da recolha e análise dos dados assumiu um carácter mais central neste estudo: a investigação do que acontecia durante as sessões de psicoterapia, isto é, a análise do processo de construção da mudança terapêutica.

Nesta etapa pretendíamos, de forma empiricamente sustentada, ampliar o conhecimento acerca de *o que muda* nos processos psicoterapêuticos, desta vez captando *o que muda ao nível da narração dos RUs durante a psicoterapia*. Para além disso, interessava-nos responder às questões de partida já especificadas: *Como é que mudança acontece? Qual o poder dos RUs para a transformação em psicoterapia? Como se diferenciam entre si os casos de sucesso e de insucesso terapêutico ao nível dos RUs?*

i. Grelha de codificação e análise do processo

A partir da versão original da proposta de re-autoria (cf. capítulo V), um dos desenvolvimentos teóricos interessantes relaciona-se com o poder dos RUs na construção da mudança terapêutica.

Na proposta original de White e Epston (1990), os RUs, para além de serem concebidos como pontos de abertura para novas narrativas, são descritos como assumindo uma natureza homogénea. Contudo, num trabalho anterior desenvolvido com mulheres com experiência de maus tratos (Matos & Gonçalves, 2002) percebemos que os RUs não são experiências monolíticas (M. Gonçalves *et al.*, 2004). Para além do seu carácter múltiplo na narrativa emergente, os RUs abrangem uma grande heterogeneidade, diferenciando-se entre si. Nesse primeiro estudo concluímos que emergem predominantemente cinco tipos ou padrões distintos de RUs nos discursos das mulheres maltratadas. No quadro 12 apresentámos uma sistematização dos padrões encontrados, definindo especificamente o que envolve cada um dos diferentes tipos de RUs:

Tipos de RUs	Marcadores discursivos	Narrações – exemplo
<p>Ru de Acção (Ru A):</p> <p>Excepção de carácter comportamental, acções ou procedimentos específicos de combate (ou de prevenção) à violência e às suas consequências.</p>	<p>a) Novos desempenhos face à instalação da violência; b) Resolução efectiva de problemas; c) Exploração de soluções face à violência; ...</p>	<p>- “<i>Sai de casa; chamei a polícia</i>” - “<i>Arranjei um emprego...</i>” - “<i>Contei aos meus amigos...</i>” - “<i>Recorri a um advogado ...</i>”</p>
<p>Ru Reflexivo (Ru R):</p> <p>Excepção de carácter cognitivo ou produtos cognitivos (e.g., pensamentos, intenções, interrogações, dúvidas, reflexões sobre sentimentos) que indiciam a compreensão de algo novo que não legitima a narrativa problemática.</p>	<p>a) Novas formulações do problema e/ou reformulação dos seus efeitos; b) Reconsiderações acerca da violência; c) Articulação de dilemas cognitivos e emocionais; d) Reflexões em torno dos “constrangimentos” culturais, religiosos; ...</p>	<p>- “<i>Apercebi-me que as consequências são mais graves do que alguma vez imaginei...</i>” - “<i>Agora entendo que nada do que eu faça justifica as atitudes dele...</i>” - “<i>Continuo a pensar se não seria melhor abandonar esta relação</i>” - “<i>... Provavelmente pela forma como fui educada;</i></p>
<p>Ru de Protesto (Ru P)</p> <p>Momentos de protesto ou dissidência atitudinal (episódios) concretizados planeados ou projectados.</p>	<p>a) Reposicionamento face às prescrições do parceiro; b) Desafio do problema e das suas especificações; c) Reposicionamento expresso face a pressões externas, mitos culturais e/ou estereótipos...</p>	<p>- “<i>- Ou tu mudas ou cada um segue a sua vida! Impus-me, não posso aceitar mais...</i>” - “<i>Ultrapassei o medo de ficar sozinha</i>” - “<i>Não aceito esta pressão familiar, não vou fazer acordos!</i></p>
<p>Ru de Reconceptualização (Ru RC)</p> <p>Descrição processual, a nível meta-cognitivo (i.e., não só teve pensamentos e desempenhos fora da lógica do problema, mas percebe também o processo de transformação subjacente).</p>	<p>a) Redefinição das versões de identidade; b) Reavaliação da relação e do parceiro; c) Reavaliação da experiência de violência; ... </p>	<p>- “<i>A minha relação com o medo é hoje muito diferente. Antes limitava-me a ser como o medo queria que eu fosse. Houve uma altura em que eu nem sequer me apercebia que o medo tinha influência em mim. Pensava que a culpa era minha por ser assim, submissa. Mas depois fui-me apercebendo que essa era a forma como o medo queria que eu fosse. Isso ajudou-me a perceber o tipo de homem que ele era, todo o mal que me fazia. Eu não achava normal, mas tolerava. Agora escolhi ser o que eu sempre quis ser...com mais liberdade. Sem medo, somos capazes de agir, seguir as nossas ideias, ser mais espontâneas...</i>”</p>
<p>Ru de Novas Experiências (Ru NE)</p> <p>Referência a novas experiências, actividades ou projectos em curso ou antecipados, como consequências da mudança.</p>	<p>a) Reutilização da experiência de vitimação (aprendizagens); b) Reinvestimento em projectos (pessoais, profissionais) c) Novos relacionamentos íntimos ... </p>	<p>- “<i>As vozes do passado também são úteis...</i>” - “<i>Hoje faço muitas coisas pela primeira vez, por exemplo vestir de branco!</i>” - “<i>Há uma vontade e afectos recuperados; daí o F. e uma nova forma de estar com as pessoas</i>”</p>

Quadro 12. Definição da natureza heterogénea dos RUs: Matriz de RUs (Matos & Gonçalves, 2000)

No contexto desta sistematização, apesar das narrações-exemplo, interessa porventura fazer algumas clarificações. Assim, os RUs reflexivos e de protesto distinguem-se pelo facto dos primeiros retratarem uma posição mais interna, de consideração de outras perspectivas acerca de algo (e.g., “*penso que a separação seria uma solução*”), de questionamento ou meditação (e.g., “*será que algo justifica esta sua maneira de ser comigo? Com o medo que sinto serei capaz de fazer queixa? Será que ele ainda gosta de mim, para me tratar assim?*”). Já os RUs de protesto também podem ser pensamentos (ou sentimentos) mas são mais proactivos, categóricos, afirmativos e/ou assertivos (e.g., “*acho que nada pode justificar um acto destes; decidi não me condicionar mais pelo medo e, por isso, fazer a queixa; é impossível que tu sintas afecto por mim, se assim fosse nunca me tratarias desta forma*”). Envolvem uma forma de se reposicionar face ao problema e aos seus efeitos, face ao parceiro (e.g., “*tu és o único responsável por estes conflitos*”) e aos outros (e.g., “*disse à minha mãe que não aceito a ideia dela de que eu tenho que aguentar isto!*”).

Por sua vez, os RUs reflexivos diferenciam-se dos de reconceptualização, na medida em que os primeiros estão associados a pensamentos de excepção (associados ao passado, ao presente ou ao futuro) e os segundos a momentos narrativos em que a participante descreve, através de um processo meta-cognitivo, uma determinada mudança alcançada. É narrada a percepção de uma determinada transformação, o processo envolvido na sua emergência e a distinção entre aquele momento e a condição anterior àquela transformação (a nível relacional, pessoal, problema). Neste caso, há uma ligação entre passado, presente e futuro.

Por último, os RUs de acção distinguem-se dos RUs de protesto uma vez que os primeiros envolvem mais comportamentos específicos face à violência e aos seus efeitos e os segundos envolvem, como já explicitámos, um movimento mais amplo, a adopção de uma nova posição, uma postura ou atitude diligente mas de carácter dissidente ou de contestação face a algo (e.g., problema, parceiro, outros), podendo envolver comportamentos, pensamentos e sentimentos.

Em suma, foi a partir da sistematização apresentada que construímos uma grelha de codificação que tornou possível descrever e especificar, de forma mais clara, que tipo de RUs emergia no âmbito das sessões terapêuticas.

Relativamente à análise do processo terapêutico, a literatura aponta algumas orientações metodológicas (Beutler & Hill, 1992): i) as medidas usadas devem ser válidas, fiáveis e ter demonstrado a sua eficácia; ii) os investigadores que não encontrem uma medida ajustável àquilo que são as suas questões de investigação podem desenvolver as suas próprias medidas; iii) a utilização de juízes/observadores para avaliar a presença, a frequência de certos acontecimentos deve respeitar algumas regras (e.g., haver mais do que um juiz; recorrer a juízes pouco experientes para cotar variáveis altamente operacionalizáveis mas recorrer a clínicos mais experientes para cotar conceitos mais abstractos; treinar os co-codificadores); iv) os dados devem ser codificados de forma independente pelos juízes antes da discussão, devendo os dados finais basear-se num julgamento consensual.

Tendo em conta essas orientações, e dada a escassez de instrumentos de análise do processo terapêutico que permitissem ir de encontro aos objectivos definidos no âmbito deste trabalho, houve necessidade de construir uma metodologia de análise. Necessitávamos de uma estratégia que, por um lado, fosse de encontro às questões centrais do estudo – a ênfase nos RUs - e que, por outro, fosse suficientemente flexível para permitir captar a riqueza dos dados e possibilitar uma análise aprofundada dos mesmos.

Para o efeito, desenvolvemos especificamente uma metodologia de recolha e de análise dos dados, a qual se organizava, no essencial, a partir de quatro vectores pré-definidos:

1. Tipo de resultados únicos (cf. Matriz de resultados únicos, Matos & Gonçalves, 2000): *que tipo de RUs eram narrados (e.g., acção, reflexivos, protesto, reconceptualização, novas experiências)?*

2. Frequência dos resultados únicos: número de narrações de cada padrão específico de RUs: *quantas vezes surgiam os diferentes RUs?*

3. Saliência dos resultados únicos: percentagem de tempo ocupado na narração de cada tipo de RU: *quantos minutos abarcavam a narração dos diferentes RUs?*

4. Autor da sua emergência (cliente ou terapeuta): *quem suscitava o RU durante a conversação terapêutica?*

Esta abordagem dos dados, embora possa gerar alguma padronização, julgámos que criava a abertura necessária e desejada, assegurando o carácter de descoberta que orientava o estudo.

Embora todas as sessões de psicoterapia tenham sido filmadas, tendo em conta o volume de dados obtidos (cerca de 140 sessões, 8400 minutos), analisámos a partir da metodologia descrita apenas aquelas sessões em que também se administraram os instrumentos descritos, relacionados com o estudo dos resultados terapêuticos. Portanto, analisámos os dados obtidos a partir da visualização da primeira sessão e depois de quatro em quatro sessões até ao término do processo terapêutico, incluindo a última sessão e o *follow-up*. Perfazendo uma média de sete sessões por cada processo terapêutico finalizado, foram investigadas cerca de 74 sessões, que se traduziram na análise de cerca de 4440 minutos de registos vídeo-gravados.

Os dados recolhidos nessas sessões foram alvo de um tratamento sistematizado, como descreveremos a seguir.

1.4. Tratamento dos dados

a. Estudo dos resultados terapêuticos

Os dados recolhidos no âmbito do estudo dos resultados terapêuticos deram lugar a várias sinopses individuais de caso: a informação relativa a cada cliente foi organizada em gráficos que caracterizavam a evolução de uma determinada cliente ao nível das diferentes dimensões avaliadas. Essa informação permitia, por um lado, uma análise mais compreensiva e, por outro, mais sistemática de cada processo terapêutico. Mais tarde, essas sinopses acabaram por se tornar úteis nas conceptualizações finais acerca de todos os dados obtidos no âmbito desta investigação.

b. Estudo do processo terapêutico

Os dados resultantes da segunda dimensão da análise - centrada no estudo dos RUs - foram tratados por equipas constituídas por dois observadores: a autora desta

dissertação, simultaneamente a psicoterapeuta dos dez casos, e um dos três juízes externos. Estes últimos tinham características bastante homogéneas em termos de experiência formativa e clínica. Possuíam formação e experiência clínica de dois anos, quer com população vitimada na intimidade, quer no âmbito do modelo de re-autoria. Na altura, duas delas realizavam trabalhos de investigação no âmbito dos seus doutoramentos e a outra co-codificadora efectuava uma pós-graduação.

Nesse domínio seguimos, aliás, algumas das orientações apontadas na literatura a propósito do treino de juízes (Marmar, 1990): i) desenvolvemos uma grelha com exemplos claros de cada uma das dimensões avaliadas (e.g., tipos de RUs e descrições tipificadas), com a qual os juízes externos se familiarizaram antes de iniciarem a tarefa de codificação; ii) cada uma das codificações realizadas era acompanhada pela transcrição integral do conteúdo do RU narrado na conversação terapêutica; iii) teve lugar uma ampla discussão para a clarificação de cada uma das categorias de RUs. De mencionar, a este propósito, que o facto dos juízes colocarem questões acerca da Matriz de Resultados Únicos (Matos & Gonçalves, 2000) foi também uma forma de clarificar os próprios conceitos envolvidos na codificação. Refira-se, ainda, que se procedeu a uma leitura cega dos dados, isto é, desconhecia-se na altura da codificação dos RUs em que grupo terapêutico (sucesso ou insucesso) se situava cada um dos casos em análise.

Procedemos também à análise dos dados quantitativos a partir do teste *Mann-Whitney* para amostras independentes (e.g., comparação da frequência e da saliência).

i. Estratégias de validação: o acordo inter-codificadores

Antes de apresentarmos os dados obtidos, importa reflectir sobre o grau de confiança que eles nos merecem, designadamente, a partir da metodologia que construímos para o estudo do processo terapêutico.

Nas investigações qualitativas, a validade é percebida como parte de um processo pelo qual o investigador torna o seu estudo “confiável” ou credível (Mishler, 1990, p. 419, cit. Machado, 2000). A validade das interpretações, num estudo qualitativo, depende sobretudo da qualidade do investigador(a), da comunicação do conhecimento e do carácter pragmático do mesmo (Kvale, 1996). Existem inúmeras possibilidades de validação dos dados qualitativos. Uma delas seria a triangulação dos dados. No

essencial, essa estratégia consiste na multiplicação de fontes, perspectivas ou percepções acerca dados (Maroy, 1997, Stake, 1994, cit. Machado, 2000). Por um lado, permite a elaboração de explicações alternativas sobre o fenómeno, resultantes da ênfase que diferentes investigadores eventualmente dariam aos diversos dados contidos na análise e, por outro, permite obter a confirmação de uma informação. Neste estudo, pode-se entender que esta estratégia esteve presente apenas quando os dados finais foram apreciados pelos juízes externos e pelo orientador deste trabalho. Outras alternativas poderiam envolver a realização de auditorias externas aos resultados (Miles & Huberman, 1994a, cit. Machado, 2000) ou a consulta aos participantes (Pigdeon & Henwood, 1997). A devolução de *feedback* às clientes acerca dos processos terapêuticos que promoveram seria uma forma de fundamentar as hipóteses e as interpretações desenvolvidas no âmbito deste trabalho. Neste estudo, julgámos contudo que essa actividade encerraria necessariamente problemas éticos.

Assim sendo, considerámos que, na actual investigação, o estatuto de credibilidade dos dados recolhidos e analisados assentou, fundamentalmente, em quatro critérios. Um deles referia-se à qualidade dos dados garantida pelo procedimento de amostragem teórica intencional que foi utilizado. Outro critério relacionava-se com o carácter descritivo dos próprios dados à medida que eram estes recolhidos, havendo numa grande proximidade face ao discurso das clientes durante a conversação terapêutica (e.g., ilustrações de cada tipologia de resultado único a partir de narrações das clientes). Outro dos critérios assentou na visibilidade que procurámos dar a todo o processo de investigação. Fizemo-lo explicitando os processos envolvidos (selecção, recolha, codificação, análise). Dessa forma, julgamos que é possível àqueles que lêem este trabalho acompanhar o processo de construção dos resultados e avaliar, de modo informado, a credibilidade que estes granjeiam. Por fim, outro dos critérios de credibilidade relacionava-se com o acordo inter-codificadores. Como já explicámos, a literatura aponta que os dados finais devem basear-se num julgamento consensual. Na maioria das investigações qualitativas recorre-se, precisamente, ao consenso entre investigadores/observadores acerca de uma explicação ou de um determinado dado, como uma forma de validação (Rennie & Toukmanian, 1992).

Foi precisamente nesse sentido que organizámos o tratamento dos dados referentes aos RUs: ao rever a sessão, cada um dos elementos identificava a emergência de RUs e, através de discussão de equipa e do acordo inter-codificadores, procedia-se à definição do seu tipo e da respectiva saliência. A suscitação do RU era codificada também

individualmente por cada um dos avaliadores e, no final, avaliava-se o nível de acordo. Para efeito de resultados, adoptámos a codificação que era realizada pela co-codificadora.

II. Apresentação, análise e discussão de resultados

Os resultados obtidos serão apresentados em duas partes distintas: em primeiro lugar, serão analisados e discutidos os dados que derivaram do estudo dos resultados terapêuticos e, em segundo lugar, os dados relativos à investigação do processo terapêutico.

2.1. Estudo dos resultados terapêuticos

2.1.1. Apresentação de resultados

Uma análise sistematizada, a partir dos dez casos e baseada nas quatro medidas envolvidas na avaliação dos resultados terapêuticos, será apresentada de seguida. A partir dessa análise, descrevemos a magnitude da mudança ocorrida em cada um dos casos e contrastámos os resultados obtidos em cada um dos grupos.

a. Vitimação recebida

Atendendo ao facto desta dimensão ter sido avaliada a partir dos registos clínicos da terapeuta, estes dados apresentaram uma natureza idiossincrásica. Assim, a partir de informação detalhada acerca dos actos de vitimação recebidos e da sua frequência nas sessões analisadas, explicitámos nos quadros 13, 14 e 15 a forma como evoluiu a vitimação recebida pelas participantes ao longo da terapia.

Processo	S1	S4	S8	S12	Última sessão	Follow-up
caso 1	Física, psicológica, sexual	Psicológica	Psicológica	Física, psicológica, sexual	Psicológica (formas menores, frequência rara)	Psicológica (formas menores, frequência rara)
caso 2	Física, psicológica	Física, psicológica	Psicológica	Física, psicológica	Psicológica (formas menores, frequência rara)	Psicológica (formas menores, frequência rara)
caso 3	Física, psicológica	Física, psicológica	Vitimação inexistente	-----	Vitimação inexistente	Vitimação inexistente
caso 4	Psicológica	Psicológica	Psicológica	Vitimação inexistente	Vitimação inexistente	Vitimação inexistente
caso 5	Física, psicológica e sexual	Vitimação inexistente	Vitimação inexistente	Vitimação inexistente	Vitimação inexistente	Vitimação inexistente

Quadro 13. Processos com sucesso terapêutico: Evolução da vitimação recebida ao longo das sessões

Processo	S1	S4	S8
caso 6	Física, psicológica, sexual	Psicológica	Psicológica
caso 7	Física, psicológica, sexual	Psicológica, física e sexual	---
caso 8	Física, psicológica	Psicológica	---

Quadro 14. Processos com insucesso terapêutico (*drop-outs*): Evolução da vitimação recebida ao longo das sessões

Processo	S1	S4	S8	S12	Última sessão	Follow-up
caso 9	Psicológica	Psicológica	Psicológica	Psicológica	Psicológica, sexual	Psicológica: Manutenção da frequência inicial (regular)
caso 10	Física, psicológica	Psicológica, sexual	Psicológica, sexual	Psicológica	Psicológica	Psicológica: Manutenção da frequência inicial (regular) da violência

Quadro 15. Processos com insucesso terapêutico (finalizados): Evolução da vitimação recebida ao longo das sessões

A violência física reportada pelas participantes envolveu desde formas “menos” graves, em termos de dano físico (e.g., beliscões, empurrões, bofetadas, puxar os cabelos), até actos mais graves (e.g., ameaças com arma, tentativas de atropelamento, apertar o pescoço, tentativas de sufocação, atirar ao chão ou contra as coisas, calcar, torcer os dedos ou os braços, pontapés na cabeça ou na cara). As agressões levaram a maioria das participantes a recorrer, pelo menos uma vez, aos cuidados de saúde, como já referimos a propósito da caracterização da amostra.

A violência psicológica abrangeu uma diversidade análoga: desde actos mais graves, tais como humilhar diante de outros, diminuir as capacidades intelectuais e outras da parceira até actos “menos” graves (e.g., gritar, intimidar, tentativas de controlo e de isolamento face aos outros, impedir contactos).

A violência sexual compreendeu, essencialmente, a pressão para o acto sexual indesejado ou a concretização da violação sexual.

Na primeira sessão, quando questionadas sobre as formas de vitimação de que tinham sido alvo recentemente (“*durante o último mês*”), verificou-se que a violência física exercida pelo parceiro era transversal às experiências das participantes (à excepção de dois casos, um em cada grupo – caso 4 e 9). Nessa fase, a violência física foi descrita como tendo desde uma frequência regular (“*algumas ocorrências*”) até elevada (“*várias ocorrências*”). Das oito participantes que relataram essa prática, quatro afirmaram ser simultaneamente vítimas de violência sexual por parte dos parceiros. Noutras duas situações (caso 9 e 10), a violência sexual não foi referida no início da terapia mas foi relatada durante o processo terapêutico. Por sua vez, a violência psicológica era uma experiência comum a todos os casos.

Nessa etapa inicial da terapia, quatro participantes reportaram ser alvo, em concomitância, dos três tipos de vitimação. Outras quatro referiram a associação dos maus tratos físicos e psicológicos e apenas dois casos reportaram, em exclusivo, um tipo único de vitimação: a psicológica.

Relativamente à forma como a vitimação recebida se alterou ao longo da terapia, a partir dos dados verificou-se que a violência física foi interrompida, na maioria dos casos, a partir da primeira sessão (cinco casos) ou da quarta sessão (dois casos), ou seja, numa fase precoce da terapia.

Porém, embora na maioria das situações tenha havido uma efectiva cessação da violência (física), em dois casos, nomeadamente do grupo com **sucesso** (caso 1 e 2), registou-se uma situação de revitimação física ao longo do percurso terapêutico (e.g., ressurgimento da violência física e/ou sexual na sessão doze). Num outro caso (caso 10), a violência física extinguiu-se precocemente mas passou a ocorrer violência sexual continuando, portanto, a ocorrer violência física mas com uma natureza mais coberta.

A violência sexual, nos casos em que havia sido inicialmente reportada e que foram finalizados, também cessou precocemente.

Já a violência psicológica apareceu mais disseminada ao longo do processo terapêutico: apenas em três dos dez casos foi possível que essa condição cessasse definitivamente até ao término da terapia.

Da comparação entre os dois grupos, sobressaiu a evolução favorável ao nível da vitimação (no sentido da sua cessação total) verificada no grupo com **sucesso** (em três casos). Essa cessação ocorreu precocemente, deixando de ser reportada a partir da primeira, da quarta ou da oitava sessão. Nos restantes dois casos houve uma evolução também positiva a este nível, embora a violência psicológica não tenha cessado em absoluto. Apesar de tudo, deixou de ocorrer com a outras formas de vitimação, passou a abarcar actos “menores” (e.g., gritar, impedir contactos) e episódios com uma frequência rara.

No grupo com **insucesso** terapêutico, interessa distinguir a evolução observada nos *drop-outs* e nos casos finalizados. Os três *drop-outs* assinalaram, inicialmente, uma evolução positiva: em dois deles deixou de haver vitimação física a partir da primeira sessão. Por sua vez, nos casos finalizados, embora se registasse alguma flutuação favorável entre as sessões, a vitimação recebida no início manteve-se, nomeadamente o abuso psicológico: continuou a ser reportado como “regular” em ambos os casos. Ainda assim, houve uma alteração positiva no caso 10, com a interrupção da violência física a partir da primeira sessão e da violência sexual a partir da sessão oito.

b. Sintomatologia

Apresentamos de seguida a evolução verificada ao nível da sintomatologia, em cada um dos grupos, ao longo da terapia.

Gráfico 1. Evolução do B.S.I. – grupo com sucesso terapêutico

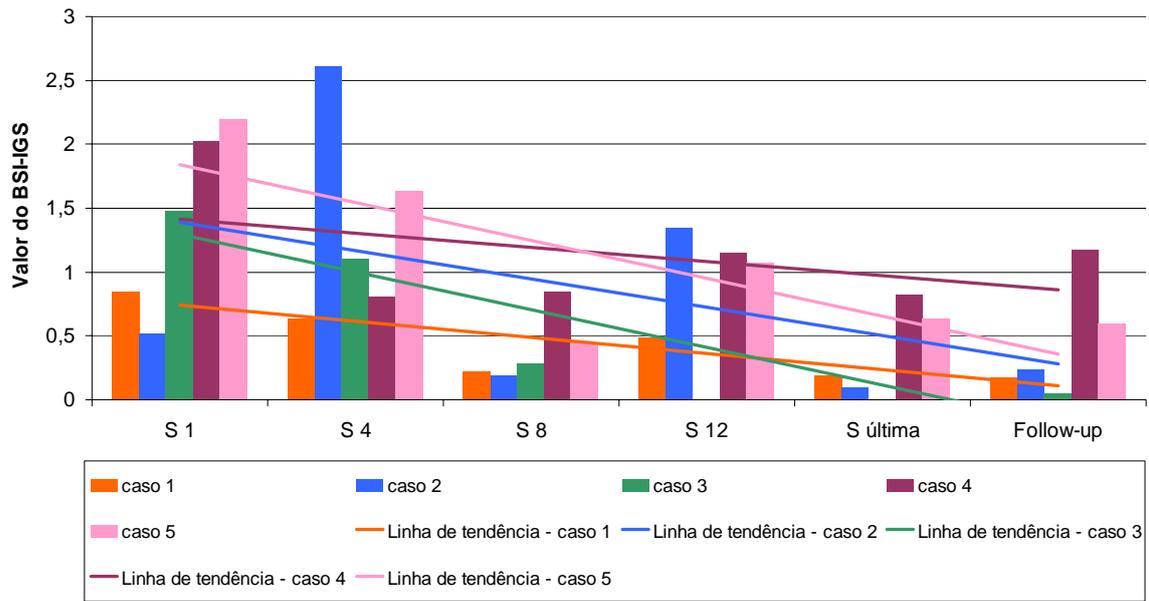
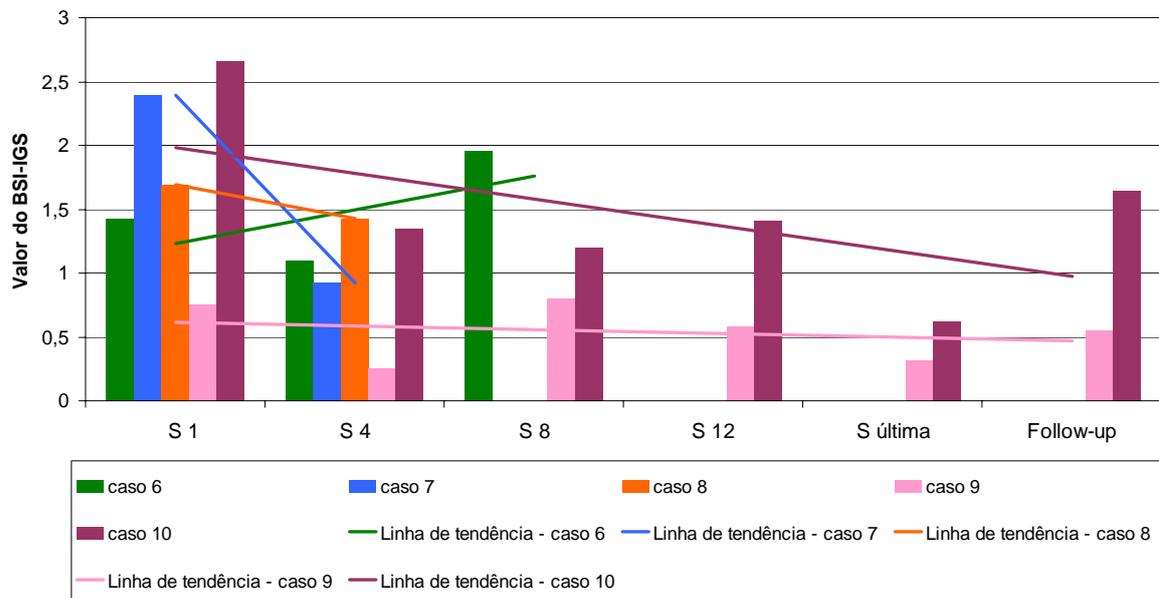


Gráfico 2. Evolução do B.S.I. – grupo com insucesso terapêutico



Como se observa a partir dos valores da primeira sessão, apresentados no gráfico 1 e 2, do total da amostra, três casos corresponderam a situações sub-clínicas (caso 1 - IGS = 0,84; caso 2 - IGS = 0,52; caso 9 - IGS = 0,75). Dois desses casos (caso 1 e 9) mantiveram a condição sub-clínica ao longo de todo o percurso terapêutico. As restantes

participantes registaram sintomatologia psicológica significativa de acordo o valor do IGS do BSI, que as situou na população com perturbação emocional.

A partir dos gráficos percebe-se a evolução, em termos de sintomatologia, ocorrida em cada um dos grupos terapêuticos. A evolução dos **sucessos** teve subjacente um padrão homogêneo: i) o índice de mal-estar diminuiu em todas as participantes à medida que a terapia avançava; ii) a partir da quarta sessão começou a verificar-se, na generalidade dos casos, um decréscimo acentuado no nível de mal-estar psicológico reportado, excepto num caso (caso 2), altura em que ocorreu uma agressão física grave pelo parceiro. Aliás, nesse caso o mal-estar voltou a intensificar-se quando ocorreu novamente um acto de violência física (sessão 12). Pelo contrário, no caso 1, embora tenha ressurgido a violência física e sexual, a condição psicológica sub-clínica manteve-se; iii) a partir da oitava sessão (inclusive) nenhum dos casos registava já sintomatologia clínica significativa. Essa condição manteve-se até ao final dos processos terapêuticos. Não obstante essa circunstância, no caso quatro evidenciou-se um ligeiro aumento no mal-estar da sessão última para o *follow-up*: o valor de mal-estar registado (IGS = 1,18) não era ainda significativo mas já estava próximo do valor mínimo registado pela população clínica com perturbação emocional.

No que se refere ao grupo com **insucesso**, registou-se uma maior variabilidade na forma como os casos evoluíram do ponto de vista da sintomatologia. De entre os casos finalizados, como já referimos, um deles manteve uma condição sub-clínica ao longo de todo o percurso terapêutico. O outro referiu-se a uma participante que manifestou, no início da terapia, elevada sintomatologia clínica (IGS = 2,66), condição que evoluiu favoravelmente à medida que a terapia decorreu (diminuindo para níveis não clínicos). Porém, no *follow-up*, a mesma participante voltou a revelar um nível de mal-estar significativo (IGS = 1,64). De entre os processos que resultaram em *drop-out*, o índice de mal-estar psicológico apenas diminuiu, de modo significativo, num dos casos (caso 7). Nos outros dois casos manteve-se, continuando a ser reportado mal-estar significativo (caso 8) ou, então, após uma melhoria para uma condição não clínica, assinalou-se de novo um aumento do mal-estar psicológico para valores significativos (caso 6).

c. Crenças face aos maus tratos conjugais

A evolução verificada na terapia, ao nível das crenças face aos maus tratos conjugais em cada um dos grupos, é apresentada nos gráficos 3 e 4.

Gráfico 3. Evolução na ECVC – grupo com sucesso terapêutico

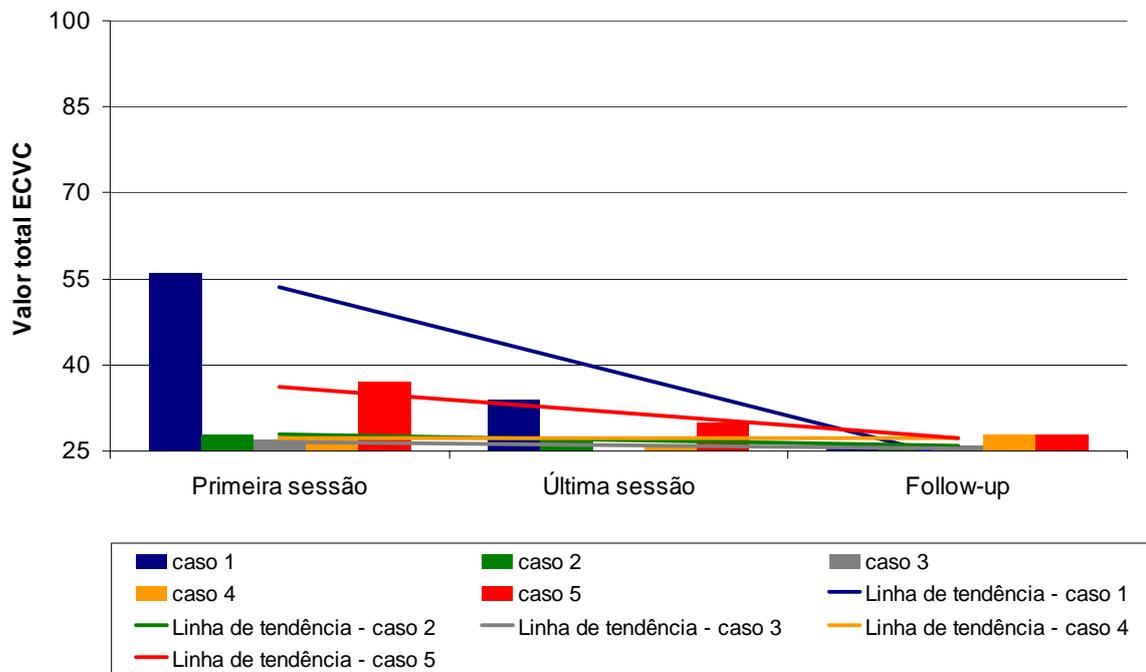
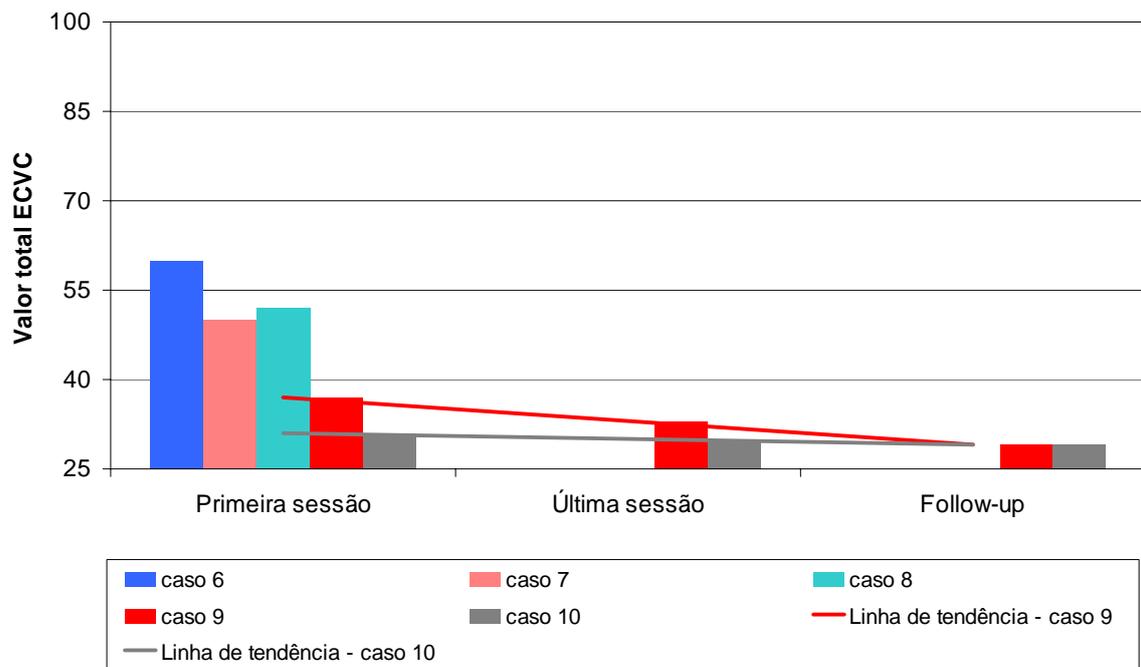


Gráfico 4. Evolução na ECVC – grupo com insucesso terapêutico



No plano das crenças acerca da violência conjugal, como se observa nos gráficos, todas as participantes do estudo revelaram, nas três fases em que essa avaliação teve lugar, uma tendência para discordar da maioria dos itens que compõem a escala. Dito de outro modo, o conjunto das participantes assinalou uma atitude pouco tolerante face aos maus tratos conjugais.

d. Aliança terapêutica: a perspectiva do cliente e dos observadores

Seguidamente descrevemos a forma como a aliança terapêutica evoluiu em cada um dos casos que integraram os dois grupos terapêuticos. Os dados serão apresentados no que se refere à perspectiva da cliente e dos observadores (A e B).

Gráfico 5. Evolução caso 1: perspectivas da WAI

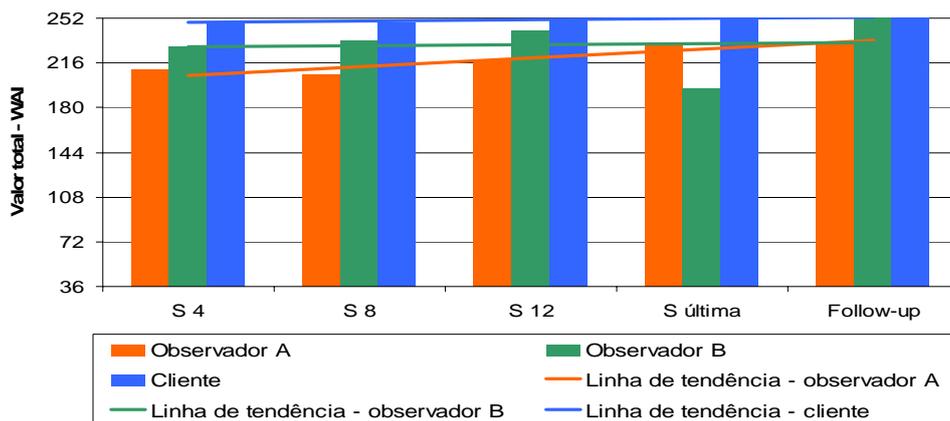


Gráfico 6. Evolução caso 2: perspectivas da WAI

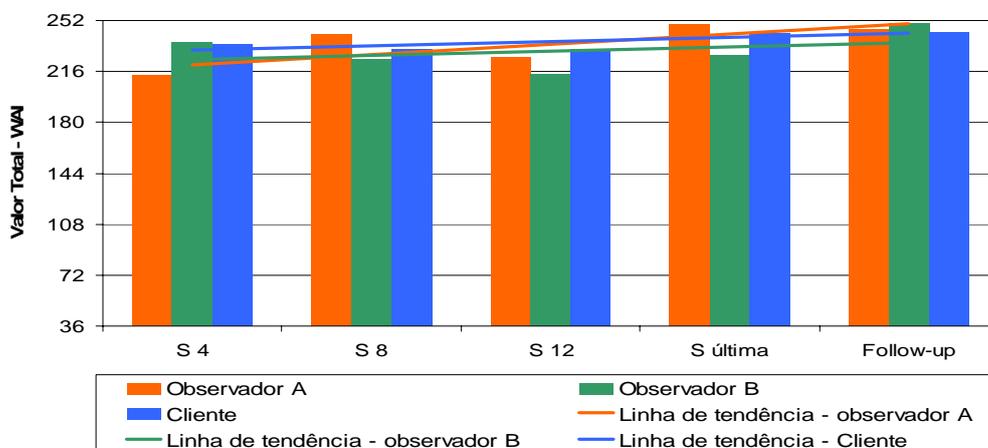


Gráfico 7. Evolução caso 3: perspectivas da WAI

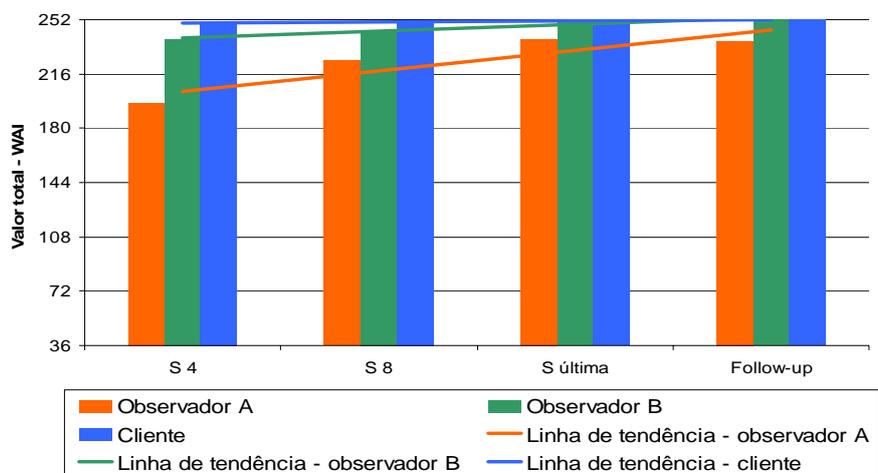


Gráfico 8. Evolução caso 4: perspectivas da WAI

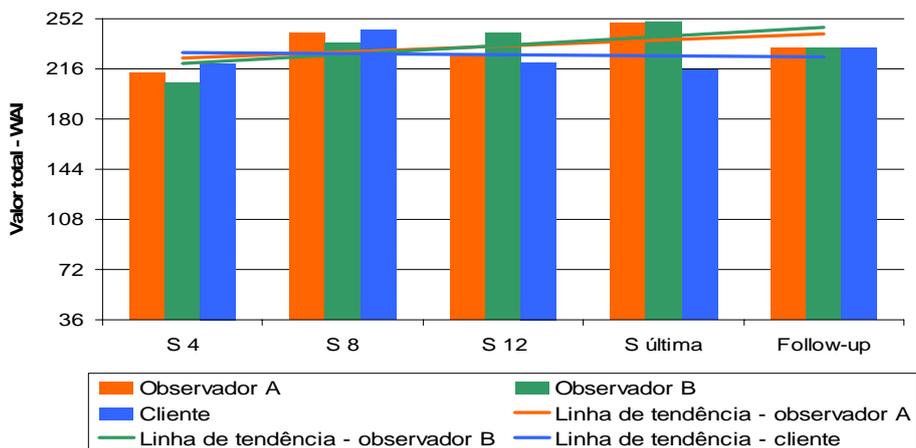
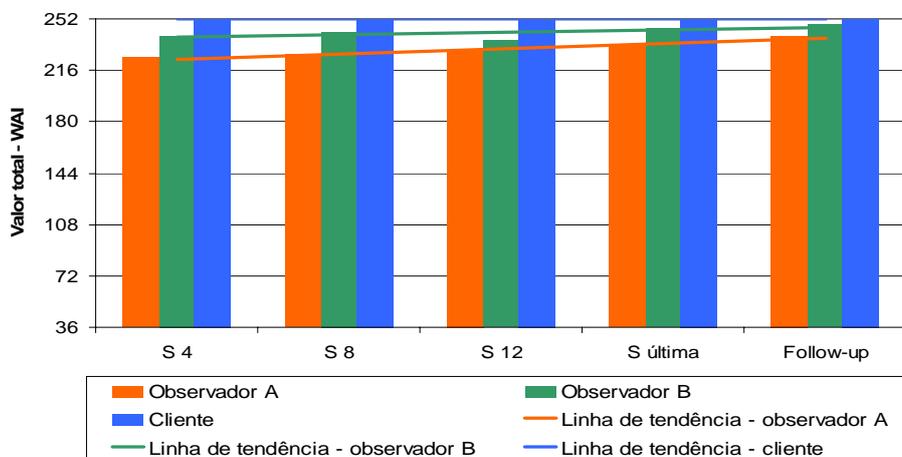


Gráfico 9. Evolução caso 5: perspectivas da WAI



Como se observa nos gráficos, a aliança terapêutica nos casos com **sucesso** foi elevada desde o início da terapia, quer na perspectiva das clientes, quer das observadoras (A e B).

No que respeita ao desenvolvimento desta dimensão, registou-se uma grande analogia entre os cinco casos (nas sessões, o valor total da aliança terapêutica oscilou entre 215 e 252).

Gráfico 10. Evolução caso 6: perspectivas da WAI

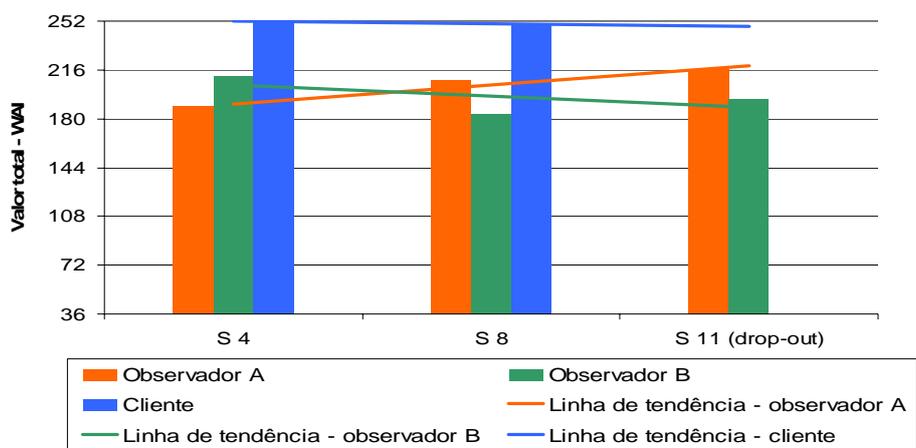


Gráfico 11. Evolução caso 7: perspectivas da WAI

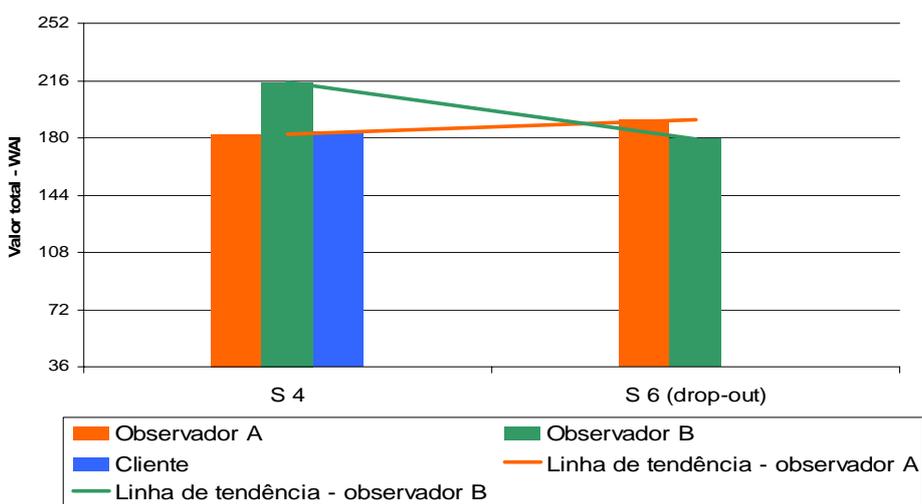


Gráfico 12. Evolução caso 8: perspectivas da WAI

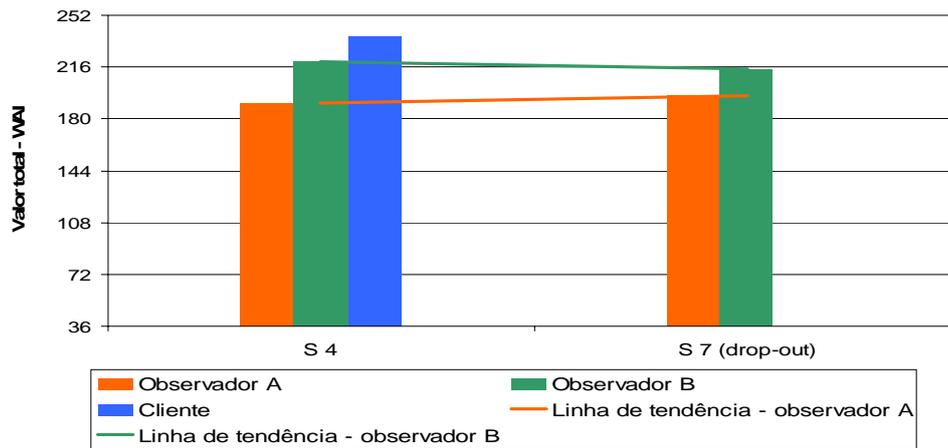


Gráfico 13. Evolução caso 9: perspectivas da WAI

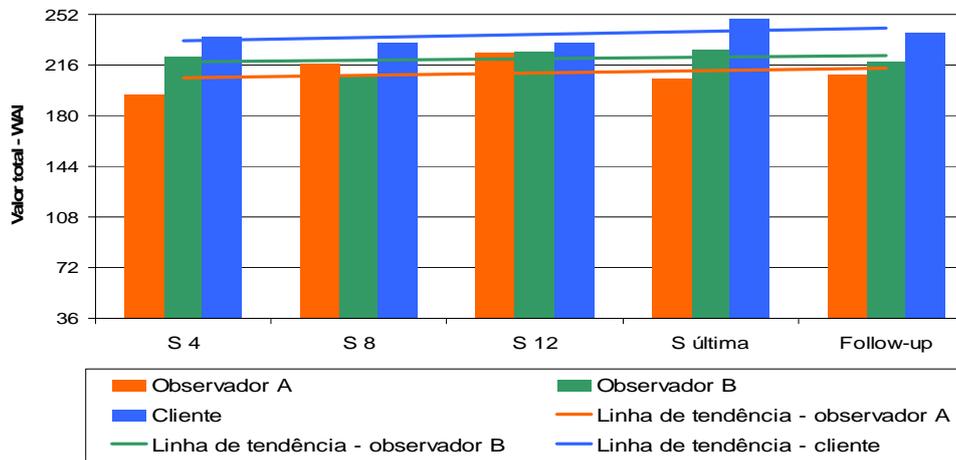
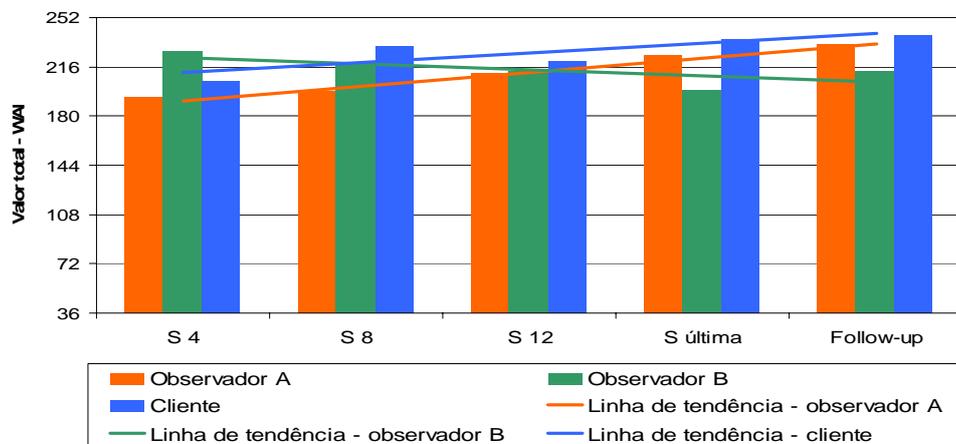


Gráfico 14. Evolução caso 10: perspectivas da WAI



No que respeita aos **insucessos**, embora a aliança terapêutica fosse elevada tal como no grupo com **sucesso**, na perspectiva das clientes assinalou-se uma maior variabilidade entre os cinco casos (nas sessões os valores totais oscilaram entre 184 e 252).

Neste grupo, dada a ausência de valores do cliente nos três casos que resultaram em *drop-out*, os dados acerca do desenvolvimento da aliança terapêutica são menos informativos do que no grupo anterior.

Ao compararmos os dois grupos na sessão quatro, a partir das três perspectivas, verificámos que só houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nesse momento da terapia para a observadora A: a aliança terapêutica foi mais elevada no grupo de **sucesso**. Relativamente ao mesmo momento da terapia, não houve diferenças estatisticamente significativas na forma como a observadora B percecionou a aliança terapêutica nos **sucessos** e nos **insucessos**. A perspectiva dos clientes foi também no sentido de não haver diferenças estatisticamente significativas.

Variável	U	p
Aliança terapêutica na sessão 4: a perspectiva do obs. A	0,000	0,009
Aliança terapêutica na sessão 4: a perspectiva do obs. B	5,000	0,117
Aliança terapêutica na sessão 4: a perspectiva do cliente	8,500	0,402

Quadro 16. Comparação dos grupos: a perspectiva dos observadores e do cliente na sessão 4

2.1.2. Análise e discussão dos dados

a. Caracterização da amostra

i. Natureza da violência

A análise da vitimação recebida revela que os maus tratos do parceiro foram perpetrados sobre a mulher de múltiplas formas, abrangendo actos com uma gravidade muito distinta entre si. Dessa forma, as experiências descritas retrataram duas concepções amplamente documentadas na literatura sobre o tema: a natureza multidimensional do fenómeno (e.g., DeKeseredy, 2000) e a ideia de estas mulheres vivem num «*continuum de insegurança*» (Stanko, 1990, cit. DeKeseredy, 2000, p. 729) ou num «*continuum de acções violentas*» (Bureau of Justice Statistics, 1996, cit. DeKeseredy, 2000, p. 729), desde acções mais discretas ou subtis a outras mais graves e sérias do ponto de vista do dano causado (Feld & Straus, 1999, Stets, 1990, Straus & Sweet, 1992, cit. Salari & Baldwin, 2002).

A associação dos vários tipos de abuso (e.g., físico, psicológico e sexual; físico e psicológico), presente na maioria dos casos neste estudo, é algo também evidenciado noutros trabalhos, designadamente nacionais: o estudo de 2002 (cf. capítulo I) refere que essa condição de múltipla vitimação está presente em 23% das situações (Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa, 2003). No mesmo sentido, alguns trabalhos internacionais (e.g., Okun, 1986, Saltzman, Fanslow, McMahon & Shelley, 1999, cit. DeKeseredy, 2000) concluem que, num número significativo de casos, os diferentes tipos de abuso não são mutuamente exclusivos, por outras palavras, tendem a coexistir. Outros autores (e.g., Gordon, 2000) apontam que a existência de várias combinações possíveis de tipos de violência inviabiliza o estabelecimento de perfis específicos de abuso na intimidade.

A co-ocorrência da violência física e da violência sexual, reportada por cerca de metade das participantes, é igualmente comum na literatura sobre os maus tratos conjugais (Campbell & Alford, cit. Sharps & Campbell, 1999; Pence & Paymar, 1993, cit. Mahoney & Williams, 1998). Vários estudos mostram que as mulheres que são vítimas de agressões físicas graves pelo parceiro estão especialmente vulneráveis ao

abuso sexual (e.g., Hanneken, Shiels & McCall, 1986, cit. Mahoney & Williams, 1998; Koss *et al.*, 2001; Marshall, 1996, Painter & Farrington, 1998, cit. Gordon, 2000). O facto dessa forma de violência ser relatada por duas participantes apenas numa fase mais avançada do processo terapêutico pode ser explicado de duas formas: o mais provável é ter ocorrido, nessa fase, uma alteração e/ou uma escalada no comportamento violento do parceiro; porém, pode também ter acontecido essa violência ter ocorrido antes mas haver alguma dificuldade em falar dela. Alguns estudos (e.g., Koss *et al.*, 2001, cit. Mahoney & Williams, 1998) têm documentado essa relutância das mulheres que são abusadas sexualmente pelo parceiro em revelar o sucedido, ainda que a maioria desses trabalhos se referiram sobretudo aos contextos policiais, onde a questão da exposição da vítima se coloca de uma forma diferente daquele que sucede na terapia.

A simultaneidade verificada da violência física e psicológica no domínio da intimidade também está largamente documentada nos estudos (e.g., Gelles & Straus, Okun, 1986, cit. DeKeseredy, 2000; Magdol, Moffit, Caspi & Silva, 1998, Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman, 1996, cit. Gordon, 2000).

O carácter continuado da violência do parceiro, descrito por todas as participantes, é algo que tipifica o próprio fenómeno. Essa evidência está de acordo com a representação traduzida nos vários estudos neste domínio, nomeadamente os nacionais (e.g., Lisboa, Barroso & Marteleira, 2003). A partir da caracterização da amostra nota-se também que, em quase todos os casos, a duração da relação se confundia com a duração dos maus tratos. Para além disso, os dados mostram que as histórias continuadas de maus tratos, embora se mantivessem no tempo, podem envolver circunstâncias temporais distintas: numa maioria de situações a violência prolongou-se por um período inferior a cinco anos; noutras, a violência estendeu-se para além desse período. Portanto, ainda que todas as situações envolvessem múltiplos episódios de violência, o estudo integrou histórias de maus tratos mais recentes (ou mais agudas) e outras com um carácter mais crónico. Os períodos menores de vitimação não estavam associados a nenhum perfil socio-demográfico particular, mas os períodos mais longos (superiores a 20 anos) estavam exclusivamente associados a mulheres com baixa escolaridade. Essa condição pode ajudar a explicar porque é que essas mulheres só recorreram a ajuda formal numa fase mais tardia (e.g., escassez de informação). Para além disso, a baixa escolaridade está associada muitas vezes a uma maior dependência económica do parceiro, condição que pode ter inviabilizado antes qualquer pedido de ajuda e, portanto, uma interrupção mais antecipada da experiência abusiva. Por sua vez,

a progressiva condenação pública desse tipo de dinâmicas pode ter favorecido o pedido de ajuda agora realizado.

ii. Natureza da sintomatologia

O facto da maioria das mulheres revelar um nível de mal-estar psicológico significativo na primeira sessão reforça a ideia de que estas experiências podem repercutir-se em inúmeras dificuldades psicológicas, como aliás ilustram os estudos nacionais (e.g., Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa, 2003) e muitos dos trabalhos internacionais nessa área (e.g., Abbott & Williamson, 1999; Stark, 2001). Nesse plano, para além de uma maior probabilidade de ter problemas de saúde em geral, têm-se destacado dificuldades comportamentais, emocionais (e.g., medos excessivos), relacionais, cognitivas, ideação suicida e dificuldades alimentares. Os estudos documentam, por exemplo, que aquelas que são vitimadas física e sexualmente registam um maior risco de ser alvo de violência durante a gravidez, um maior risco de homicídio, a presença de sintomatologia depressiva mais severa e um maior dano ao nível da auto-estima (Campbell, 1989, cit. Mahoney & Williams, 1998).

A condição sub-clínica, ao nível do funcionamento psicológico das participantes foi evidenciada quer quando as histórias de maus tratos eram longas (dois casos), quer mais breves (um caso). Duas das três participantes onde essa condição se verificou eram vitimadas de múltiplas formas. Embora difícil de explicar, a condição sub-clínica pode ser compreendida de diferentes formas. Por um lado, poderá retratar alguns dos fenómenos que discutimos antes (capítulo II) a propósito das tipificações relacionais do abuso: uma condição psicológica de «desânimo aprendido» (Seligman, 1975, cit. Harway, 1993) ou, então, aquilo que Ravazola (1997) designa de «anestesia de mal-estar» (e.g., denegação do impacto). Nesse sentido, essas mulheres podem, de certa forma, ter-se “moldado” às vivências violentas. Julgamos, contudo, que esta primeira hipótese é pouco compatível dada a reduzida tolerância demonstrada face aos maus tratos. Por outro lado, podem estar presentes factores de resiliência documentados na literatura e que envolvem as características pessoais (e.g., características do *self*, postura activa, percepção de controlo, auto-imagem positiva, auto-eficácia, espiritualidade) (Bartlet, 1994, McCord, 1994, cit. Werner-Wilson *et al.*, 2000; Carlson *et al.*, 2002) ou

outras circunstâncias (e.g., suporte familiar) que permitem a essas mulheres preservar a sua condição psicológica, apesar coabitarem com a adversidade da violência. A condição sub-clínica pode também corresponder a uma adaptação bem sucedida (sobretudo nos casos de **sucesso**) a circunstâncias de vida *stressantes* (e.g., Masten *et al.*, 1990).

Qualquer que seja a explicação, importa destacar que esta condição sub-clínica pode, de certa forma, ajudar a explicar a permanência destas mulheres nas respectivas relações, apesar de abusivas (cf. Ravazola, 1997; Rothenberg, 2002). Em dois desses casos, os maus tratos prolongam-se por um período de tempo muito superior a cinco anos.

Por sua vez, noutros casos, o mal-estar psicológico pode ter funcionado como motor de mudança (e.g., no sentido de estimular a procura de ajuda numa fase mais precoce da relação abusiva).

iii. Crenças acerca da violência

As participantes do estudo revelaram, desde o início, desaprovação face aos maus tratos conjugais. Num outro estudo (Matos & Machado, 2005) que desenvolvemos recentemente com mulheres abusadas na intimidade, que procuraram ajuda junto de instituições formais, também se verificou uma reduzida tolerância face aos maus tratos. Essa atitude pouco tolerante pode ter contribuído para o reconhecimento do problema e para o conseqüente pedido de ajuda psicoterapêutica.

b. Mudança terapêutica

i. Interrupção precoce da violência física e sexual

No que respeita à evolução a nível da vitimação recebida, o facto da interrupção da violência física ter ocorrido precocemente no grupo com **sucesso** terapêutico pode, entre outros aspectos, ter contribuído para uma melhoria progressiva da condição psicológica das participantes (critério que também caracteriza este grupo).

De qualquer modo, interessa explorar os motivos que poderão ter contribuído para os resultados terapêuticos positivos, na generalidade dos casos, a nível da vitimação física recebida, traduzidos numa taxa de revitimação baixa ao longo do percurso terapêutico. Uma das possíveis razões prende-se com o facto da psicoterapia corresponder, em muitos casos, à primeira solicitação de ajuda no exterior da família, decorrendo daí uma maior visibilidade daquilo que se vive no contexto destas relações. Por si só, essa circunstância pode ter levado a maioria dos agressores a reduzir os actos fisicamente abusivos, dada a maior exposição da mulher e, porventura, de eventuais lesões e danos causados por esse tipo de maus tratos. O facto de alguns dos parceiros fisicamente maltratantes beneficiarem de acompanhamento psicoterapêutico, em simultâneo, pode também ter favorecido essa cessação precoce. Um outro aspecto extrínseco à terapia pode igualmente ter ajudado a cessar esse tipo de violência: como se percebe a partir da caracterização da amostra, quatro mulheres pediram ajuda às instituições judiciais pelos maus tratos sofridos; três desses casos resultaram em queixa-crime e, conseqüentemente, em medidas de coacção do agressor (e.g., determinação do seu afastamento físico face à vítima). Nesses casos, a mobilização do controlo social pode também ter promovido alterações na conduta fisicamente abusiva dos parceiros. O facto de, nesses três casos, a interrupção da violência ter sido definitiva acaba por consolidar uma das ideias que sustentámos ao longo deste trabalho: a relevância da articulação da psicoterapia (e.g., com o agressor, com a vítima) com outro tipo de sistemas (neste caso, o judicial) para que a cessação absoluta e precoce da violência física seja possível. Alguns estudos têm evidenciado precisamente que a intervenção no domínio da violência na intimidade beneficia claramente de uma articulação coordenada das respostas do sistema legal (e.g., medidas de restrição) com as respostas comunitárias e terapêuticas (e.g., tratamento do agressor para alteração de crenças e comportamentos) (Steinman, 1990, Syers & Edleson, 1992, cit. Fleury, 2002). Por último, outro dos factores que pode ser responsável pelo êxito verificado a nível da vitimação física está relacionado com a própria terapia: nesse contexto procura-se, desde o início, construir com um ambiente mais seguro através do desenvolvimento de competências eficazes neste domínio (por exemplo, desenvolvendo planos de segurança). Essa condição, promotora de uma postura mais proactiva da mulher, pode também ter contribuído para evitar episódios fisicamente abusivos.

Interessa ainda compreender melhor a circunstância da violência física nalguns casos, nomeadamente em dois com **sucesso** terapêutico, voltar a surgir mais tarde. Essa circunstância da revitimação revela que a interrupção precoce da violência física não equivale à sua efectiva cessação. Em termos clínicos, essa condição reforça a importância de se avaliar continuamente a vitimação recebida, de se actuar a esse nível e de se antecipar eventuais reacções do parceiro às mudanças que a mulher projecta.

Essa evidência mostra também que não foi o facto do abuso físico não ter cessado em definitivo que impediu estas mulheres que desenvolverem mudanças bem sucedidas. Embora possa ter gerado perturbação, essa circunstância não as fez hesitar ou desistir da construção da mudança numa direcção preferencial. Nesse sentido, podemos dizer que a revitimação pelo parceiro não compromete necessariamente o **sucesso** terapêutico. De qualquer forma, importa sublinhar que nestes dois casos conseguiu-se, mais tarde, que essa violência cessasse em definitivo, como referimos. Para além disso, a evolução verificada nesses casos demonstra que nem sempre é necessário o afastamento do parceiro para que a violência física cesse em definitivo, como discutimos no capítulo III deste trabalho. Isso contraria a ideia de que a saída da relação é única maneira da violência física terminar (cf. Walker *et al.*, 2004) e de se construir mudança.

A par da violência física, a cessação dos maus tratos sexuais, reportada nos primeiros momentos da terapia, reforça os ganhos obtidos pelas participantes na esfera da vitimação recebida. Todos esses ganhos mantêm-se no *follow-up*.

Em síntese, a maioria dos casos que completaram a intervenção progrediu favoravelmente, já que houve uma cessação do abuso físico e sexual logo numa fase inicial ou, então, numa fase mais intermédia do processo. Esses ganhos mantiveram-se no *follow-up*.

ii. Interrupção da violência e insucesso terapêutico

O facto da interrupção precoce da vitimação física se ter verificado também em três dos casos com **insucesso** significa que essa condição não é, por si só, garantia de que haverá uma evolução terapêutica bem sucedida. Dito de outro modo, embora se constitua como uma condição essencial na terapia com vítimas de maus tratos, a interrupção precoce da violência física não significa que haja **sucesso**. A par dessa

condição são necessárias alterações a outros níveis para que se construa uma mudança mais ampla numa direcção favorável (e.g., aquisição de bem-estar psicológico).

O facto de um dos casos de cessação - precoce e definitiva - da violência física e sexual, através da aplicação da medida de coação e da separação do agressor, ter-se transformado num *drop-out* mostra, em particular, que nem sempre a cessação eficaz desses tipos de violência garante o **sucesso** terapêutico: no momento de interrupção da terapia, a violência física e sexual tinha cessado mas o parceiro continuava a maltratar psicologicamente a participante e os danos causados pelos maus tratos continuavam por superar. À semelhança do que refere a literatura (e.g., Holtzworth-Munroe *et al.*, 1997; Logan & Walker, 2004), nesse caso a separação do parceiro abusivo não inviabilizou que outras formas de abuso continuassem (e.g., violência psicológica) e não permitiu superar o mal-estar psicológico. Isso revela que a eficiência dos sistemas externos à terapia (e.g., neste caso o sistema judicial), associada à separação física do parceiro, embora possa contribuir para pôr fim à violência marital (Adams & McCormick, 1982; Dutton, 1988; Gelles & Straus, 1988; Gledman, 1988, cit. McKeel & Sporkowski, 1993), nem sempre acautela ou tem um impacto significativo, pelo menos imediato, em todas as necessidades da mulher que experimenta os maus tratos (e.g., recuperação da condição psicológica).

Desconhecemos como é que a evolução da vitimação recebida pode ter contribuído para os *drop-outs* uma vez que, na fase inicial, há duas situações em que se conseguiu interromper precocemente a violência física e uma situação em que se mantiveram os tipos de abuso que foram reportados na fase inicial da terapia.

A forma como a (re)vitimação recebida evolui não depende, apenas, do facto dos parceiros se encontrarem em terapia. Essa condição também não distingue os **sucessos** e dos **insucessos**.

A cessação da vitimação recebida também não está relacionada com a coabitação, ainda que essa condição possa tornar mais difícil a interrupção da violência, nomeadamente psicológica.

Em suma, o resultado positivo ao nível da vitimação recebida (física e sexual) quer nos **sucessos**, quer nos **insucessos** revela que a eficácia a esse nível não é garantia

de êxito terapêutico, embora essa seja uma condição fundamental para que este possa ser alcançado e para que haja uma maior magnitude de mudança. Por outras palavras, a cessação da violência física e sexual não explica, por si só, o **sucesso**.

iii. Persistência da violência psicológica

A violência psicológica era comum a todas as situações analisadas, mas apenas em dois casos foi essa condição que deu origem ao pedido de terapia.

O estudo sobre os resultados terapêuticos revela que, de entre os vários tipos de violência, a violência psicológica é a mais difícil de se interromper. A sua cessação absoluta só aconteceu em três casos e apenas no grupo com **sucesso** terapêutico. Outros estudos realizados sobre a eficácia da intervenção psicoterapêutica (e.g., terapia de orientação feminista, envolvendo o aconselhamento em grupo ao maltratante e à vítima e ainda o sistema judicial) revelam dados no mesmo sentido: a partir de dois estudos (Novak & Galaway, 1983, Shepard, 1987, cit. Pence & Shepard, 1990), 60% das mulheres continuavam a reportar, no *follow-up*, experiências de abuso psicológico no período de um ano após a terapia, embora este tenha decrescido.

Julgamos que, no actual estudo, a separação do parceiro e a aplicação, em dois dos três casos em que a violência psicológica cessou, da medida de coacção ao agressor, podem ter favorecido esse tipo de resultado terapêutico (isto é, a cessação absoluta da violência).

Por sua vez, vários factores podem contribuir para essa modalidade de vitimação persistir. Um deles tem a ver com o facto dessas dinâmicas envolverem formas de abuso mais subtis ou mais “invisíveis”. Por conseguinte, para o agressor, os riscos envolvidos nessa forma de perpetração do abuso também são menores (e.g., dificuldades da mulher em fazer prova dessas ocorrências), comparativamente a outras dinâmicas abusivas. Por outro lado, para a mulher, as formas de se proteger dessa violência são mais complexas, por exemplo relativamente à violência física. Para além disso, o facto dos maus tratos psicológicos se enquadrarem numa história de conflito conjugal mais ou menos longa, faz também com que essas dinâmicas (abusivas) possam precisar de mais tempo para serem superadas, até porque muitas vezes estas são as primeiras a surgir ou a instalar-se, encontrando-se mais “cristalizadas” ou “enquistadas” na interacção.

Consideramos, portanto, que o facto de não se ter conseguido eliminar a violência psicológica totalmente, na maioria dos casos, pode significar que basear a eficácia das intervenções protagonizadas junto da mulher numa leitura dicotómica - a partir da interrupção completa ou não da violência - não será porventura o critério mais relevante ou mais útil, à semelhança aliás do que alguns autores têm defendido no domínio da intervenção com os agressores (e.g., Poynter, 1989, cit. Hamby, 1998): é possível uma redução significativa da vitimação (da violência física, sexual, das formas mais graves de violência psicológica) mas, em muitos casos, a sua total eliminação não é viável, pelo menos no período de tempo breve que compreendeu os processos terapêuticos desenvolvidos no âmbito deste trabalho.

Ainda que a cessação da vitimação psicológica, em termos absolutos, só tenha sido possível em três casos, destaca-se uma evolução positiva verificada a esse nível em todos os casos com **sucesso** terapêutico (e.g., há um decréscimo significativo nas suas manifestações e na sua frequência), condição que se manteve no período de *follow-up*.

Em resumo, a interrupção da violência psicológica constitui-se como um desafio maior para aqueles que participam na terapia, sobretudo nos casos em que a coabitação se mantém. Importa sublinhar que o facto da violência psicológica passar de uma frequência regular para uma frequência rara não compromete o **sucesso** terapêutico. Porém, o facto das suas manifestações se manterem com uma frequência regular pode ajudar a explicar a diferença entre o **sucesso** e o **insucesso**. Nos casos que esse tipo de vitimação se mantém teria sido interessante avaliar, por exemplo, como evoluiu a satisfação marital das participantes para se perceber melhor qual o impacto da violência psicológica (e da sua regularidade) nos **sucessos** e nos **insucessos**.

No que se refere às outras dimensões avaliadas – as crenças face aos maus tratos e a aliança terapêutica – os dados recolhidos não são suficientemente informativos na diferenciação entre os **sucessos** e os **insucessos**.

Em relação aos resultados relativos à aliança terapêutica, o facto de haver homogeneidade nos dados torna-os pouco relevantes para a análise. O facto de só haver diferenças, no momento inicial da terapia, na forma como a observadora A perspectiva essa dimensão (no sentido dessa aliança ser mais elevada nos sucessos) revela uma certa fragilidade dos dados. Em resumo, os dados recolhidos não permitem distinguir **sucesso** de **insucesso** a partir da aliança terapêutica.

Contudo, importa dizer que, sobre a forma como a aliança terapêutica pode prever a interrupção precoce da terapia (o *drop-out*), os estudos não são consensuais (cf. Horvath & Bedi, 2002): alguns sugerem que a avaliação da aliança terapêutica na sessão inicial é um bom preditor do término prematuro da terapia (e.g., Barber *et al.*, 1999); por sua vez, outros estudos mais recentes sugerem que, em determinadas situações, uma aliança terapêutica inicial elevada pode significar, sobretudo, uma elevada expectativa mas pode estar relacionada com pobres resultados terapêuticos e com a interrupção inesperada da terapia. Partindo dessas evidências, Horvath e Bedi (2002) apontam que o dado mais informativo será a evolução da aliança terapêutica, defendendo que o seu desenvolvimento gradual num sentido positivo pode tornar-se um indício positivo de **sucesso**.

Neste estudo, o facto de iniciarmos a avaliação da aliança terapêutica apenas na quarta sessão não permite que expliquemos os *drop-outs* a partir da medida de aliança terapêutica. Seria, contudo, interessante avaliar a aliança terapêutica no momento da ruptura.

Para além disso, apesar de alguns trabalhos relacionarem a sintomatologia do cliente com a contribuição negativa para a aliança terapêutica (e.g., Eaton, Abeles & Gutfreund, 1988), neste trabalho a evolução da sintomatologia não parece ter qualquer relação com a forma como a aliança terapêutica, na perspectiva das clientes, evolui ao longo do processo terapêutico. Isso pode ser explicado, eventualmente, pelo facto da sintomatologia não poder ser atribuída à ineficácia da terapia mas antes às acções do agressor.

2.2. Estudo do processo terapêutico

2.2.1. Apresentação de resultados

Nesta parte da análise, começámos por apresentar o desenvolvimento e a progressão dos RUs no âmbito de cada processo terapêutico. Descrevemos, em primeiro lugar, aqueles que se referem ao grupo com **sucesso** e depois os que se referem ao grupo

com **insucesso**. Essa primeira análise dos RUs permitiu-nos compreender a evolução ideográfica de cada um dos dez casos ao longo da terapia: ao nível da frequência, da saliência e da diversidade dos RUs.

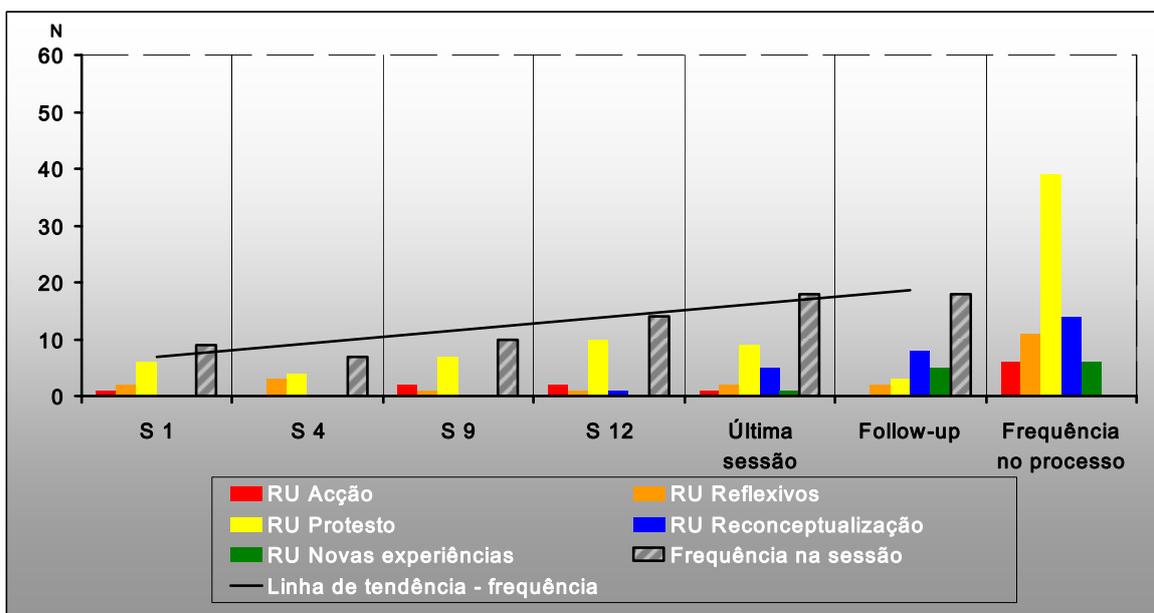
Depois da apresentação dos dados, elaborámos uma síntese final no âmbito de cada grupo, destacando as principais semelhanças e as discrepâncias dos casos entre si.

Por último, apresentámos os dados que resultaram da contrastação dos dois grupos terapêuticos a nível dos RUs narrados.

a. Desenvolvimento dos processos com sucesso terapêutico

i. Frequência e tipos de RUs

Gráfico 15. Frequência RUs: caso 1²⁶



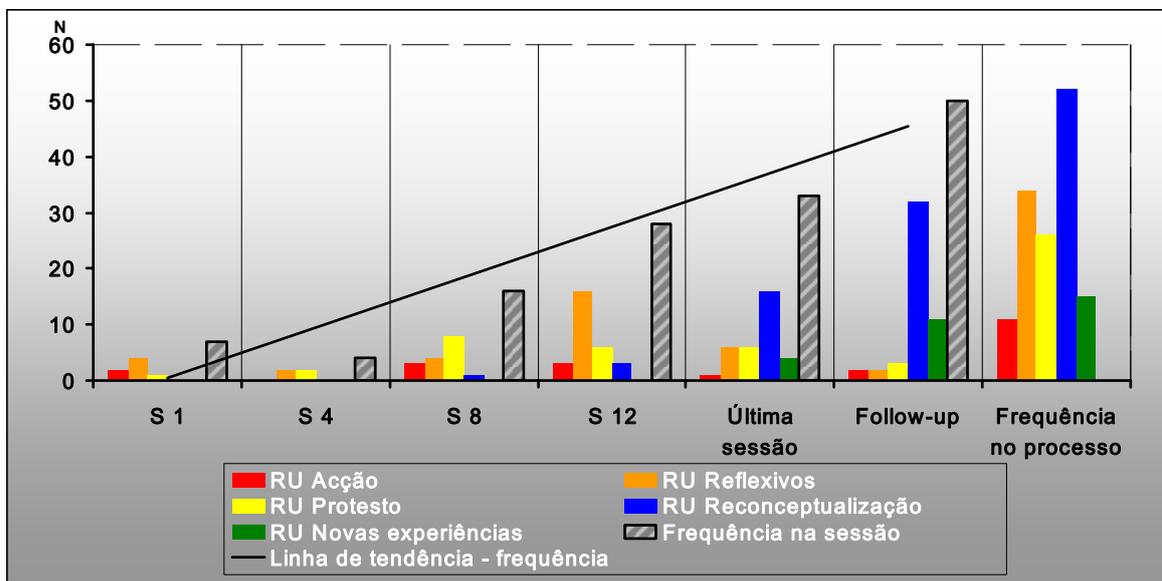
No caso 1 a frequência de RUs (isto é, o número de narrações de um RU específico) foi, no total, de 75 RUs. Em média, surgiram 12,5 RUs por sessão, oscilando entre 7 e 18 RUs narrados ao longo das sessões.

A sua frequência evoluiu de forma gradual, como se constata através da linha de tendência inscrita no gráfico, registando a sessão quatro a menor frequência e as sessões última e *follow-up* a frequência mais elevada.

²⁶ Um problema registado com a cassette contendo a oitava sessão inviabilizou a sua observação, optando-se excepcionalmente neste caso pela codificação da nona sessão.

Relativamente aos tipos de RUs narrados, verificou-se que os mais frequentes foram os de protesto e os menos frequentes foram os de acção. A diversidade dos RUs foi progressiva ao longo da terapia. Inicialmente, observou-se (sessão um e sessão quatro) uma ausência de diversidade, predominando os RUs reflexivos e os de protesto. Por sua vez, na fase final, (última sessão e *follow-up*), surgiram todos os tipos de RUs, predominando os RUs de reconceptualização e os de protesto. Em termos totais, neste processo foram sobretudo narrados RUs de protesto (n = 39) e observou-se uma menor frequência de RUs relacionados com a acção (n = 6).

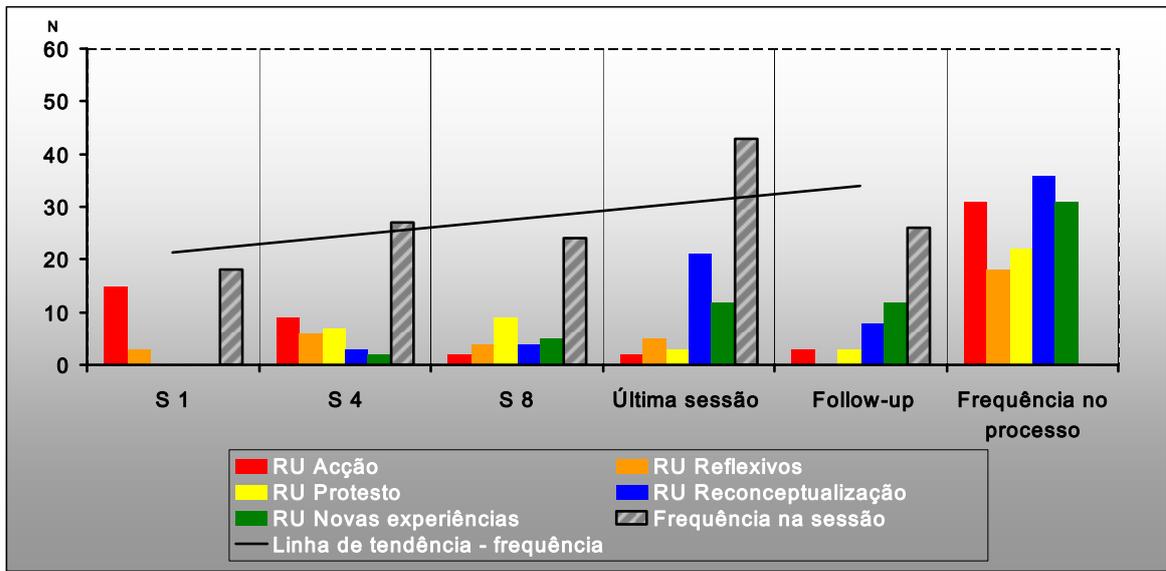
Gráfico 16. Frequência RUs: caso 2



No caso 2 foram gerados, no total, 138 RUs, emergindo uma média de 23 RUs por sessão. As sessões oscilaram entre 4 e 50 RUs episódios narrados. No conjunto das sessões, o número de RUs foi menor na sessão quatro e maior no *follow-up* e na última sessão, verificando-se uma tendência para uma sucessão contínua de RUs narrados ao longo do processo.

Verificou-se que os diferentes tipos de RUs surgiram gradualmente no percurso terapêutico: numa fase inicial (sessão um e quatro) registou-se uma reduzida diversidade, surgindo sobretudo RUs de natureza reflexiva. Por sua vez, na fase final da terapia (última sessão e *follow-up*), os RUs narrados forma de natureza plural e diversa, predominando os de reconceptualização e de novas experiências. Globalmente, os RUs de reconceptualização foram os mais frequentes (n = 52) e os que foram narrados em menor número referiam-se aos de acção (n = 11).

Gráfico 17. Frequência RUs: caso 3



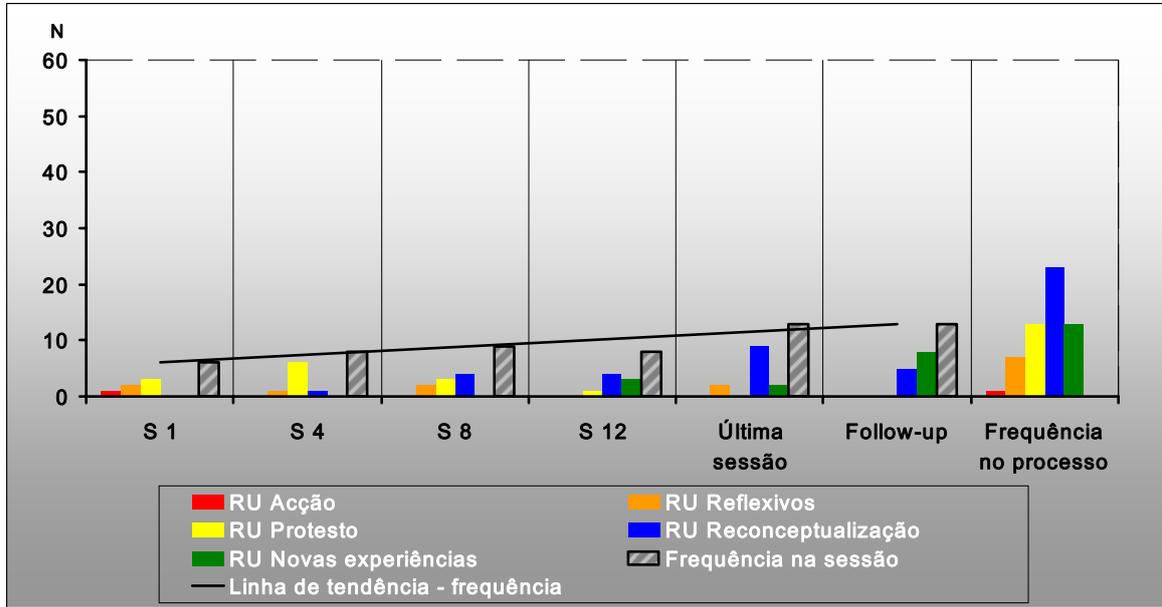
No caso 3 foram identificados, no total, 138 RUs. Em termos de frequência, as sessões variaram entre um mínimo de 18 e um máximo de 43 episódios, com uma média de 27,6 RUs por sessão. Como se observa a partir da linha de tendência, o número de RUs aumentou ao longo do processo terapêutico, registrando a primeira sessão a menor frequência. A última sessão, seguida do *follow-up* e da sessão quatro, foram aquelas que registaram um maior número de RUs.

No que respeita aos tipos de RUs, verificou-se uma tendência também progressiva para a emergência de RUs mais heterogêneos entre si. Na fase inicial, foram mais frequentes os RUs de ação e, na fase final, predominaram os RUs de novas experiências, acompanhados pelos RUs de reconceptualização. Neste processo, como se verifica a partir do gráfico, na fase inicial (sessão quatro), já se verificava uma significativa diversidade de RUs, condição que se manteve até final do processo. No global, os RUs mais frequentes foram os reconceptualização ($n = 36$), seguidos dos de ação e de novas experiências (ambos $n = 31$). A menor frequência esteve associada aos RUs reflexivos ($n = 18$), que não chegaram a ser narrados no *follow-up*.

Do conjunto de casos com sucesso terapêutico, a evolução deste processo registou algumas particularidades: i) foi aquele que se iniciou com um maior número de RUs (veja-se que na primeira sessão foram narrados 18 episódios); ii) acumulou, em paralelo com o caso 2, o maior número de RUs historiados ao longo de todo o processo ($n = 138$); iii) os vários tipos de RUs emergiram mais cedo (sessão quatro); iv) foi também o

processo mais breve em termos de duração da terapia (perfazendo um total de 11 sessões).

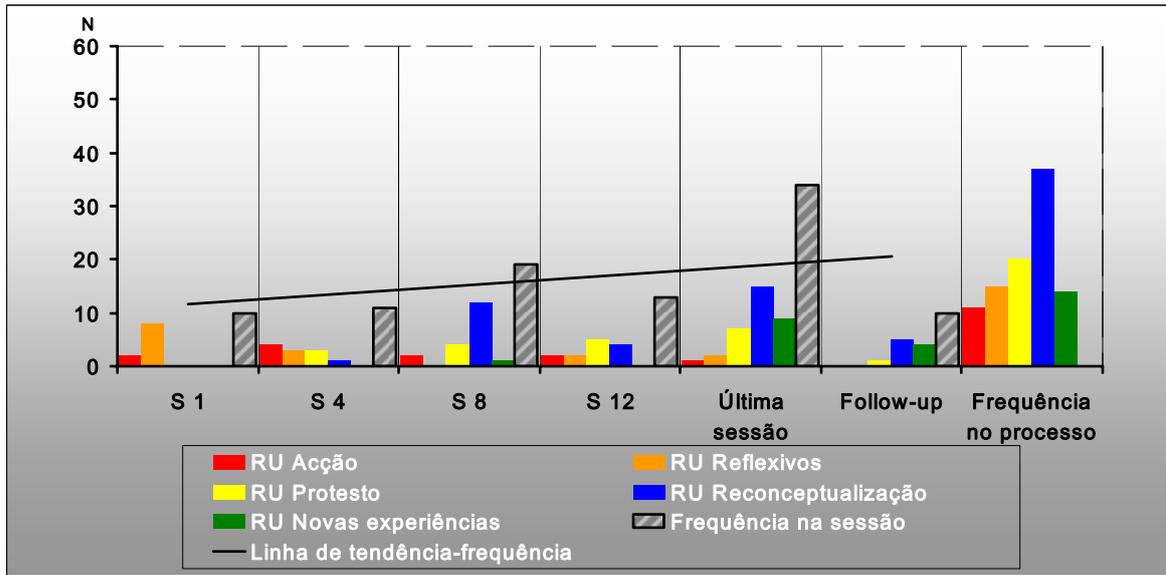
Gráfico 18. Frequência RUs: caso 4



No caso 4 ocorreram 57 RUs durante o processo terapêutico. Em termos de frequência de RUs, observou-se uma tendência crescente, embora a oscilação do número de RUs narrados entre as sessões fosse reduzida, inscrevendo-se num intervalo entre os 6 e os 13 RUs por sessão. Emergiram, em média, 9,5 RUs por sessão. O menor número de RUs ocorreu na primeira sessão, registando-se na sessão última e no *follow-up* o número mais elevado. Portanto, a sua frequência foi progressiva ao longo do processo.

Foram narrados diferentes tipos de RUs ao longo deste processo terapêutico mas eles surgiram de forma demarcada ou exclusiva em certas sessões: os RUs de acção só emergiram na sessão um, os de protesto praticamente só estiveram presentes na fase inicial, acontecendo o mesmo com os reflexivos. Esse tipo de RUs estiveram praticamente ausentes na última fase da psicoterapia. Por sua vez, na fase final (última sessão e *follow-up*) foram exclusivamente narrados RUs de reconceptualização e de novas experiências. Verificou-se também que, na fase inicial, predominaram os RUs de protesto e reflexivos e, na fase final, os de reconceptualização e de novas experiências. Em termos globais, os RUs mais frequentes foram os de reconceptualização (n = 23) e os menos frequentes foram os de acção (com apenas um acontecimento narrado).

Gráfico 19. Frequência de RUs: caso 5



O caso 5 assinalou, no total, 97 RUs, emergindo uma média de 16,6 episódios por sessão. A flutuação da frequência entre as sessões analisadas situou-se entre os 10 e os 34 RUs narrados. Verificou-se que, progressivamente, era narrado um número cada vez maior de RUs. A menor frequência observou-se na primeira sessão (e no *follow-up*) e a mais elevada sucedeu na última sessão.

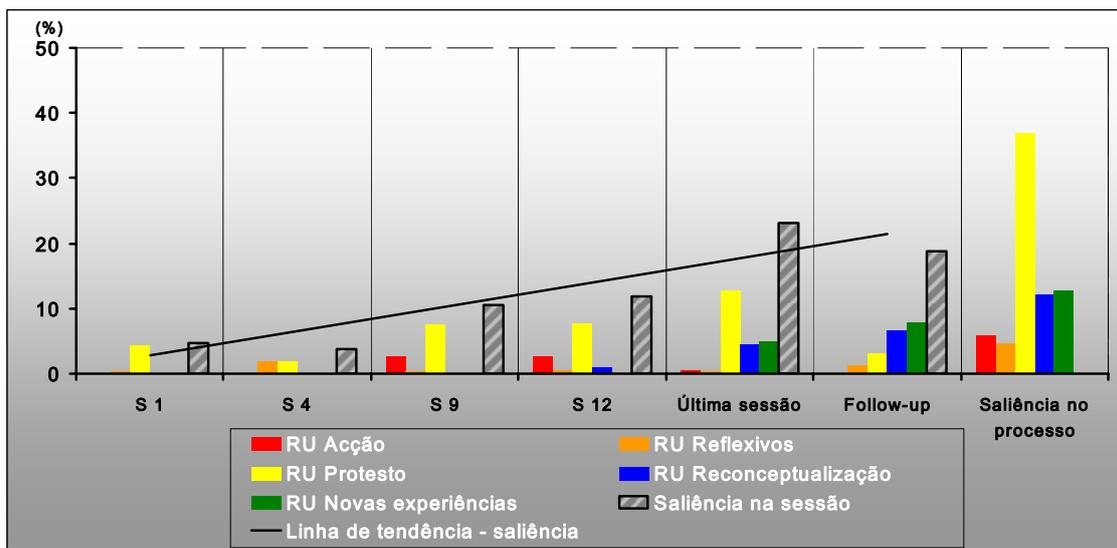
Como se verifica pelo gráfico, os diferentes tipos de RUs surgiram progressivamente, sendo mais perceptíveis desde a sessão quatro.

Na fase inicial, predominaram os RUs reflexivos e de acção e, na fase final, foram mais frequentes os RUs de reconceptualização e de novas experiências.

Globalmente, os RUs mais frequentes foram os de reconceptualização ($n = 37$), seguidos dos de protesto ($n = 20$) e de novas experiências ($n = 14$). Os RUs menos frequentes foram os de acção ($n = 11$).

ii. Saliência e tipos de RUs

Gráfico 20. Saliência RUs: caso 1

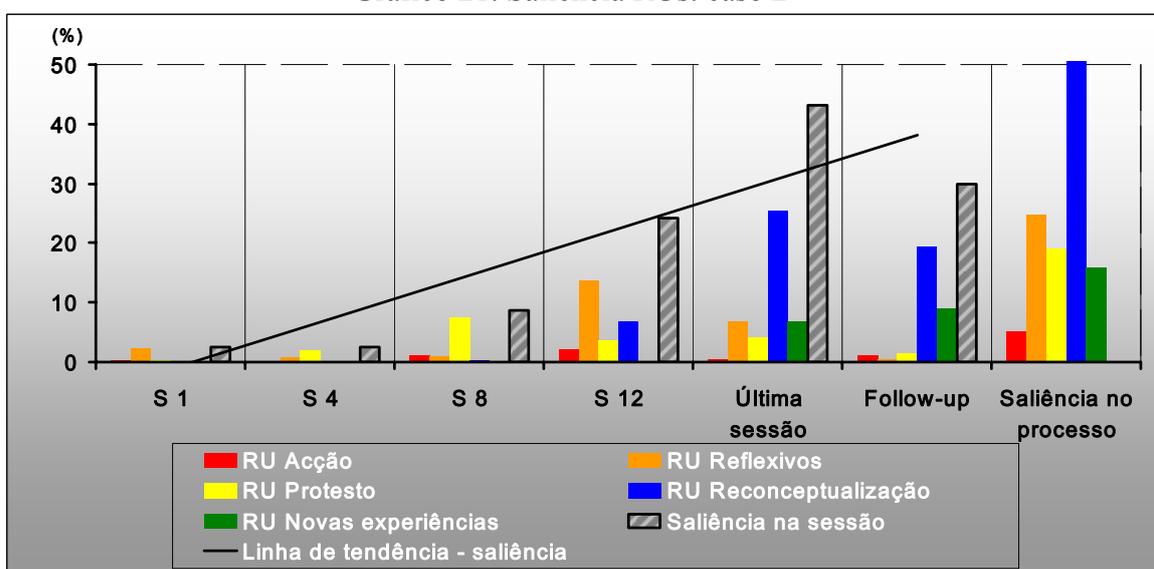


No caso 1, a saliência de RUs (isto é, a percentagem de tempo da sessão ocupado na narração de um RU específico) foi sendo cada vez maior, ocupando em média 14,6% das sessões de psicoterapia. Como se observa no gráfico, a sessão quatro registou a menor saliência e foi na última sessão que os RUs foram narrados durante mais tempo.

Na fase inicial, tiveram maior destaque os RUs de protesto e, na fase final, os RUs de protesto, de reconceptualização e de novas experiências.

Em todo o processo, os RUs mais salientes foram os de protesto (37,11%) e os menos salientes foram os reflexivos (4,77%).

Gráfico 21. Saliência RUs: caso 2

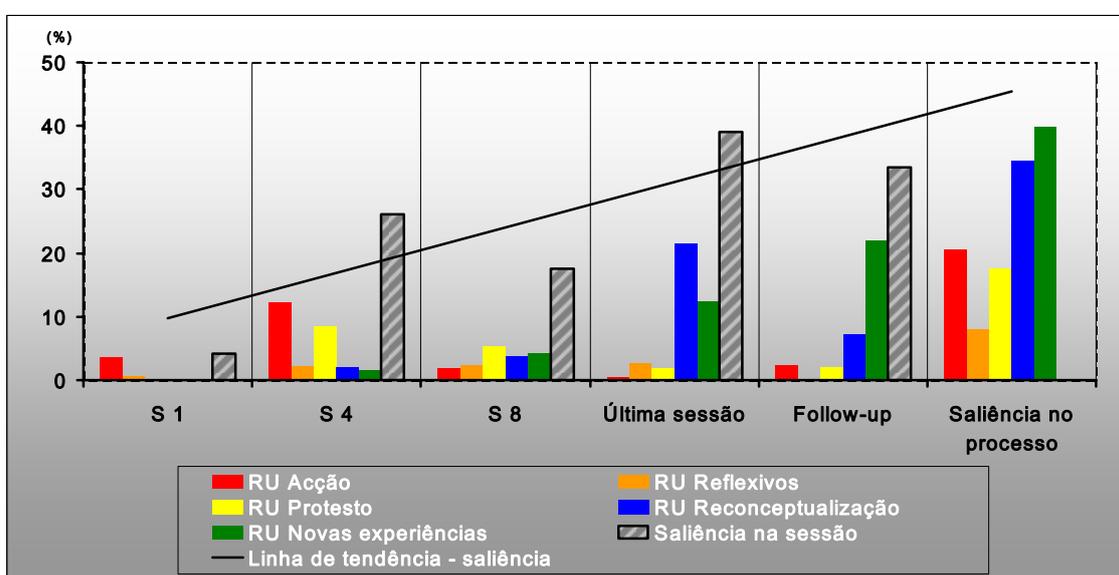


No caso 2, o tempo dedicado à narração de RUs foi progressivamente maior de sessão para sessão, sendo mais circunscrito na primeira e na quarta sessão e mais amplificado na última sessão. A saliência de RUs envolveu, em média, 18,52% das sessões.

Na fase inicial, foram mais salientes os RUs reflexivos e, na fase final, os RUs de reconceptualização.

Globalmente, a maior saliência referiu-se à reconceptualização (51,71%) e a menor à acção (5,03%).

Gráfico 22. Saliência RUs: caso 3

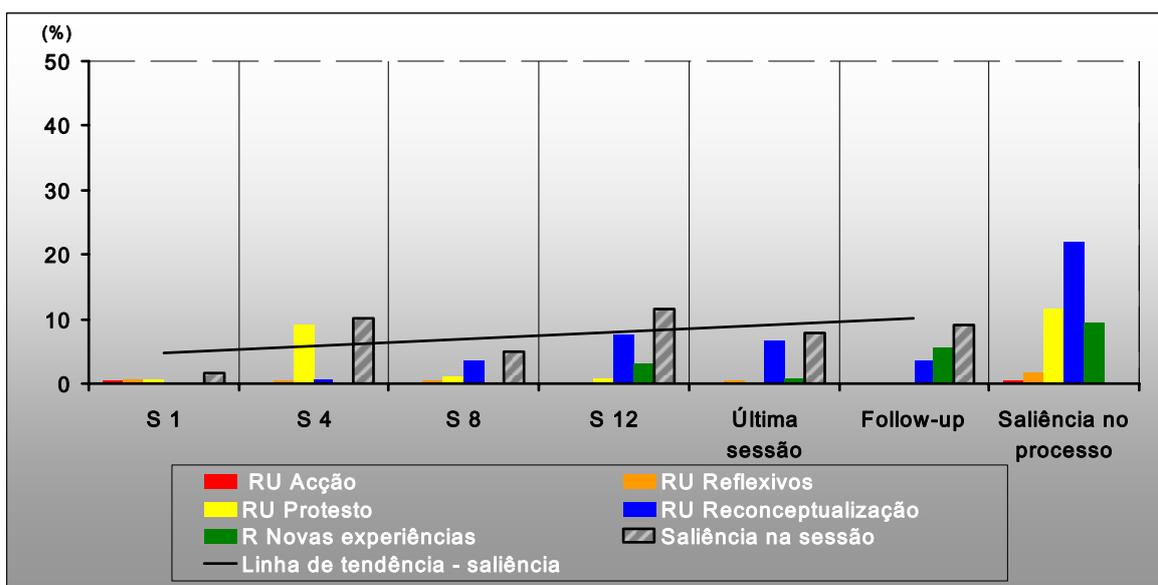


No caso 3 a saliência dos RUs foi também progressiva, sendo menor na primeira sessão e maior na última sessão. Em média, 24,06% do tempo das sessões foi dedicado à narração de RUs.

Inicialmente, foram mais salientes os RUs de acção e, no final, os de reconceptualização e de novas experiências.

No total, os RUs de novas experiências foram os mais salientes (39,87%) e os RUs reflexivos (7,93%) foram narrados de modo mais periférico.

Gráfico 23. Saliência RUs: caso 4

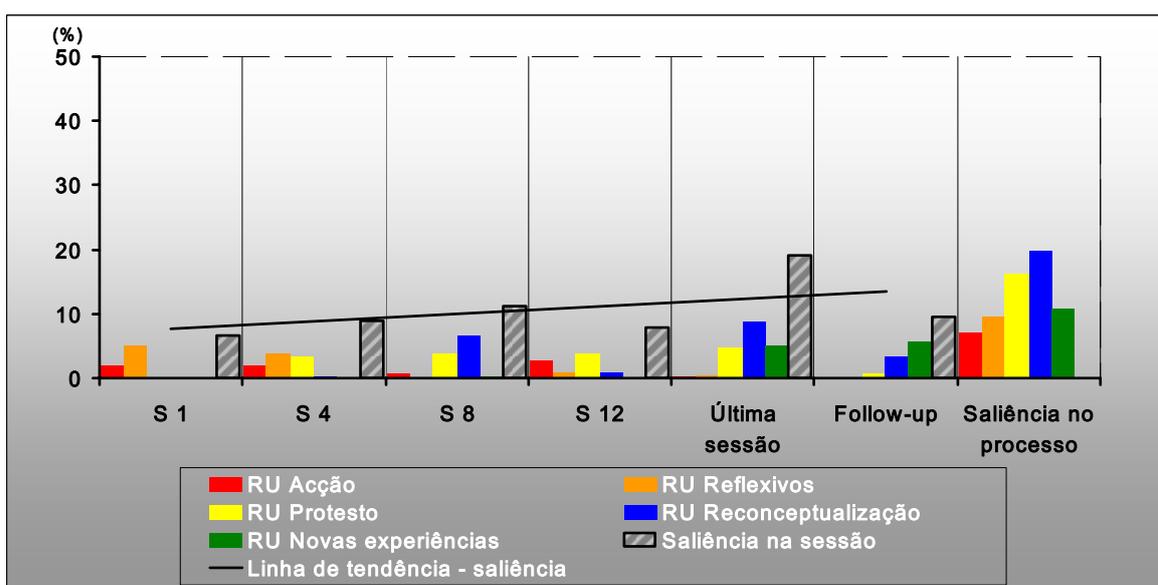


Neste caso, a saliência dos RUs também se mostrou progressiva. Foi mais reduzida na primeira sessão e mais evidente na sessão doze. Em média, 7,5% das sessões eram dedicadas à narração de RUs.

Inicialmente, os RUs de protesto e, no final, os RUs de reconceptualização foram os mais salientes, seguidos dos de novas experiências.

Em termos totais, os RUs de reconceptualização (21,8%) foram os mais salientes. Os menos salientes reportaram-se aos de acção (0,35%).

Gráfico 24. Saliência RUs: caso 5



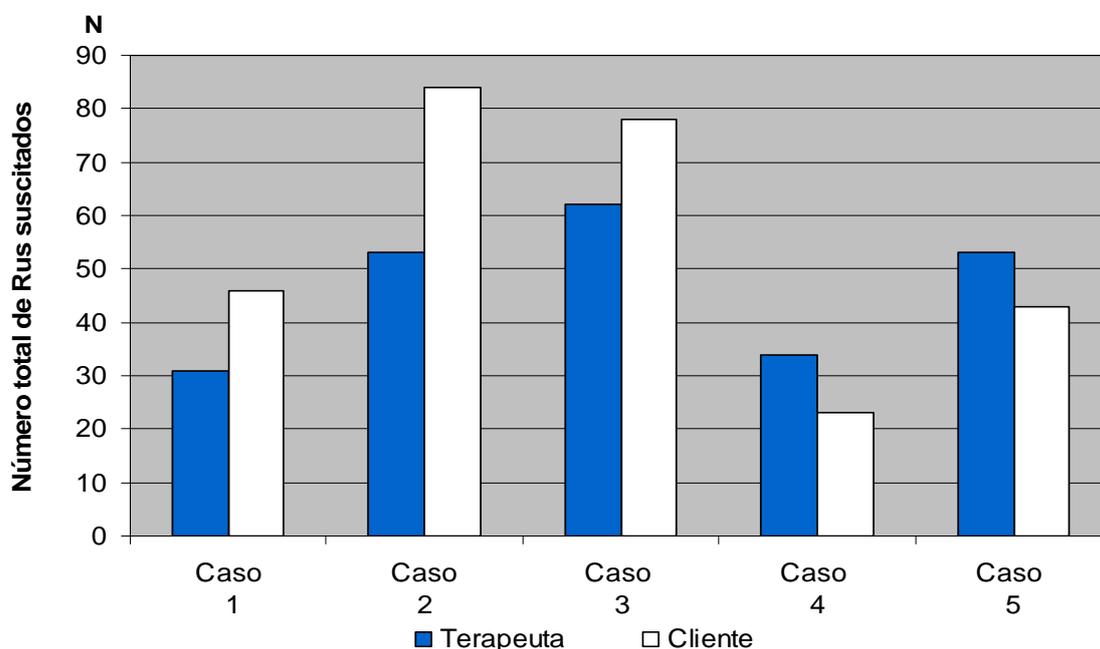
No caso 5, o tempo dedicado à narração de RUs foi também progressivo à medida que o processo decorreu: foi mais abreviado na primeira sessão e mais ampliado na última sessão. Em média, a narração de RUs abrangeu 10,56% das sessões.

Na fase inicial foram mais salientes os RUs reflexivos e, no final, os de reconceptualização e de novas experiências.

Globalmente, os menos salientes foram os de RUs de acção (7,05%) e os mais salientes os RUs de reconceptualização (19,74%).

iii. Suscitação de RUs

Gráfico 25. Suscitação de RUs: grupo com sucesso terapêutico



Como se observa no gráfico, no grupo com **sucesso** terapêutico, do total das sessões analisadas, verificou-se que em três casos a cliente suscitou mais RUs do que a psicoterapeuta e em dois casos (caso 4 e 5) sucedeu o contrário: a terapeuta suscitou aproximadamente mais dez RUs do que a cliente (um desses casos foi o que registou o número mais reduzido de RUs).

Todavia, do conjunto de RUs narrados, essa diferença entre terapeuta e cliente foi pouco significativa: num dos casos (caso 5) a terapeuta originou 55,2% dos RUs e, no caso 4, ela suscitou 59,6% dos RUs narrados.

Síntese

O desenvolvimento dos RUs nos processos psicoterapêuticos com **sucesso** assinalou muitos elementos comuns. A vários níveis foram, aliás, mais as semelhanças do que as diferenças. De seguida, apresentamos uma sistematização das suas semelhanças:

Em todos os casos com **sucesso** terapêutico, o número, a saliência e a diversidade (i.e., o tipo) de RUs aumentaram à medida que os processos terapêuticos avançaram.

Os RUs foram narrados desde a primeira sessão, onde emergiram desde logo entre 6 a 10 acontecimentos, excepto num caso onde nessa sessão foram narrados 18 RUs.

Neste grupo foram referidos, no total, entre 57 e 138 RUs (número máximo de RUs registado em dois casos), o que evidenciou uma elevada frequência deste tipo de episódios na conversação terapêutica. Em média, neste grupo foram narrados entre 9,5 e 27,6 RUs nas sessões analisadas.

Os RUs sucederam-se na terapia, observando-se a uma tendência crescente em termos de RUs narrados ao longo do processo. Assim, na fase final da terapia (última sessão e *follow-up*) evidenciou-se uma prevalência sempre superior de RUs, comparativamente a outras fases do processo.

Assinalando uma tendência também claramente progressiva, a saliência foi sempre menor na primeira sessão e maior na última sessão, excepto num caso (caso 4 em que foi maior na penúltima sessão). O seu destaque dentro das sessões situou-se, em média, entre os 7,5 e os 24,06%.

No início da terapia, os RUs referentes à acção, à reflexão e ao protesto foram mais frequentes e mais salientes. Na etapa de finalização dos processos destacou-se a frequência e a saliência dos RUs de reconceptualização, acompanhados por RUs de novas experiências.

A diversidade de RUs foi evidente em todos os casos com **sucesso**. Na fase mais inicial dos processos (sessão um e quatro) essa diversidade não se notou, excepto num caso (caso 3), aparecendo sobretudo a partir da sessão oito ou doze. Depois dos vários tipos de RUs emergirem, estes passaram a coexistir ou a co-ocorrer nas sessões. Esse padrão só não sucedeu num caso (caso 4), em que determinados tipos de RUs (acção, reflexivos, protesto) deram lugar a outros (reconceptualização, novas experiências).

Em termos totais, no que se refere aos tipos de RUs, verificou-se também que os RUs mais frequentes foram os de reconceptualização (quatro casos) e os de protesto (um caso). Globalmente, o maior tempo de narração foi também dedicado aos RUs de reconceptualização (três casos), novas experiências (um caso) e protesto (um caso). Neste grupo, os RUs menos frequentes foram os de acção (quatro casos) e os reflexivos (um caso). Os menos salientes foram também os de acção (três casos) e os reflexivos (dois casos).

No que respeita a dissemelhanças, no âmbito do grupo com **sucesso**, constatámos a existência de dois perfis de mudança que, comparativamente com os restantes processos, se mostraram mais discrepantes entre si: o perfil 3 e o perfil 4. Embora ambos se situassem nos **sucessos** e partilhassem as características comuns já apontadas (e.g., em termos de frequência, saliência, diversidade), as trajectórias de construção da mudança envolvidas num e noutra caso foram díspares em vários sentidos.

Ao nível da frequência, o caso 3 assinalou o número máximo de episódios narrados ao longo de todo o processo terapêutico ($n = 138$) (em paralelo com o caso 2), enquanto o caso 4 registou menos de metade, perfazendo o número mínimo registado neste grupo ($n = 57$). A frequência mais reduzida de RUs ocorreu, em ambos os casos, na primeira sessão mas com valores muito diferentes: no caso 3 com um total de 18 RUs e no caso 4 com um total de apenas 6 RUs. Em termos médios, a frequência de RUs nas sessões foi também muito discrepante: no caso 3 foi de 27,6 RUs e no caso 4 foi de 9,5.

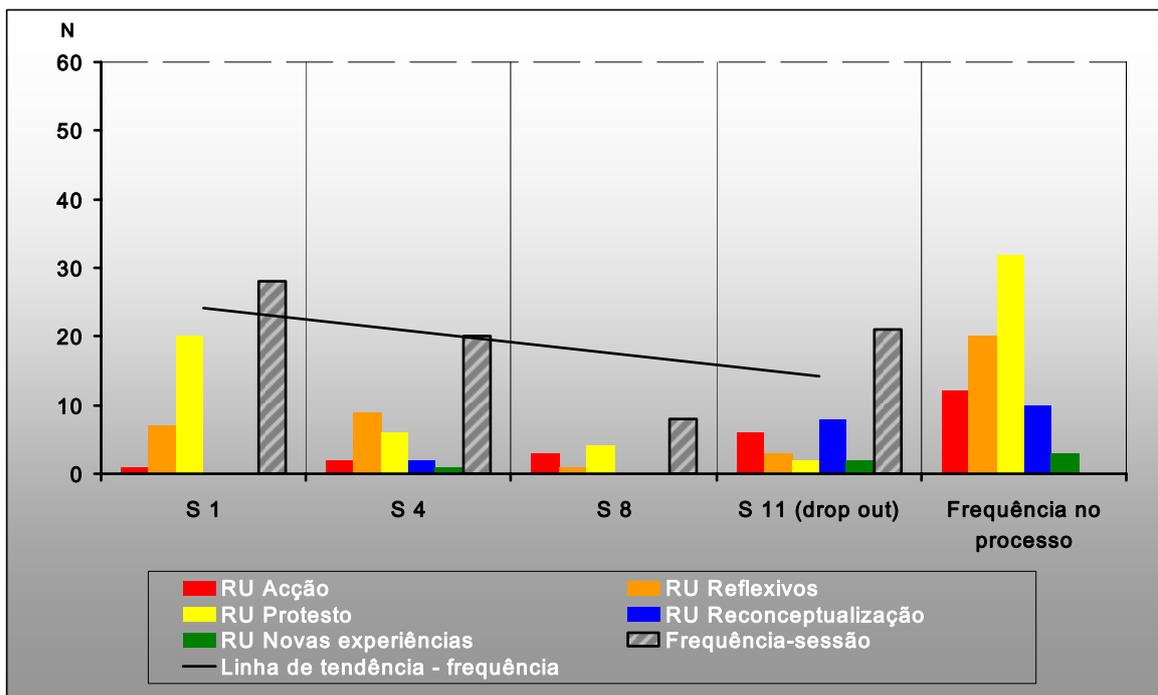
Por sua vez, a saliência, no caso 3, em média, teve muita expressão no âmbito da conversação terapêutica (24,06%) e, no caso 4, essa condição foi muito mais periférica (7,5%).

A diversidade de RUs surgiu precocemente no caso 3 (na sessão quatro), condição que se manteve ao longo de todo o processo terapêutico, dando lugar à sua co-ocorrência. Já no caso 4 também foram narrados diferentes tipos de RUs mas, pelo contrário, essa diversidade surgiu de forma demarcada, estando alguns tipos de RUs circunscritos a fases específicas do processo terapêutico, isto é, acabaram por surgir de forma isolada nas sessões. Para além disso, enquanto que no caso 3 a saliência da narração se distribuiu pelos cinco tipos de RUs, no caso 4 ela esteve mais concentrada nos RUs de reconceptualização e de protesto.

b. Desenvolvimento dos processos com insucesso terapêutico

i. Frequência e tipos de RUs

Gráfico 26. Frequência RUs: caso 6

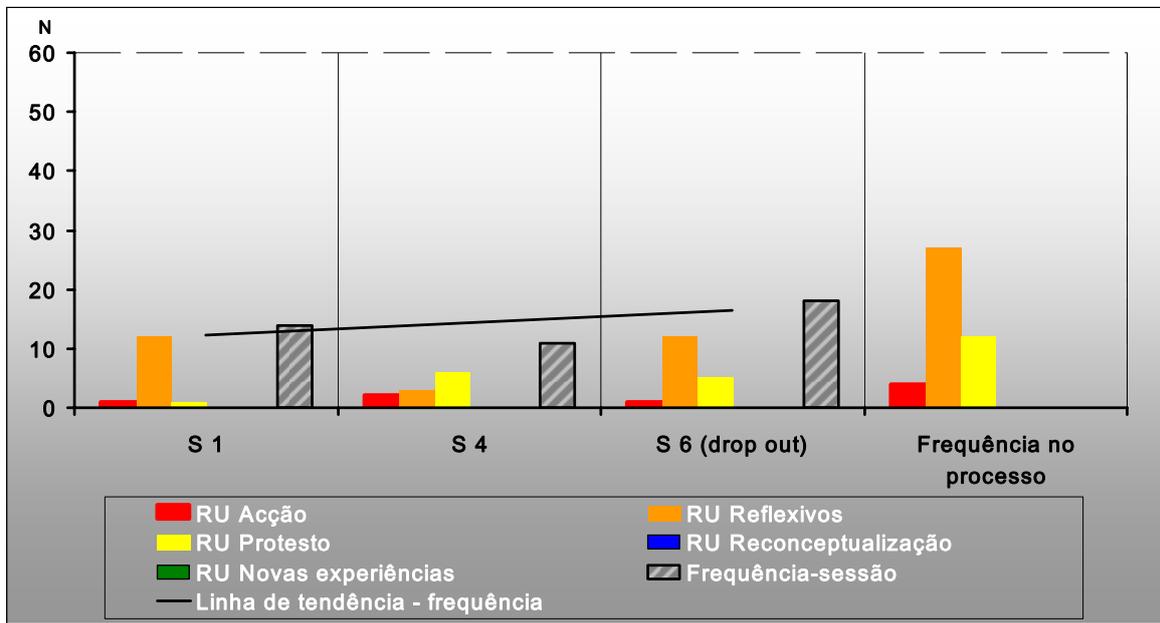


No caso 6, a frequência total de RUs foi de 77, oscilando as sessões entre os 8 e os 18 RUs. Em média, foram narrados 19,25 episódios. O maior número surgiu na sessão um e o menor número na sessão oito, registrando-se uma tendência decrescente no número de RUs narrados até à interrupção da terapia na sessão onze.

Embora se tenha observado diversidade nos RUs narrados, a co-ocorrência na mesma sessão de RUs de tipo deferente surgiu apenas em duas sessões (sessão quatro e onze).

A análise do desenvolvimento dos RUs permitiu constatar que, na fase inicial da terapia, predominaram os RUs de protesto que acabaram por ser os mais frequentes ao longo da terapia ($n = 32$). Os menos frequentes foram os RUs relativos a novas experiências ($n = 3$) e à reconceptualização ($n = 10$).

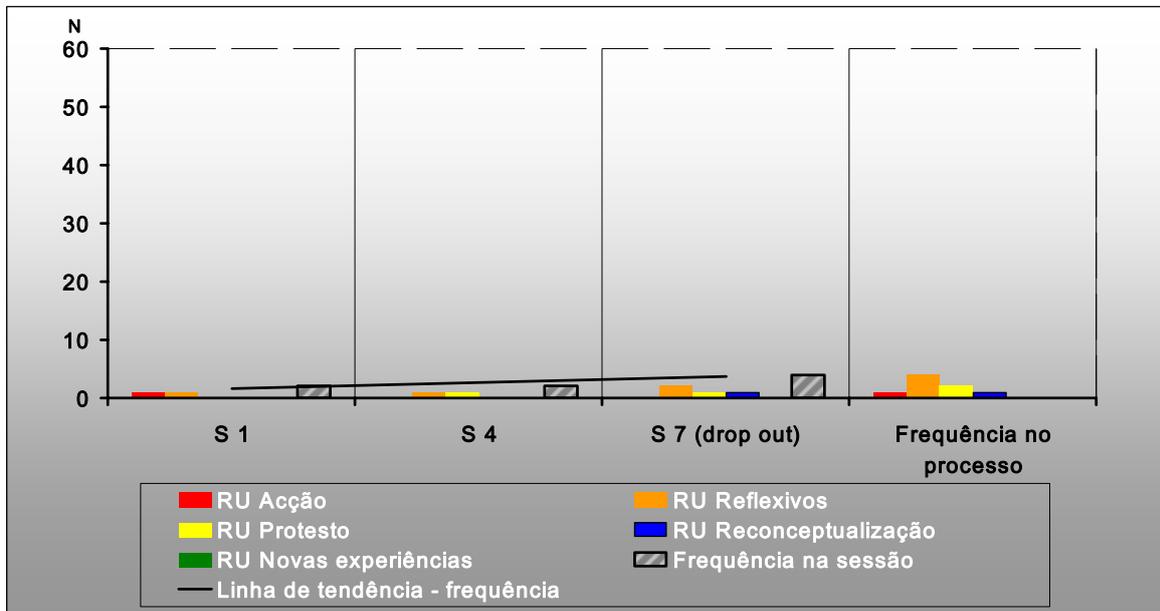
Gráfico 27. Frequência RUs: caso 7



Como se observa no gráfico anterior, os RUs oscilaram entre 11 e 18 ao longo das sessões, surgindo uma média de 14,3 episódios por sessão. No total foram narrados 43 RUs. Estes foram menos frequentes na sessão quatro, sobressaindo na sessão de *drop-out*, verificando-se uma tendência para a narração de um número cada vez maior de RUs, ainda que essa tendência fosse pouco expressiva (respectivamente, 14, 11 e 18 RUs nas sessões analisadas).

Neste processo, os RUs não envolveram diversidade, estando ausentes quer os RUs de reconceptualização, quer os de novas experiências. De entre os RUs narrados, na fase inicial predominaram os RUs reflexivos ($n = 15$), os quais acabaram por sobressair em todo o processo ($n = 27$). Os menos frequentes foram os RUs de acção ($n = 4$).

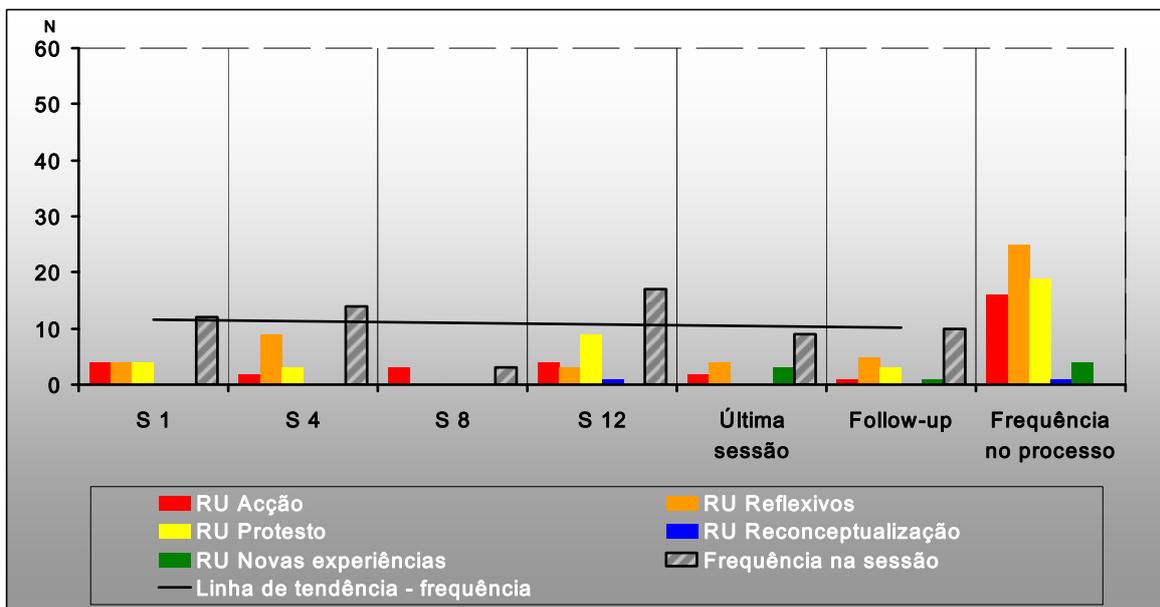
Gráfico 28. Frequência RUs: caso 8



Neste caso, foram narrados no total apenas 9 RUs, oscilando as sessões entre os 2 e os 4 episódios. Em média, foram relatados 2,6 RUs por sessão. Esse padrão reduzido de RUs manteve-se até ao momento em que a terapia foi interrompida.

Durante o tempo de terapia, não emergiram todos os tipos de RUs (e.g., não foi narrado nenhum RUs de novas experiências) e, de entre os que foram narrados, apenas um se referia à acção e outro à reconceptualização. Nesse contexto de reduzida frequência, os RUs reflexivos e de protesto foram os mais predominantes (envolvendo cada um deles dois RUs).

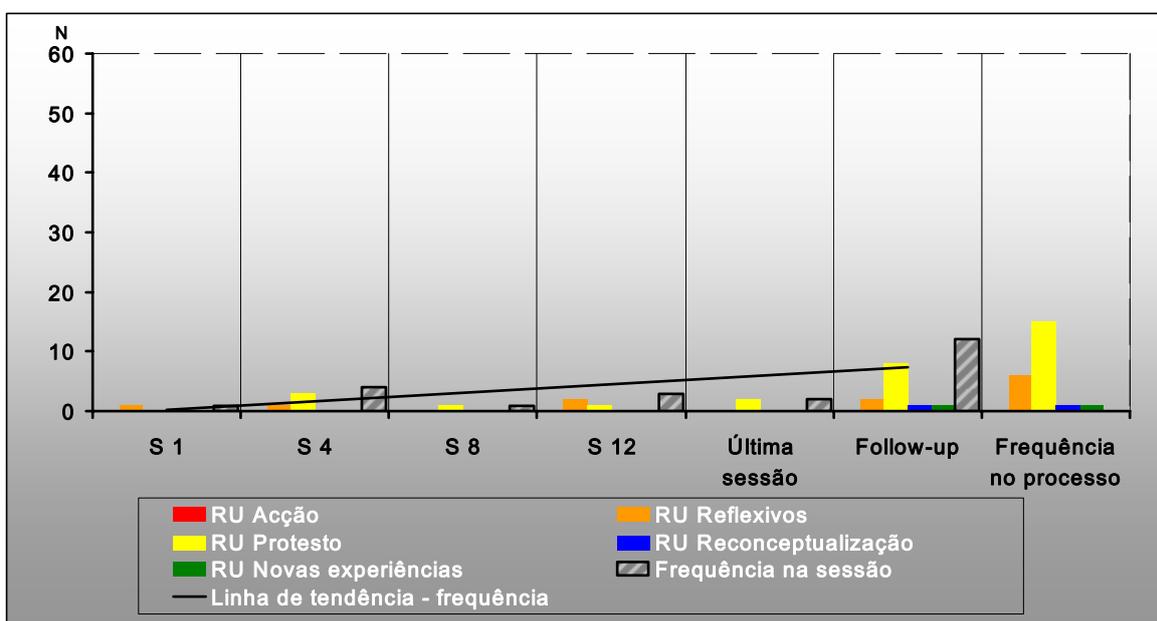
Gráfico 29. Frequência RUs: caso 9



Neste processo foram narrados, no total, 66 RUs. As sessões abarcaram entre 3 a 17 episódios, perfazendo com uma média de 10,8 episódios por sessão. A maior frequência registou-se na sessão doze e a menor na sessão oito. Como se verifica a partir do gráfico, observou-se uma tendência estável em termos do número de RUs narrados por sessão.

A diversidade foi perceptível no processo terapêutico, uma vez que surgiram todos os tipos de RUs. Porém, verificou-se que em nenhuma das sessões analisadas co-ocorreram os vários tipos de RUs. A maior diversidade ocorreu na sessão doze e no *follow-up*, mas em ambas ela também não foi total. Os RUs reflexivos destacaram-se na fase inicial da terapia (n = 13) e também na fase final (n = 9). Em termos totais, entre os tipos narrados predominaram os RUs reflexivos (n = 25), seguidos dos de protesto (n = 19), evidenciando-se apenas um RU de reconceptualização e quatro RUs de novas experiências.

Gráfico 30. Frequência RUs: caso 10



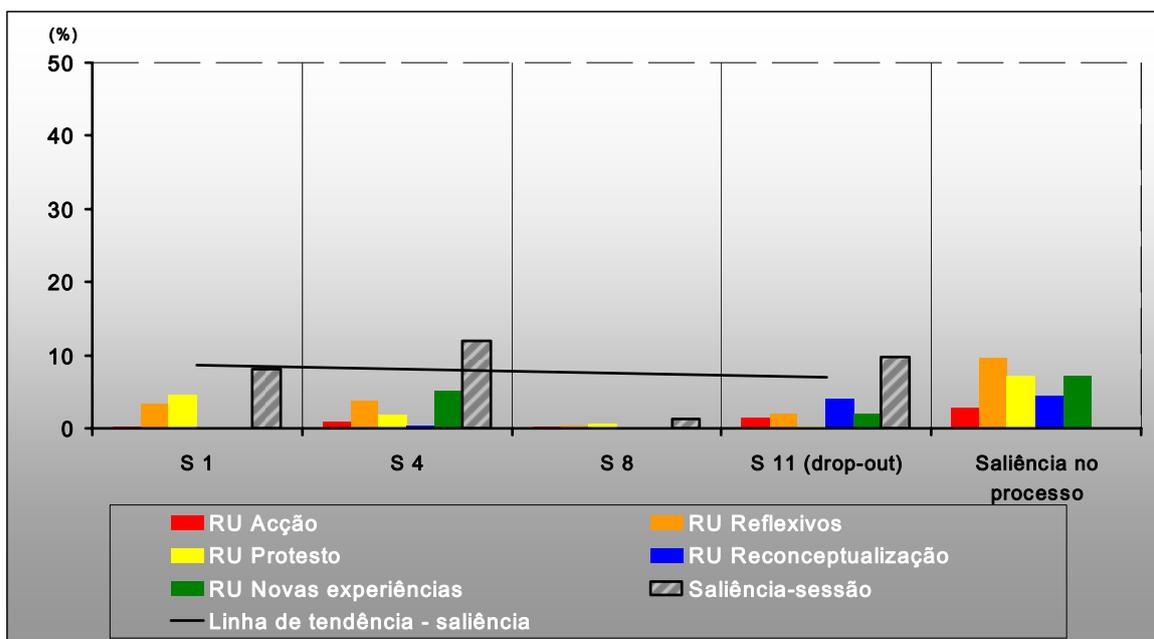
No caso 10, foram narrados 23 RUs. Nas sessões, a sua frequência oscilou entre 1 e 12 acontecimentos, numa média de 3,8 por sessão. Os RUs surgiram em menor número na primeira, na oitava e na última sessão e eram mais frequentes no *follow-up*. Aliás, na maior parte das sessões manteve-se um número estável de RUs (entre 1 e 4),

exceptuando-se o *follow-up* onde foram narrados 12 RUs. Por isso mesmo, a tendência crescente, em termos de frequência, que se assinala acaba por ser algo “ilusória”.

Praticamente não existiu diversidade neste processo terapêutico, à excepção da sessão de *follow-up*, onde surgiram quatro tipos diferentes de RUs. Quer na fase inicial, quer na fase final destacaram-se os RUs de protesto, que acabaram por se evidenciar em todo o processo (n = 5), seguidos dos reflexivos (n = 6). De destacar o facto de não ter surgido qualquer RUs de acção e apenas um RU relativo a novas experiências e à reconceptualização.

ii. Saliência e tipos de RUs

Gráfico 31. Saliência RU: caso 6

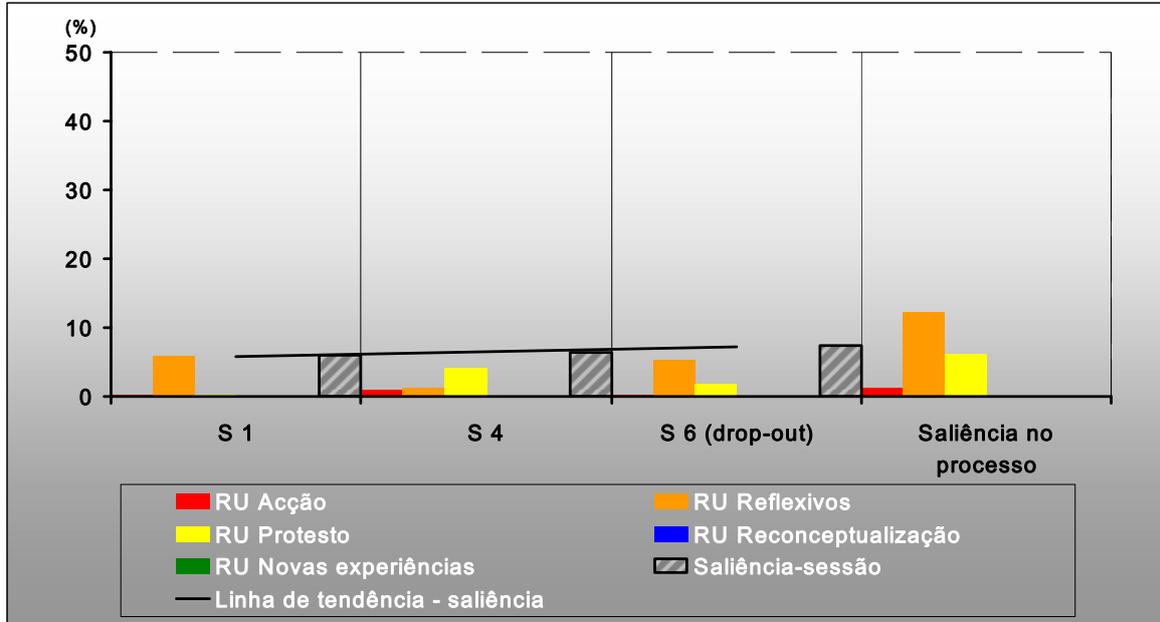


Neste caso, a saliência foi reduzida no contexto das sessões, ocupando em média 7,7% destas. Para além disso, a saliência decresceu durante o acompanhamento terapêutico: a maior saliência verificou-se na sessão quatro e a mais reduzida na sessão oito.

A saliência conferida aos RUs, no início do processo, foi maior em torno da reflexão e, no final, em torno da reconceptualização. Em termos globais, os mais

salientes foram os RUs reflexivos (9,56%) e os RUs de acção foram os menos salientes (2,82%).

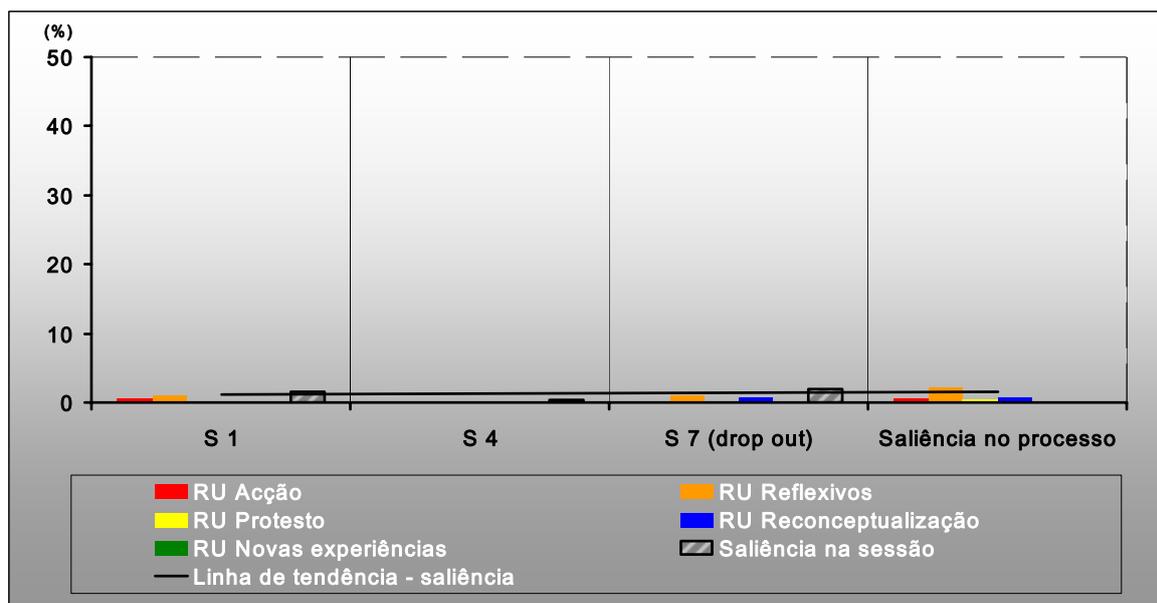
Gráfico 32. Saliência RUs: caso 7



No âmbito deste processo, o tempo dedicado aos RUs conservou praticamente a sua tendência ao longo das sessões, verificando-se uma saliência, em termos médios, algo reduzida (6,6%). Apesar de tudo, a sessão referente ao *drop-out* registou a maior saliência.

Os RUs reflexivos tiveram maior destaque em todas as fases do processo terapêutico (e.g., inicial, final), sobressaindo ainda em termos globais (12,25%). Como já expusemos, não foram narrados quaisquer RUs relativos à reconceptualização, nem a novas experiências. Do universo de RUs narrados, os de acção tiveram menos saliência (1,28%).

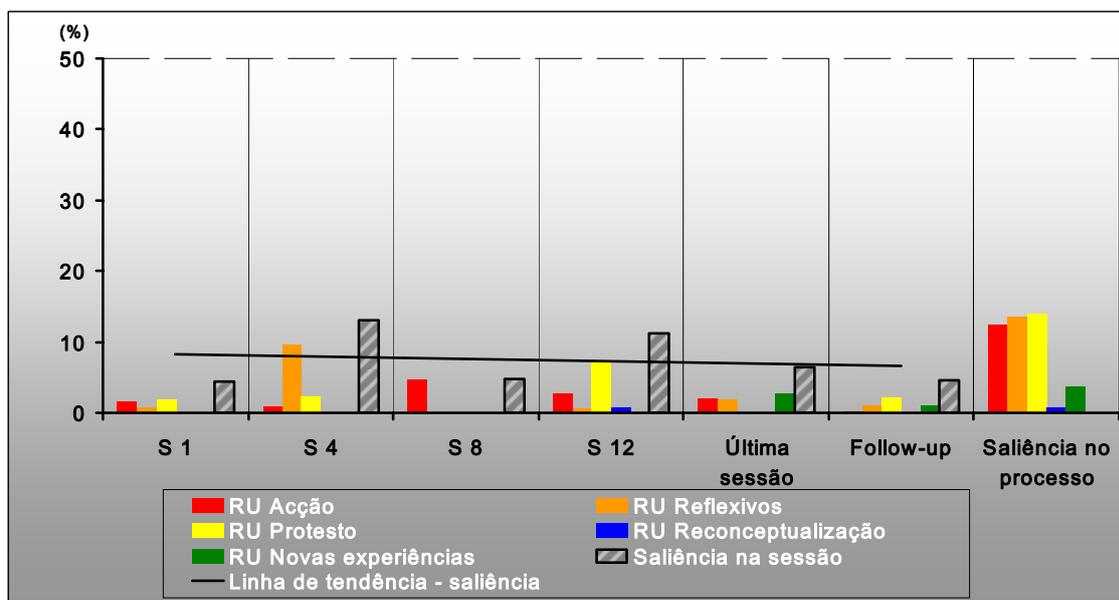
Gráfico 33. Saliência RUs: caso 8



A saliência de RUs era quase imperceptível neste caso, tendência que se manteve ao longo de todo o processo. Em média, a saliência abrangeu apenas 1,28% das consultas. Apesar de tudo, a maior saliência de RUs verificou-se na sessão referente ao *drop-out*.

Os RUs reflexivos assumiram maior destaque em todas as fases do processo terapêutico, sobressaindo em termos globais (2,11%).

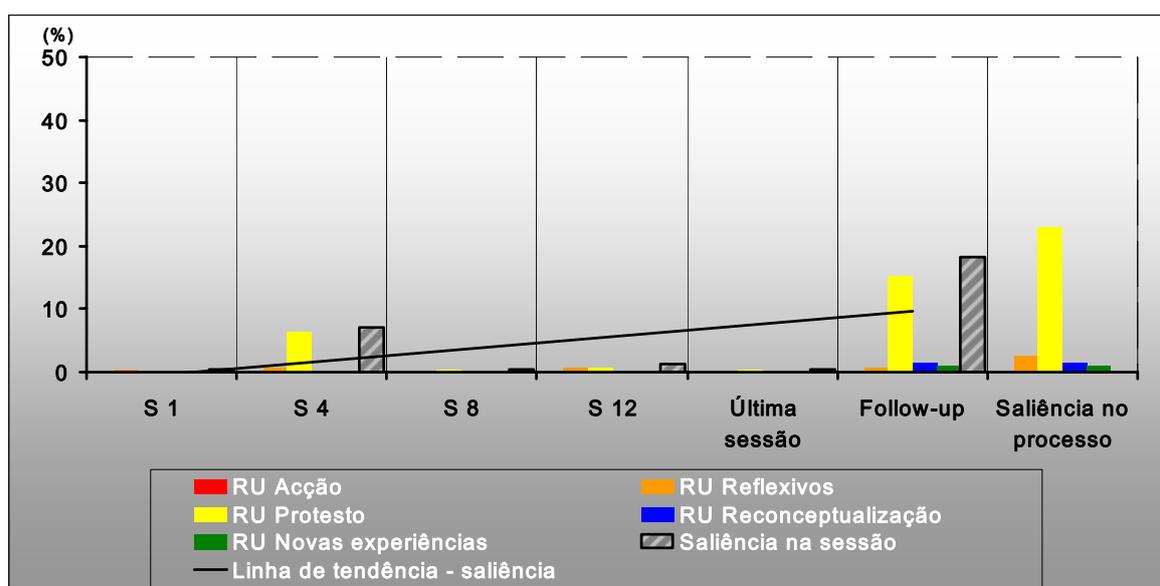
Gráfico 34. Saliência RUs: caso 9



No caso 9, o tempo dedicado à narração de RUs registou uma tendência decrescente à medida que a psicoterapia evoluiu até ao seu término. Nas sessões, a saliência de RUs, em termos médios, foi de 7,43%. A primeira sessão, e curiosamente o *follow-up*, foram os momentos em que se narraram menos RUs. Por sua vez, na sessão quatro estes acabaram por sobressair em relação às restantes sessões.

De entre os tipos de RUs narrados, foram mais salientes, simultaneamente, os RUs de protesto (13,93%) e reflexivos (13,65%), seguidos dos de acção (12,48%). Apesar de tudo, registaram-se diferenças entre o início e o final da terapia: inicialmente, destacaram-se mais os RUs reflexivos e, mais tarde, os de novas experiências que, aliás, só apareceram nessa última fase.

Gráfico 35. Saliência RUs: caso 10

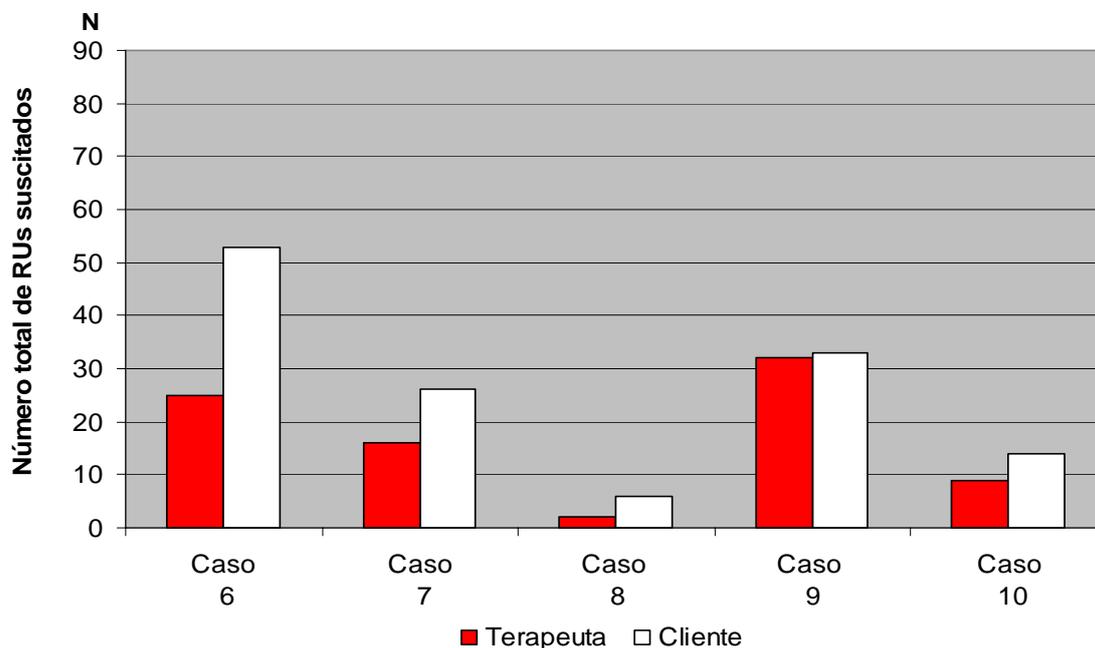


O facto de, neste caso, a saliência registar uma tendência evolutiva pode explicar-se pela saliência excepcional de RUs (18,27%) narrados pela participante no *follow-up*. Assim, a linha de tendência desta medida pode também tornar-se ilusória dado que, de facto, a saliência de RUs foi invariavelmente, muito reduzida (entre 0,4 e 7% nas sessões, à excepção do *follow-up*), perfazendo em média 4,6% do total das sessões.

A narração de RUs de protesto destacou-se em todas as fases do processo terapêutico (23,02%).

iii. Suscitação de RUs

Gráfico 36. Suscitação de RUs: grupo com insucesso terapêutico



No grupo com **insucesso** terapêutico, do total das sessões analisadas, constatou-se que a cliente suscitou mais RUs do que a psicoterapeuta em todos casos.

Síntese

Em síntese, a partir da forma como se desenvolveram os RUs nos casos com **insucesso** terapêutico, pudemos perceber alguns elementos semelhantes e outros diferenciadores.

Uma das semelhanças diz respeito à frequência dos RUs. Na maioria dos casos, o número de RUs narrados foi elevado (excepto num caso que era muito baixo). Essa frequência de RUs narrados (quer fosse mais elevada ou reduzida em termos totais) manteve-se predominantemente estável durante as sessões, nomeadamente nos casos finalizados (caso 9 e 10). Existiu somente um caso (relativo a um *drop-out*) em que a frequência de RUs diminuiu e um outro (também *drop-out*) em que se verificou uma tendência progressiva, embora ténue (caso 7).

Tal como no grupo com **sucesso**, os RUs foram narrados desde a primeira sessão. Neste grupo emergiram entre 1 e 14 RUs, excepto num caso onde na primeira sessão foram logo narrados 28 episódios, caso que acabou por resultar mais tarde num *drop-*

out. Neste grupo foram narrados no total entre 9 e 77 RUs. Em média, foram narrados entre 2,6 e 19,25 RUs no âmbito dos processos analisados.

Neste grupo, os RUs revelaram globalmente uma reduzida diversidade. Em três casos, essa característica não existiu, isto é, as participantes não chegaram a narrar os diferentes tipos de RUs. Por sua vez, naqueles em que a diversidade esteve presente, os diferentes RUs apareceram de forma demarcada nas sessões (mais no final dos processos).

Os RUs mais frequentes foram os de protesto (predominando em três casos; num dos casos RUs reflexivos e de protesto registaram igual frequência). Apenas num dos casos foram mais frequentes os RUs reflexivos. Aqueles que registaram uma menor frequência ou estiveram praticamente ausentes diziam respeito às novas experiências, à reconceptualização, seguidos dos RUs de acção (apenas num caso).

A saliência dos RUs neste grupo situou-se entre os 1,28% e os 7,7%. Para além disso, com a evolução do processo terapêutico, verificou-se que o tempo que foi dedicado à narração de RUs manteve-se estável (três casos: 7, 8, 10) ou decresceu (dois casos: 6 e 9).

Por sua vez, a maior saliência, em termos totais, referiu-se aos RUs reflexivos (três casos), de protesto (um caso) e a ambos os padrões em paralelo (um caso). Uma menor saliência foi conferida à acção. Paralelamente, os RUs de reconceptualização e de novas experiências tiveram também pouco destaque narrativo ou eram inexistentes.

Outra semelhança entre os casos diz respeito à suscitação de RUs: foi superior por parte das clientes, por comparação com a terapeuta.

c. Contrastação dos grupos terapêuticos

Nesta parte procuraremos sistematizar um pouco mais a apresentação dos dados a partir da contrastação dos dois grupos terapêuticos. Centraremos a análise dos dados nos três principais vectores estudados: frequência, saliência e diversidade (i.e., tipos de RUs). Procuraremos também clarificar os aspectos que aproximam e que diferenciam os **sucessos** dos **insucessos**.

Gráfico 37. Grupo com sucesso: Frequência média dos tipos de RUs por caso

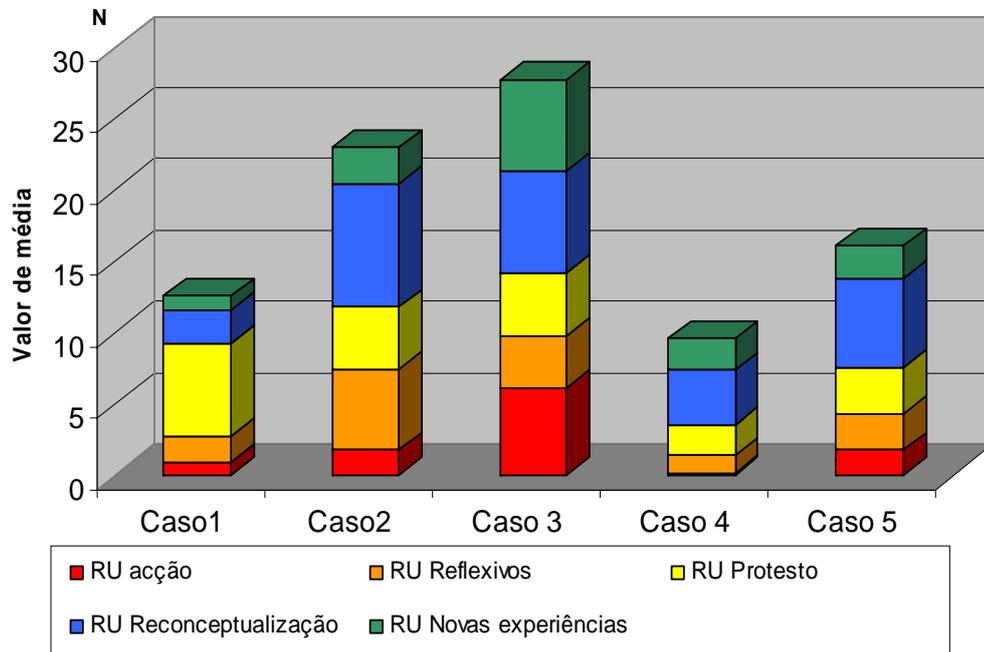
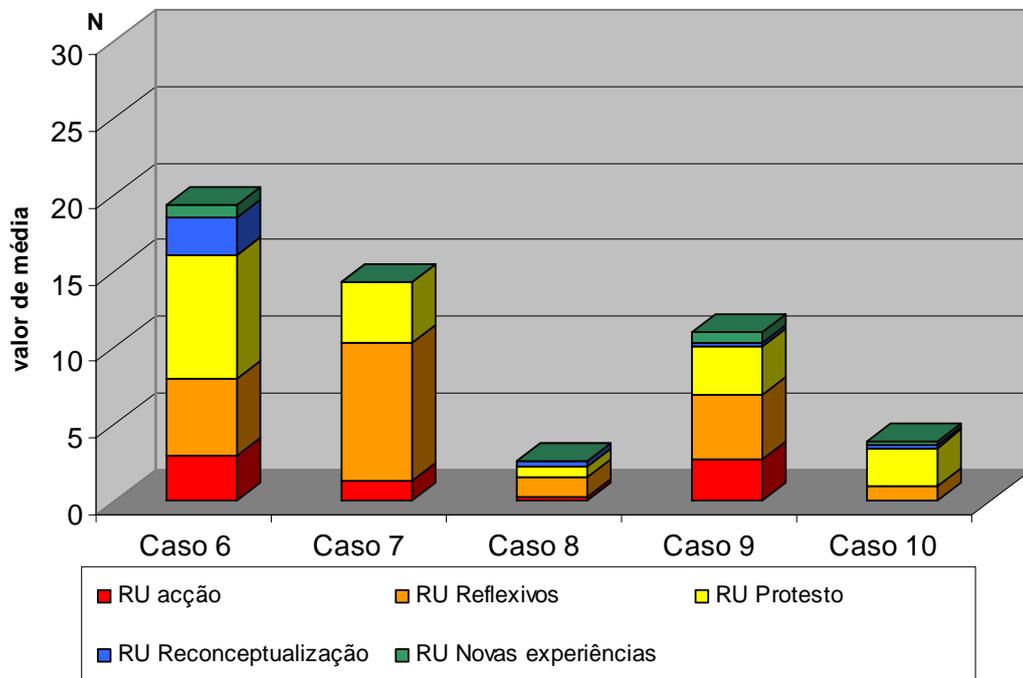


Gráfico 38. Grupo com insucesso: Frequência média dos tipos de RUs por caso



Da análise dos gráficos, é possível retirar algumas conclusões sobre a frequência, em termos de média, de cada um dos RUs por caso, observada nos dois grupos terapêuticos.

Como se observa no primeiro gráfico, nos **sucessos** verificou-se que, em termos totais, os RUs assinalaram uma frequência significativa na construção da mudança. Como já referimos, para além de estarem presentes desde a primeira sessão, todos os tipos de RUs apareceram ao longo das sessões, de forma progressiva. Evidenciou-se, aliás, na maioria dos casos uma certa simetria ou paralelismo na distribuição da sua frequência, destacando-se a tendência para co-ocorrerem na narrativa terapêutica (isto é, para surgirem paralelamente ou em simultâneo no âmbito da mesma sessão). De entre o conjunto de RUs, destacou-se a frequência dos episódios de reconceptualização e de novas experiências. Os de acção, por sua vez, registaram menor frequência.

No segundo gráfico observa-se que o número de RUs narrados foi mais discrepante entre os casos com **insucesso**, registando-se uma maior disparidade na sua frequência. Por um lado, houve processos com uma frequência elevada de RUs (77 no caso 6 e 66 no caso 9), semelhante à registada nos casos com **sucesso**, sobretudo próxima da que foi registada no caso que envolveu um menor número de RUs (e.g., 57 RUs narrados no caso 4). Outros casos (caso 8 e 10), por sua vez, registaram um número muito reduzido de RUs e, inclusivamente, uma tendência decrescente no número de episódios narrados (e.g., no total, foram narrados um máximo de 9 RUs no caso 8 e 23 RUs no caso 10). Portanto, foram narrados RUs mas num número mais reduzido, por comparação com os **sucessos**. Para além disso, nalguns casos não emergiu uma ampla diversidade de RUs e, noutros, a sua distribuição em termos de frequência foi muito desigual, por comparação com o grupo anterior. Em dois casos (caso 7 e 10) a diversidade foi muito circunscrita. Na maioria dos casos com **insucesso** alguns tipos de RUs praticamente não surgiram, designadamente os de reconceptualização (excepto num caso em que mesmo assim tinham uma frequência muito periférica) e os de novas experiências. Dos RUs que surgiram, evidenciou-se uma maior concentração de determinados tipos de RUs (e.g., reflexivos, protesto).

Gráfico 39. Grupo com sucesso: Saliência média dos tipos de RUs por caso

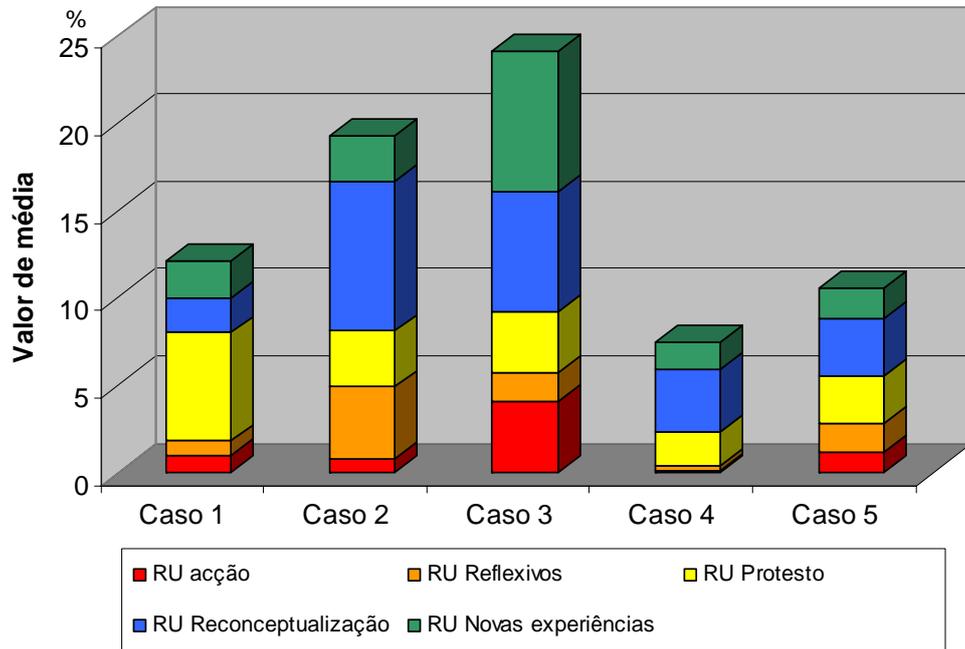
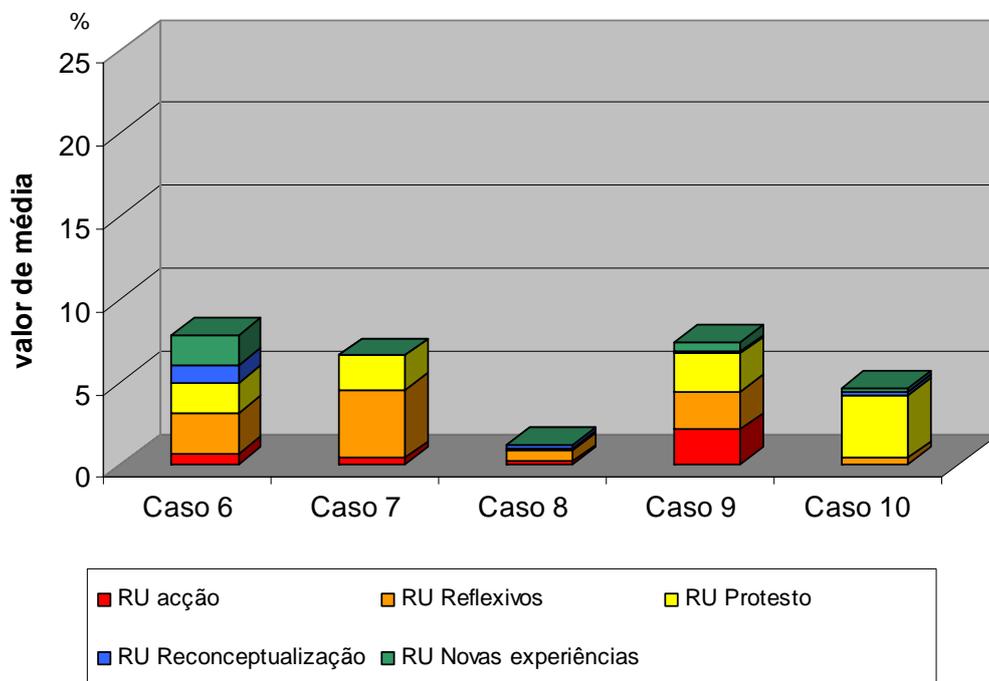


Gráfico 40. Grupo com insucesso: Saliência média dos tipos de RUs por caso



Nos gráficos 39 e 40 está representada para cada caso a saliência, em termos de média, de cada um dos diferentes tipos de RUs, no âmbito dos dois grupos.

A partir do gráfico 39 observa-se que a saliência dos RUs nos **sucessos** é expressiva: em termos de média do grupo, abrangia cerca de 15% das sessões. Para além disso, permite observar mais claramente, no que respeita à diversidade, que os RUs com maior saliência narrativa são os de reconceptualização, novas experiências e, ainda, os de protesto. Os RUs menos salientes ou mais periféricos na conversação terapêutica são os de acção e os reflexivos.

Por sua vez, o gráfico 40 sugere que a saliência dos RUs foi mais reduzida nos **insucessos**. Em termos de média de grupo, a saliência de RUs abrangeu apenas 5,5% das sessões. De entre os RUs que foram narrados, os mais destacados foram, sobretudo, os reflexivos, seguidos dos RUs de protesto. Os RUs menos salientes foram os de reconceptualização e ainda os de novas experiências, nalguns casos totalmente ausentes.

No sentido de clarificar e compreender melhor algumas das tendências observadas, para além de uma análise descritiva dos resultados, comparámos estatisticamente os dois grupos, a diferentes níveis.

Tendo em conta que o número total de sessões era díspar entre os grupos (o grupo de **sucesso** totalizou 29 sessões; o grupo de **insucesso** totalizou 20 sessões), introduzimos um factor de ponderação para podermos analisar os dados relativos à frequência e à saliência dos RUs, calculando a média da frequência e da saliência por caso.

Atendendo à dimensão da amostra ($n = 10$), utilizámos um teste não paramétrico para amostras independentes (*Mann-Whitney*). Os resultados obtidos estão reunidos nas tabelas a seguir apresentadas.

Frequência de RUs	U	p
RUs de acção (sucesso vs. insucesso)	11,000	0,753
RUs reflexivos (sucesso vs. insucesso)	11,000	0,754
RUs de protesto (sucesso vs. insucesso)	9,000	0,465
RUs de reconceptualização (sucesso vs. insucesso)	1,000	0,016
RUs de novas experiências (sucesso vs. insucesso)	0,000	0,009

Quadro 17. Comparação dos grupos: frequência dos tipos de RUs

Saliência de RUs	U	p
RUs de acção (sucesso vs. insucesso)	7,000	0,251
RUs reflexivos (sucesso vs. Insucesso)	10,500	0,674
RUs de protesto (sucesso vs. insucesso)	6,000	0,175
RUs de reconceptualização (sucesso vs. insucesso)	0,000	0,009
RUs de novas experiências (sucesso vs. insucesso)	1,500	0,021

Quadro 18. Comparação dos grupos: saliência dos tipos de RUs

Frequência e Saliência total na fase inicial da terapia	U	p
Frequência de RUs (sucesso vs. Insucesso)	12,000	0,917
Saliência de RUs (sucesso vs. insucesso)	0,000	0,009

Quadro 19. Comparação dos grupos: frequência e saliência, na fase inicial da terapia

A nível da frequência, como se observa no quadro 17, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ao nível dos RUs de reconceptualização ($U = 1,000$; $p = 0,016$) e de novas experiências ($U = 0,000$; $p = 0,009$).

A nível da saliência, evidenciaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos a nível dos RUs de reconceptualização ($U = 0,000$; $p = 0,009$) e de novas experiências ($U = 1,500$; $p = 0,021$).

A comparação dos grupos, relativamente à frequência de RUs narrados na fase inicial da terapia (comparação essa realizada com base no valor de frequência obtido pela soma dos RUs da primeira e da quarta sessão) (cf. quadro 19) corroborava a ideia de ausência de diferenças estatisticamente significativas a esse nível entre os dois grupos nesse momento da terapia ($U = 12,000$; $p = 0,917$).

A nível da saliência, na fase inicial, há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($U = 0,000$; $p = 0,009$).

2.2.2. Análise e discussão de resultados

Os dados relativos ao processo terapêutico proporcionam-nos uma imagem mais complexa do modo como se desenvolvem os **sucessos** e os **insucessos**. Nesse sentido procuraremos fazer uma leitura integradora dos RUs, a partir das diferentes dimensões analisadas: frequência, saliência, diversidade e suscitação para perceber melhor como se processa a mudança no âmbito de cada um dos grupos.

Semelhanças entre os grupos

Os aspectos onde há uma maior aproximação entre os **sucessos** e os **insucessos** são: a presença de RUs, a frequência e, ainda, o modo como estes são suscitados. Discutamos, então, cada um desses elementos.

▪ **Presença de RUs nos dois grupos**

Os RUs estão presentes quer nos **sucessos**, quer nos **insucessos**. A sua evidência em ambos os grupos terapêuticos traduz vários aspectos. Significa, por um lado que, independentemente da avaliação final sobre a eficácia da psicoterapia, a voz do problema não é a única disponível durante a conversação terapêutica com mulheres que experimentaram o abuso do parceiro. Dito de outro modo, as versões acerca das suas realidades, transportadas para a terapia, não são totalmente dominadas pela experiência dos maus tratos. Ainda que o abuso do parceiro as impeça claramente de ter uma vida satisfatória, causando na maior parte dos casos um impacto difuso e uma significativa perturbação nas suas vidas (Abbott & Williamson, 1999; Campbell, 1998; CIDM, 2003; Gondolf, 1998; Stark, 2001) e até na sua identidade (Matos, 2000), a sua narrativa não se reduz à expressão de uma voz exclusiva, decorrente dos maus tratos. A presença de RUs em ambos os grupos, logo no início da terapia, mostra justamente que desde essa altura estão disponíveis vozes alternativas. Tal corrobora a noção de White e Epston (1990) de que, em todas as narrativas problemáticas, é possível identificar competências marginalizadas ou aspectos da experiência que escaparam à influência do problema e que não seriam previsíveis, dada a exposição da narrativa dominante. Seria interessante perceber se os RUs também estão presentes na narrativa de mulheres abusadas que não procuram a psicoterapia.

Esses dados contestam ainda a imagem estereotipada das mulheres abusadas como débeis e/ou incapazes (*powerless; helplessness*). Corroboram também a ideia de que a conceptualização destas mulheres como “sobreviventes da violência” é desajustada já que, como Machado (2004) propõe, o seu significado é manifestamente redutor no que respeita à experiência abusiva da mulher, às suas expectativas e aos percursos que estas desenvolvem em torno da mudança. Apesar das especificações do discurso dos maltratantes (e.g., acerca de si, das suas vidas) contaminarem habitualmente as suas realidades, as participantes deste estudo não deixam, desde o início da terapia, de se posicionar de modo alternativo face aos maus tratos íntimos, quer seja com maior ou menor magnitude, com maior ou menor eficácia.

O facto de surgirem RUs desde o princípio da terapia em ambos os grupos corrobora também a ideia de que qualquer uma das participantes já tentou algum tipo de mudança, não se limitando a aceitar, de modo indiferente, a violência do parceiro (Rounsaville, 1978, cit. Silva, 1995).

O facto desses acontecimentos não estarem totalmente ocultos nas narrativas das participantes não quer, contudo, dizer que os RUs não continuem a ser marginalizados nos seus discursos ou que sejam suficientemente valorizados pelas próprias, que sejam capazes de, por si só, suscitar a mudança.

▪ **Presença de RUs desde o início da terapia**

A ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no número de RUs narrados na fase inicial da terapia pode significar que as participantes, em geral, estariam a experimentar aquilo que é designado pelas teorias da mudança (cf. capítulo III) como a segunda fase: trata-se de uma altura em que a mulher se envolve na gestão da própria violência (Mills, 1985, cit. Wuest & Merrit-Gray, 1999), contrariando ou contra-actuando face ao abuso (Merrit-Gray & Wuest, 1995) e multiplicando as formas de responder aos maus tratos do parceiro; a voz do problema pode ainda estar muito presente (e.g., tentativas para se dissociar dos seus efeitos psicológicos, para procurar algo errado em si própria) mas, simultaneamente, a mulher desenvolve estratégias de protecção e de auto-defesa, resiste à violência, retalia, protesta, reinterpreta, interroga-se sobre o que é aceitável (Wuest & Merrit-Gray, 1999). Isso explicaria, aliás, os tipos de RUs que são mais frequentes nesta fase inicial (acção, reflexão, protesto).

Pode, contudo, acontecer que, independentemente da presença de RUs, nesta fase o mal-estar psicológico e a tensão na relação existam ou se intensifiquem (coexistindo porventura com a novos episódios de violência, como se verificou nalguns casos).

Por último, a presença de RUs no início da terapia pode significar que, mesmo coabitando com o agressor, e em condições em que a violência não foi ainda interrompida, a mudança pode começar a organizar-se.

A evidência de RUs desde o início e ao longo da terapia num e noutro grupo reforça a hipótese que colocámos anteriormente de que a presença de RUs não explica, por si só, o **sucesso** terapêutico.

▪ **Suscitação de RUs**

É também algo comum aos dois grupos o facto de, na conversação terapêutica, serem as participantes a terem mais vezes a iniciativa da narração dos RUs, quando comparadas com a actividade da terapeuta. Essa evidência empírica vem reforçar algumas das ideias discutidas anteriormente. Por um lado, assinala a competência pessoal das participantes que, aliás, se mantém ao longo da terapia para perceber aspectos que estão fora da esfera dos problemas, facto que revela a sua capacidade de facilmente “ver” para além do problema. Esse tipo de intervenção por parte das participantes reforça a ideia de Hydèn (1999) de que, para além da história de abuso, a história das excepções também precisa de ser reconhecida e narrada no espaço terapêutico. Por outro lado, a iniciativa das participantes na narração de RUs indicia que quer nos **sucessos**, quer nos **insucessos**, existe uma postura idêntica de exploração da novidade. Essa postura das participantes permite constatar que a curiosidade e a vigilância face ao que é contrário ao problema, a atitude de abertura face à novidade tão pouco é algo exclusiva ou sequer preponderante por parte da terapeuta. É, partindo dessa iniciativa das próprias mulheres para explorar os RUs, que a terapeuta as poderá apoiar na construção de uma nova história, viabilizando-se assim a co-autoria narrativa (O. Gonçalves, 2000).

Este empenho por parte das mulheres no desenvolvimento e na narração de RUs pode também ser uma consequência da relação terapêutica colaborativa que se tenta estabelecer. Julgamos, aliás, que este dado reflecte a ênfase dada pela abordagem terapêutica narrativa à realidade trazida pela própria mulher, à sua linguagem e ao conhecimento que ela produz acerca das excepções ao problema, no essencial, à sua

intencionalidade (White, 2004). A terapia deve possibilitar a abertura necessária para aquilo que estas mulheres querem narrar (Omer, 1996). Este dado parece reflectir a dinâmica horizontal que se pretende implementar, de um ponto de vista clínico, na construção da mudança: o terapeuta atende às novidades trazidas pelas participantes, acompanha-as e possibilita que estas sejam exploradas dentro e fora da terapia.

Em suma, o facto de serem as participantes a terem mais a iniciativa na narração de RUs indicia que as direcções da mudança (ou da não mudança) são fundamentalmente estabelecidas pelas próprias mulheres (Fruggeri, 1992). De qualquer forma, e atendendo aos perfis de suscitação encontrados, a terapeuta e cada uma das participantes parecem tornar-se interdependentes na construção da mudança (Hermans, 2001), quer esta seja mais ampla ou mais circunscrita.

O padrão de suscitação de RUs, pelo facto de ser análogo em ambos os grupos, não parece ser uma condição diferenciadora do **sucesso** e do **insucesso**.

▪ **Frequência de RUs**

Um último aspecto comum a ambos os grupos relaciona-se com a frequência, isto é, a quantidade de RUs narrados é análoga nos **sucessos** e nos **insucessos**. Isso significa que o padrão de frequência elevada de RUs não é uma condição decisiva, pelo menos não será suficiente, para o **sucesso** terapêutico, para a transformação dos episódios de novidade em novas narrativas. Por outras palavras, não é o facto de haver muitos RUs que garante que uma narrativa alternativa esteja em desenvolvimento ou esteja a ser criada.

De qualquer forma, o facto da abundância de RUs se constituir como denominador comum a todos os **sucessos** e estar mais presente apenas em dois **insucessos** leva-nos a considerar que uma reduzida frequência de RUs pode tornar a mudança numa direcção útil menos provável.

Diferenças entre os grupos

Apesar dessas analogias, muitos outros aspectos diferenciam os dois grupos. É sobretudo divergente a forma como os RUs progridem ao longo da psicoterapia num e noutro grupo. Para além disso, os grupos distinguem-se ao nível da saliência dos RUs, dos tipos de RUs e dos perfis de diversidade que são narrados.

▪ **Frequência de RUs ao longo do processo**

Uma das dissemelhanças reside na forma como o número de RUs se desenvolve ao longo da psicoterapia. Embora a frequência dos RUs não os distinga, há algo que os diferencia substancialmente: o modo como essa frequência se desenvolve ao longo do processo terapêutico. Nos **insucessos**, assiste-se a uma estagnação na quantidade de RUs gerados ao longo da terapia. A sua frequência é estável, conservando-se durante a terapia, quer nos casos em que os RUs são mais numerosos, quer nos casos em que a sua presença é escassa. Já nos **sucessos** assiste-se a uma progressão no número de RUs narrados ao longo da psicoterapia, observando-se uma trajectória sucessiva de criação de novidade: a narração de RUs torna-se cada vez mais frequente intra e inter-sessões.

Pelo exposto, consideramos que a actividade dinamizadora dos RUs (isto é, a abundância progressiva de novos episódios) potencia a mudança num sentido mais favorável. Por sua vez, a transformação numa direcção preferencial é menos provável quando a quantidade de RUs (seja elevada ou reduzida) se conserva durante a psicoterapia. Este resultado reforça a proposta de de Shazer (1991) de que uma das prioridades da psicoterapia é criar um movimento progressivo.

▪ **Saliência de RUs**

Outra discrepância assinalada diz respeito à saliência que, em termos totais, é concedida aos RUs num e noutro grupo. Os RUs aparecem mais salientes nos **sucessos** do que nos **insucessos**.

Esse dado leva-nos a considerar que uma maior elaboração narrativa dos RUs viabiliza a mudança num sentido preferencial. Pelo contrário, e ainda que possam ser abundantes, o facto dos RUs não serem suficientemente salientes na narrativa das participantes torna a transformação mais difícil, já que o espaço com poder para gerar mudança está mais circunscrito na conversação terapêutica.

Por outro lado, isso significa que, enquanto que a frequência reflecte o seu mero aparecimento dos RUs, a saliência representa a sua narração. Deste modo, a saliência é provavelmente um indicador de elaboração narrativa.

Sendo assim, a mudança estaria associada não só ao aparecimento de RUs, mas sobretudo à sua elaboração narrativa. Esta hipótese vai de encontro ao que sugerem White e Epston (1990): é essa elaboração que permite a transformação de episódios

(frequência) em histórias alternativas (saliência). As diferenças entre o caso 1, do grupo com **sucesso**, e o caso 6, do grupo com **insucesso** ilustram, de certa forma, essa ideia: existe uma certa semelhança em termos da frequência de RUs mas há uma diferença expressiva ao nível da respectiva saliência.

▪ Saliência de RUs ao longo do processo

Ainda a nível da saliência dos RUs, é distinta a forma como essa medida se desenvolve ao longo dos processos com **sucesso** e com **insucesso**, nomeadamente desde a fase inicial da terapia. De sessão para sessão, a saliência é progressiva nos **sucessos** e estável nos **insucessos**. A evolução da saliência reflecte, aliás, o que já se abordou sobre a evolução da frequência. De forma mais específica, nos **insucessos** o tempo aplicado na narração de RUs permanece praticamente inalterável ao longo da psicoterapia. Assim, os RUs acabam por permanecer como pormenores, no âmbito das sessões, meros momentos ou instantes na narrativa terapêutica, mantendo-se constantemente periféricos na conversação, preservando o seu carácter de detalhe narrativo. Nos **insucessos** há ocasiões exploratórias de RUs mas não existe uma actividade tão assídua de narração da novidade como no outro grupo. Os RUs identificados não têm tanto relevo narrativo como aconteceu com todos os casos com **sucesso**. Nos **insucessos**, os RUs intervêm de forma muito fragmentada na conversação. Por outras palavras, há tentativas das participantes para fazer algo diferente do problema mas essas experiências surgem de forma fraccionada ou desorganizada nas suas narrativas. Isso pode ser explicado pelo facto de outros elementos (e.g., o problema, os efeitos por ele desencadeados, a própria vitimação) se conservarem ao longo da psicoterapia.

Pelo contrário, nos **sucessos**, há um movimento de exploração muito perceptível à medida os percursos terapêuticos avançam: cada vez mais tempo nas sessões é aplicado ou ocupado na discussão dos RUs, na sua significação e na análise da sua relevância. Em termos evolutivos, no início dos percursos, predomina uma saliência mais reduzida, até porque naturalmente nos primeiros relatos das participantes predominará as suas manifestações de insatisfação (e.g., formas de estar e de pensar decorrentes dos maus tratos). Mas, progressivamente, ao contrário do que acontece nos **insucessos**, os RUs que estão cada vez mais imersos na conversação entre os intervenientes. Por outras palavras, a actividade narrativa de exploração de RUs acaba por se disseminar e prolongar-se sucessivamente no espaço terapêutico. A relevância, cada vez maior, dos

RUs permite gerar histórias alternativas ao problema. Nos **sucessos**, os RUs perdem o estatuto de “detalhe narrativo” e acabam por evoluir para histórias preferenciais, claramente progressivas.

Julgamos ainda que o facto de, cada vez mais, esses RUs se estenderem na narração acaba por funcionar como uma forma de validação (e.g., para a mulher, para o terapeuta, para os outros) face à mudança em curso.

Paralelamente a essa conclusão, interessa reflectir sobre o que pode ter contribuído nos **insucessos** para uma exploração reduzida e estável dos RUs. Diferentes motivos podem ter concorrido em simultâneo para que, no âmbito desses processos, os RUs não se tenham amplificado à medida que a terapia avançava. Nesta altura da discussão, algumas das hipóteses explicativas que avançamos para essa saliência mais esbatida dos RUs nos **insucessos** são: por um lado, pode ter acontecido que o tipo de RUs narrados (e.g., tipo, grau de diversidade) não seja suficientemente poderoso para a construção da mudança. Por outro lado, no contexto terapêutico, os RUs podem ter surgido em número elevado mas num *timing* inoportuno, ou seja, numa fase do processo em que a violência e os seus efeitos eram ainda uma preocupação dominante (e.g., fase inicial), acabando (terapeuta e cliente) por conferir uma menor importância (negligenciar, trivializar) ao que estava fora dessas dimensões; aliás, a terapia narrativa “aconselha” o terapeuta a não ir muito rápido em busca de RUs (e.g., logo nas primeiras sessões) pelo risco de invalidação da experiência das clientes. Nesse caso, os RUs que surgiram não subsistiram à influência do problema nas suas vidas (e.g., medo), continuando este a assumir uma natureza totalitária e os RUs uma importância muito periférica. Nesse sentido, pode ter acontecido, sobretudo nos **insucessos** finalizados, que as participantes que narraram um maior número de RUs estivessem ainda num estágio muito elementar ou “primário” da própria mudança (e, por isso, mais “indiferentes” face à própria novidade). Uma outra explicação plausível reside no facto dos RUs poderem não ter sido percebidos como tal ou não terem sido suficientemente valorizados dentro e fora da terapia (incluindo pelo terapeuta e pelos outros significativos), inviabilizando a sua amplificação. Pode também ter acontecido os RUs iniciais terem sido invalidados fora da terapia (e.g., pelo parceiro agressor), abrandando ou restringindo eventuais tentativas posteriores de exploração de RUs. Por fim, sobretudo, nos casos que resultaram em *drop-outs*, pode ter havido alguma ambiguidade face à mudança

(projectada ou em desenvolvimento) ou algum tipo de hesitação face a esta, culminado mais tarde na interrupção da psicoterapia.

Estes são alguns dos motivos que encontramos para explicar por que é que os RUs se tornaram pouco salientes nos casos que culminaram com **insucesso**.

- **Diversidade de RUs**

O tipo de RUs narrados também é distinto nos **sucessos** e nos **insucessos**. Por um lado, os grupos distinguem-se no que se refere à frequência e à saliência dos RUs de reconceptualização e de novas experiências. Por outro lado, o desenvolvimento da diversidade dos RUs também os distingue.

De seguida, discutimos o impacto de cada um desses factores na construção da mudança num sentido favorável.

- **Presença de diversidade de RUs ao longo do processo**

Em primeiro lugar, como referimos, a diversidade é mais evidente nos **sucessos** do que nos **insucessos**: o tipo de RUs desenvolvidos pelas participantes é de natureza mais heterogénea nos **sucessos** - os diferentes tipos de RUs emergem em todos os casos – e mais homogénea nos **insucessos**. Nestes últimos é evidente uma menor multiplicidade ou uma ausência total de diversidade de RUs.

Pelo exposto, entendemos que a presença de diversidade de RUs constitui-se como um dos factores relevantes para a viabilização de novas narrativas, para a criação de uma história alternativa ao problema. O mesmo é dizer que, para que os RUs contribuam para a mudança, é preciso gerar novidades de natureza múltipla e com significação plural. A presença de RUs heterogéneos, isto é de formas de funcionamento alternativo a diferentes níveis (e.g., acção, reflexão, protesto, versões acerca do problema, de si própria e do parceiro) pode viabilizar a emergência de novas histórias.

Entendemos que o grupo com **sucesso** quando procura construir mudança, através de novos significados ou de significados alternativos (vários tipos de RUs), potencia um enriquecimento da “trama” narrativa, condição que parece ter um efeito potenciador no próprio movimento de mudança. Este impacto da heterogeneidade de RUs está provavelmente relacionado com o conceito de coerência narrativa, isto é, com a capacidade das participantes para organizar a sua narrativa numa estrutura. Neste

estudo, tal como documenta a literatura (e.g., Baerger & McAdams, 1999; Pennebaker, 1993, Russell & Wandrei, 1996, cit. O. Gonçalves *et al.*, 2004) (cf. capítulo V), essa capacidade aparece associada ao grupo com **sucesso** terapêutico. Segundo os mesmo autores, a dimensão de complexidade narrativa representa um importante preditor do bem-estar psicológico.

Nesse contexto, importa ainda destacar que a tentativa de construir «níveis mais sofisticados de coerência, multiplicidade e diversidade narrativa» é uma das metas da própria terapia (O. Gonçalves, 2000, p.111): «a psicoterapia é mais do que uma *descrição* narrativa...é a própria *prescrição* narrativa que está em jogo. A psicoterapia serve de contexto para a prescrição de novas atitudes narrativas, potencialmente mais adaptativas, porque mais variadas e flexíveis, porque mais criativas, porque mais dinamizadora do campo existencial dos pacientes» (O. Gonçalves, 2000, p. 111).

Por sua vez, dificilmente a mudança acontecerá quando emerge sempre o mesmo tipo de RUs, seja ele qual for (e.g., acção, reflexivo). É como se a emergência da mudança estivesse reduzida a uma posição alternativa invariável, redutora de flexibilidade. O mesmo é dizer que uma narrativa construída a partir de um tipo de RUs, por muito constantes e frequentes que estes possam ser, é mais pobre e, nesse sentido, possivelmente mais estéril em relação à mudança. A conversação terapêutica, ao desenvolver-se desprovida de RUs de carácter diverso, para além de mais monótona, pode tornar-se mais incapaz de produzir mudança. Concluimos, portanto, que a existência de RUs, com o mesmo tipo de significação, não é suficiente para gerar transformação na vida destas mulheres.

▪ **Desenvolvimento da diversidade de RUs ao longo do processo**

Em segundo lugar, a diversidade evidenciada ao nível dos RUs nos dois grupos desenvolve-se de modo distinto. Na maioria dos **sucessos**, a diversidade de RUs prospera: inicia-se pela reflexão e pela acção e, através de um movimento contínuo de exploração, os vários tipos de RUs passam a figurar de forma regular, disseminam-se e tornam-se coexistentes, passando a co-ocorrer em todas as sessões até à conclusão da terapia. À medida que a terapia avança desenvolve-se um conjunto de RUs mais saliente mas também mais variado.

Por sua vez, nos **insucessos**, quando existe diversidade, ela surge de forma distinta: emerge ou de forma demarcada, surgindo numa ou duas sessões intercalares ou,

então, essa diversidade não é total em nenhuma das sessões (digamos que uns dão lugar aos outros). Portanto, na primeira condição, os vários tipos de RUs não se estabelecem como uma regularidade no trajecto terapêutico, dado que surgem excepcionalmente nalgumas sessões; na segunda condição, não existe uma ampla diversidade. Em qualquer uma dessas circunstâncias, não existe uma verdadeira multiplicidade de RUs.

Assim sendo, paralelamente à presença de diversidade, o desenvolvimento dessa dimensão ao longo da terapia é relevante para se compreender os percursos terapêuticos. Para clarificar esta nossa reflexão, detenhamo-nos numa análise comparativa da progressão verificada em duas das participantes do grupo com **sucesso**: confrontemos o trajecto daquela participante (caso 3) que progrediu mais rápido para uma condição de bem-estar psicológico com o daquela que progrediu menos (caso 4), uma vez que no *follow-up* aumenta o nível de mal-estar. Julgamos, aliás, que estes dois casos podem funcionar como padrões alternativos de construção da mudança. Pensamos que as diferenças apontadas, ao nível da evolução terapêutica de cada uma dessas participantes, podem talvez explicar-se, para além da frequência e da saliência, pelo papel que a diversidade assume nos percursos terapêuticos desenvolvidos. O primeiro caso revela muito bem o poder da multiplicidade de RUs, da sua sincronia e da sua co-ocorrência nas sessões: é neste caso que uma multiplicidade de RUs surge de forma mais precoce (na sessão 4); desde esse momento, os vários tipos de RUs disseminam-se ao longo do processo terapêutico e passam a ocorrer, em simultâneo, no âmbito de cada sessão. Já no caso 4, a diversidade de RUs desenvolve-se de outra maneira, mais dicotómica e, por isso, menos difundida ao longo das sessões. Nesse caso, determinados RUs que surgem no início da terapia são permutados por outros no final da terapia: certos tipos de RUs aparecem “fixados” a determinadas sessões e outros limitam-se a aparecer, de forma exclusiva, noutros momentos. Portanto, a partir da análise desses dois percursos, conclui-se que a multiplicidade de RUs se pode desenvolver na terapia de forma muito distinta. Colocamos assim a hipótese de que os RUs conferem maior sustentação à nova narrativa em desenvolvimento quando a diversidade se conserva (coexistindo e amplificando-se) ao longo do processo terapêutico, por oposição a um trajecto em que essa diversidade surge de forma discriminada nalgumas sessões. Nesse sentido, o percurso de mudança observado no caso 3 constrói-se de forma mais coerente e consolidada do que no caso 4. Julgamos, aliás que, neste último caso, a saliência dos RUs (já de si a mais ténue do que a que é observada nos **sucessos**) poderá não se conservar e o seu impacto positivo pode acabar por se esbater mais tarde. Nesse caso,

pode acontecer que esses RUs, apesar de heterogêneos pela forma como surgem, não sejam suficientemente influentes para que a mudança no futuro se consolide num sentido favorável. Talvez isso explique o facto desse ser o único caso em que se verificou, como já dissemos, uma acentuação do mal-estar no *follow-up*. Julgamos que o trajecto em causa poderá, assim, representar de um padrão intermédio de mudança, entre os casos de **sucesso** e de **insucesso**.

Em resumo, o desenvolvimento da diversidade, assente numa tendência progressiva de RUs para a sua expansão e para a sua co-ocorrência ao longo das sessões, torna mais plausível a emergência de novas narrativas e, por isso, o **sucesso** terapêutico. O facto da diversidade surgir de forma delimitada torna menos provável a criação de uma história preferencial.

Por último, consideramos que os dados que foram discutidos até aqui – a progressão no número de RUs, a sua saliência mais elevada e evolutiva nos **sucessos** – podem ter servido como elementos potenciadores da própria diversidade e vice-versa. Assim, o facto dos **sucessos** desenvolverem uma quantidade cada vez maior de RUs e uma elaboração narrativa superior, pode ter impulsionado a exploração de novos territórios de novidade, conduzindo ao desenvolvimento de RUs de natureza cada vez mais diversa. Por outro lado, a coexistência de diversidade, a partir de uma determinada fase da terapia, também pode promover uma maior saliência narrativa. Portanto, pode haver uma conexão entre as dimensões analisadas e discutidas: a actividade dinamizadora dos RUs, associada à sua abundância e progressiva elaboração narrativa, pode resultar num poder mais amplo para a exploração das diferentes facetas da narrativa. Por sua vez, a descoberta de RUs, à medida que a terapia prossegue, pode estimular um maior número de RUs e fazer com que estes mereçam maior saliência narrativa, sendo sucessivamente mais valorizados pelas participantes.

Nesse sentido, frequência, saliência e diversidade tornam-se condições interdependentes na construção do **sucesso** terapêutico.

Por sua vez, nos **insucessos** a baixa saliência de RUs, pode explicar, pelo menos em parte, a ausência de RUs relacionados com novas experiências e com a reconceptualização (e.g., acerca de si, do seu parceiro, da sua realidade).

▪ Natureza da diversidade de RUs

Em terceiro lugar, a natureza dos RUs desenvolvidos é outro dos factores que distingue os grupos. Podemos estabelecer dissemelhanças a dois níveis: um primeiro nível relativo à forma como evolui o tipo de RUs que é narrado em cada um dos grupos e, um segundo nível, referente aos padrões de RUs que, em termos globais, diferenciam um grupo do outro.

Quanto à evolução do tipo de RUs, na fase inicial dos **insucessos** os RUs mais preponderantes são os reflexivos e, como se observa nos processos finalizados, é esse padrão de RUs que também predomina no final da terapia. Já nos **sucessos**, os primeiros RUs a aparecerem, com mais frequência e saliência, são também de tipo reflexivo mas essa circunstância vai-se alterando ao longo da terapia, acabando no final por sobressair um outro tipo de RU em termos de frequência e saliência: a reconceptualização.

Assim sendo, esta distinção reforça uma ideia discutida anteriormente: nos **insucessos**, embora as participantes criassem algo de novo durante a terapia, os RUs não eram, do ponto de vista da sua significação, suficientemente novos e diferentes para gerar mudança nos próprios RUs. Isso indica que o significado das novidades não se renova ao longo da terapia: há RUs mas estes encerram, quase sempre, um sentido recorrente, havendo uma redundância naquilo que é novo entre o início e o final da terapia. Portanto, assiste-se nesses percursos a um certo “fechamento” na própria novidade, o que parece constranger a construção da mudança num sentido mais favorável. Assim, criar novidade ao longo do processo terapêutico, mas sempre de forma análoga não parece ser útil para a abertura a novas narrativas.

De facto, o que é novo ou se centraliza na reflexão e no protesto, estando ausentes outro tipo de RUs ou, então, eles surgem mas de forma muito marginal. Colocamos algumas hipóteses acerca dessa redundância nos RUs observados nos **insucessos**: pode acontecer que os RUs gerados não sejam os mesmos mas assumem um carácter monovocal, uma natureza invariável. Pode, num outro sentido, acontecer que os RUs identificados sejam sempre os mesmos, isto é, não chegaram a desenvolver-se, não saindo de um nível mais primitivo, não chegaram a evoluir. Logo, não se conseguiram desenvolver novas posições narrativas. Continuam ausentes significações variadas, porventura mais adaptativas e flexíveis, como já dissemos a propósito do que aconteceu nos **sucessos**. Por outro lado, os RUs mais típicos dos **insucessos** – reflexivos e protesto

– são também aqueles cuja autenticação pelos outros poderá ser mais difícil, inviabilizando a ocorrência de RUs em maior número e mais salientes.

Por sua vez, os trajectos terapêuticos que culminam com **sucesso** registam o desenvolvimento de considerável diversidade. Como já dissemos, nos diferentes percursos, a diversidade evolui de formas muito distintas; veja-se os percursos 1, 3 e 4. Por outro lado, para além de abundante, mais saliente e mais plural do que nos **insucessos**, o conjunto de RUs narrados envolve progressivamente maior complexidade. Passemos então a explicar esta nossa reflexão: nos percursos terapêuticos com **sucesso**, os primeiros RUs a surgirem (primeira e quarta sessão) estavam predominantemente relacionados com a acção, a reflexão e o protesto; porém, como já explicámos, essa condição altera-se durante o processo terapêutico. No final, evidenciava-se uma maior frequência e saliência de RUs associados à reconceptualização e às novas experiências, embora os restantes tipos de RUs também continuem presentes. Para além disso, em termos globais, a frequência e a saliência dos RUs de reconceptualização e de novas experiências acabam por distinguir os dois grupos.

Em resumo, os RUs associados aos percursos com **sucesso** acabam por ter repercussões na maneira como as mulheres mudam. O facto de se evidenciar um perfil diversificado de RUs, cada vez mais frequentes e salientes à medida que o processo avança, leva-nos a colocar a hipótese de que exista nos **sucessos** um **ciclo virtuoso** de RUs: por um lado, entre a acção, reflexão e o protesto, por outro, entre a reconceptualização e as novas experiências. Os primeiros sustentam e viabilizam os segundos e estes, por sua vez, corroboram, fomentam e amplificam os primeiros.

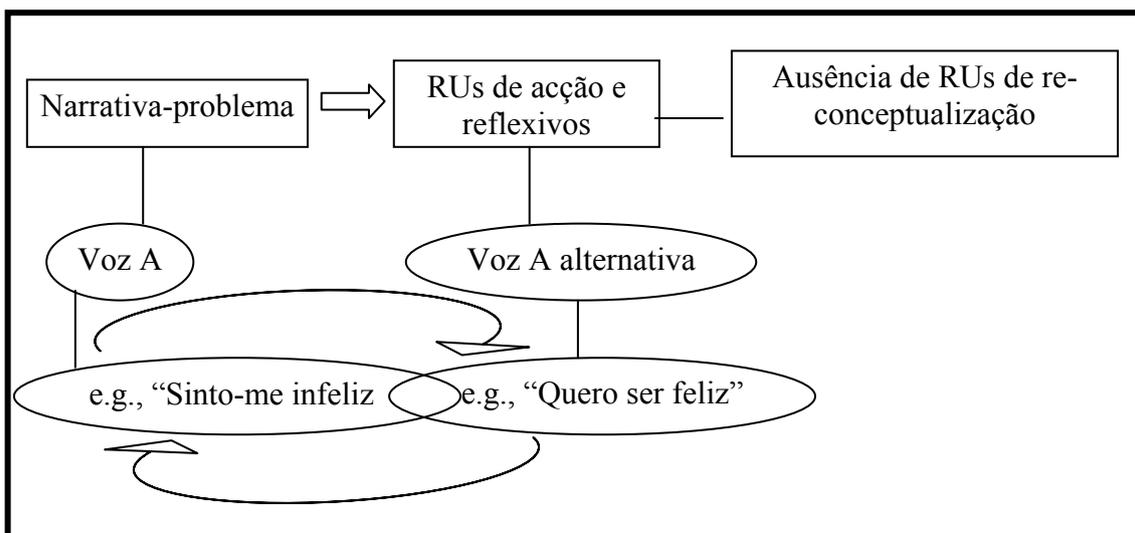
Na sequência das reflexões anteriores acerca dos diferentes padrões de RUs, poderá colocar-se a hipótese dos vários tipos de RUs assumirem, entre si, um poder distinto na emergência da mudança. Conforme já discutimos, nos **sucessos** o maior progresso em direcção à mudança é provavelmente resultado de um maior dinamismo dos RUs, da sua elevada e sucessiva frequência, da sua progressiva saliência, da sua ampla diversidade e da natureza heterogénea dos novos elementos narrados. Nos **insucessos**, assistimos a uma maior estabilidade, quer em termos de frequência, quer de saliência e o tipo de RUs criado é de natureza mais invariável ou, então, totalmente homogénea.

De seguida, a partir da contrastação dos grupos e da significação subjacente a cada um dos cinco tipos de RUs, tentaremos explicar porque é que entendemos que os diferentes tipos de RUs têm um poder diferente na construção da mudança.

▪ **Poder e impacto dos diferentes tipos de RUs**

Os RUs de acção envolvem o desenvolvimento de condutas contra o abuso do parceiro e as suas consequências (e.g., medo). Eles são importantes, não só porque envolvem formas relevantes de protecção face aos maus tratos, mas também porque indicam que estão a acontecer novas actividades fora da narrativa dominante, comportamentos diferentes face ao problema. Para perceber um pouco melhor a sua relevância, repare-se na sua abundância na fase inicial no caso três, um dos processos onde o **sucesso** foi desenvolvido de forma mais célere e expressiva.

Porém, este padrão não está particularmente associado ao grupo com **sucesso**. Daí que, por si só, o seu potencial na criação de mudança não parece ser muito relevante. Aliás, julgamos que esse tipo de acontecimentos, a existir isoladamente e de forma repetida, para além de gerarem histórias monótonas, podem não produzir qualquer inovação face ao problema mas antes resultar numa reificação comportamental na vida destas mulheres (e.g., acumulação de formas de protecção pessoal, pedidos de ajuda intermitentes, saídas temporárias da relação). Por outras palavras, os RUs de acção, de significação invariável, podem redundar em comportamentos quase automáticos e, nesse sentido, transformar-se em formas de funcionamento monológico (irreflectido), quase que alheios à intencionalidade da mulher na construção de mudança. Nesse sentido, tornar-se-iam estéreis na suscitação da mudança. No nosso entender, esse processo reflectiria aquilo que Valsiner (2004) designa de dialogismo escondido (cf. esquema 2) em que existe uma voz problemática e existe uma outra voz que funciona como sombra da primeira. O movimento de oscilação entre as duas vozes pode conduzir a uma dicotomia e inviabilizar a mudança. É como se houvesse um movimento perpétuo entre o problema e a sua solução.



Esquema 2.

RUs de acção e reflexivos e estabilidade narrativa (Gonçalves & Matos, submetido para publicação)

Esse carácter redundante e exclusivo dos RUs convertem-nos em regularidades (vs. singularidades) e não têm qualquer efeito ou, então, têm um impacto muito limitado na construção da mudança. Por exemplo, embora a participante consiga falar dos maus tratos com outras pessoas, proteger-se da violência, reconhecer a inadequação do abuso do parceiro, todos esses esforços falham na efectiva cessação da violência e/ou no alcance do bem-estar psicológico.

O mesmo dialogismo escondido pode acontecer com os RUs reflexivos. Por um lado, o seu desenvolvimento pode ser muito relevante na emergência de posturas diferentes e até opostas, já que estes envolvem novos pensamentos ou reflexões divergentes por parte da mulher acerca de várias facetas da sua vida (e.g., dúvidas acerca do problema, acerca de determinados valores, acerca de si, acerca da responsabilidade pela violência). Além disso, essas posições emergentes, se forem articuladas, poderão ser promotoras de novas formas de funcionamento. Mas, por outro lado, se estes emergirem de forma mais exclusiva e se tornarem redundantes, eles podem perder o seu carácter “único” e “excepcional” e banalizar-se. Nessas circunstâncias, mais cedo ou mais tarde, podem acabar por funcionar apenas como vozes secundárias, sem uma saliência narrativa suficiente face ao problema e, por isso, sem grande impacto na mudança. Esse cenário pode ter-se colocado na forma como evoluíram os percursos com **insucessos**. O facto deste padrão de RUs sobressair nesse grupo, em termos totais, pode querer significar que as participantes que o integram estariam, durante todo o processo terapêutico, fundamentalmente a desenvolver uma posição de questionamento ou imaginação de uma vida sem o problema (e.g., viver sem

medo, viver sem estar triste). Porém, a natureza desses RUs, associados à sua reduzida elaboração narrativa que se verificava, pode promover apenas vozes episódicas que se mostram insuficientes para gerar verdadeiras posições alternativas. No fundo, esse tipo de reflexões, pelo seu carácter redundante, pode até contribuir para perpetuar as dificuldades que estas participantes enfrentam (e.g., mal-estar psicológico). Dito de outro modo, na ausência de outras formas de esmorecer o problema (e.g., protesto, reconceptualização), os RUs reflexivos tornam-se inúteis, estéreis e podem não permitir um afastamento face à forma de vida que o próprio problema impõe (e.g., racionalizações, desvalorizações, dilemas acerca da identidade). Se a mulher tenta mudar unicamente através do questionamento, isso pode levá-la a preservar uma certa inércia face aos problemas, podendo agravar-se o mal-estar, o sentimento de incompetência e auto-crítica por não conseguir, de forma mais perceptível, gerar algo novo. Por exemplo, se surgirem novas reflexões acerca de alternativas face à continuidade da violência (RU reflexivo), como seja sair da relação, mas não houver a elaboração ou criação de algo novo para além disso (e.g., diversidade experiencial), o resultado pode ser um sentimento de desorientação, de indecisão ou hesitação acerca da mudança – dando lugar à estabilidade do problema – já que a mulher desconhece ou receia as suas implicações se decidir experimentar as diferentes opções que repetidamente considera (e.g., como irá ele reagir? E os outros?). Pode também levar a um sentimento de incompetência, como dissemos antes. Além disso, enquanto forma de funcionamento dominante face ao problema, os RUs reflexivos podem levar a mulher a uma certa abstracção ou alheamento dos problemas que enfrenta. Nesse caso, a pessoa pode deixar-se ficar numa certa dicotomia entre a voz do problema e a voz de questionamento, mas não se liberta desse ciclo “vicioso” (cf. esquema 2). Pode traduzir-se, por exemplo, na colocação de hipóteses de saída intermitente que, no essencial, representam apenas movimentos de mudança descontínuos. Julgamos que foi isso que aconteceu nos dois processos finalizados com **insucesso**: embora essas participantes até tivessem pensamentos fora da lógica do problema e, por vezes, até protestassem, esses RUs não só tiveram uma saliência insuficiente, como pela sua natureza e pelo seu carácter redundante, resultam estéreis, acabando por preservar de certa forma a narrativa problemática. Nesses dois casos, o ciclo *Problema - RUs reflexivos* perpetua-se inviabilizando a interrupção da situação abusiva, da vitimação ou, então, mantendo-se o mal-estar. Nessas situações, parece assistir-se a uma eterna protelação da acção, da reconceptualização, das novas experiências, enfim, da mudança.

Importa dizer que a significação subjacente aos RUs de acção e aos reflexivos fá-los, de certa forma, ser esperados no início da terapia, altura em que há normalmente uma grande expectativa em relação à mudança. Foi exactamente isso que aconteceu em ambos os grupos: os RUs de acção e reflexivos surgem no início de todos os processos terapêuticos. Isso poderá significar que, de entre a diversidade de RUs, estas formas de RUs serão as mais primárias ou elementares na emergência da mudança. Assim, podemos situá-los na origem da mudança ou da construção da re-autoria, como primeiros indicadores de que um novo movimento, uma transformação pode estar a começar. Temporariamente, os RUs de acção e reflexivos podem até funcionar como uma espécie de confirmação para as próprias participantes de que estão a ser capazes de fazer e considerar algo diferente daquilo que o problema quer que elas façam ou pensem. A sua abundância nesta fase poderá ser também uma forma da mulher validar a mudança junto dos outros. São, sobretudo, os RUs de acção que podem cumprir essa função. Os RUs reflexivos, dado que têm pouca visibilidade para o exterior podem funcionar mais como uma forma de validação para a própria mulher de que algo diferente está a surgir.

Embora esse movimento inicial de mudança possa ter sucedido em ambos os grupos, nos **sucessos** o dinamismo na exploração dos RUs acaba por ter prosseguimento (cada vez mais frequentes, salientes e diversos), mas nos **insucessos** a mesma actividade de exploração estabiliza, acabando por tornar inúteis esses RUs iniciais na construção da mudança. O facto dos RUs de acção e reflexão estarem presentes nos **sucessos** e **insucessos** significa que os mesmos não são garantia de que a mudança se desenvolva na direcção projectada pelas participantes.

Por sua vez, os RUs de protesto dizem respeito à criação de elementos novos face ao problema, face ao parceiro, face a outros, face aos discursos culturais. Quando surgem, reflectem a capacidade da mulher resistir à interferência do problema, do parceiro e dos outros na sua vida, a sua capacidade para se tornar imune, distanciar-se ou contestar activamente as prescrições indesejáveis que o parceiro e outros (e.g., discursos sociais, culturais) determinam para a sua vida. Frequentemente, os RUs de protesto representam uma transformação clara nos padrões de interacção da mulher com o seu parceiro (e.g., reprovação da violência).

Os RUs de protesto são, provavelmente, produto da conversação externalizadora subjacente à proposta terapêutica de re-autoria que, como explicámos, serviu de cenário

a estes processos. Esse convite para descobrir e analisar o problema e as suas especificações como algo externo a si própria parece viabilizar formas de resistência úteis face ao problema e às suas especificações. Nesse sentido, e do ponto de vista clínico, podemos dizer que a gramática externalizadora acaba por impulsionar o aparecimento de novidade, o que reforça a sua relevância terapêutica. Consideramos que esse olhar de fora do problema facilita não só o diálogo com ele, como também afasta a possibilidade de auto-culpabilização ou a auto-crítica (resultado habitualmente de uma concepção internalizadora dos problemas e dos seus efeitos, uma das dinâmicas aliadas do próprio agressor), condição muitas vezes presente no discurso destas mulheres quando iniciam os processos terapêuticos. Nessa altura, a mulher e os efeitos do abuso são entidades justapostas. Protestar, nessa fase inicial, poderia até ser considerado arriscado para algumas mulheres, dado que envolveria protestar contra ela própria.

Esse afastamento entre a pessoa e o problema, e o desafio deste último através dos RUs de protesto, não distingue claramente os dois grupos, ainda que o seu desenvolvimento tenha sido distinto: nos **sucessos** os RUs de protesto são acompanhados, simultaneamente, de RUs ao nível da reflexão, acção e, ainda, pelo desenvolvimento de meta-perspectivas (isto é, pela reconceptualização) acerca da mudança em curso. Pelo contrário, o que acontece nos **insucessos** é que, embora as participantes tenham sido capazes de desenvolver RUs de protesto, estes aparecem menos articulados com outros tipos de RUs.

É possível avançar algumas hipóteses explicativas para o facto dos RUs de protesto não assumirem um papel decisivo na construção da mudança. Do conjunto de RUs, os de protesto (e.g., ocorridos na díade, face ao parceiro), tal como os de acção, são provavelmente os mais visíveis fora do contexto da terapia; envolvem momentos de dissidência de carácter atitudinal, como já explicámos; eles podem constituir-se como a primeira revelação para os outros (incluindo o parceiro) de que algo está definitivamente a mudar, são indícios fortes de que a mulher está a fazer algo definitivamente diferente (e.g., contestar, desaprovar, assumir a sua posição, discordar, rejeitar, recusar). Ora isso pode gerar algumas reacções violentas, nomeadamente por parte dos parceiros que não aceitam ou rejeitam essas novas (ou renovadas) posturas. Por isso mesmo, alguns desses episódios podem inclusivamente acarretar algum risco de revitimação para as participantes dado que envolvem uma maior exposição ao

protagonista do abuso. Nesse sentido, podemos até dizer que, no que respeita à construção da mudança, essa condição os torna talvez nos mais arrojados.

Os RUs de reconceptualização não envolvem só acontecimentos únicos mas também processos únicos ou excepcionais. Indicam que a pessoa consegue descentrar-se de si própria e, nalguns casos, das suas realidades ainda abusivas para reflectir sobre a criação de uma nova narrativa de vida que está em desenvolvimento. Os novos elementos que são narrados permitem-lhe reconhecer-se a si própria na mudança de forma evolutiva e ir desvendando o processo envolvido na e abrangido pela transformação. Trata-se de uma concepção acerca da mudança que transcende a própria mudança já que tem subjacente o desenvolvimento de uma meta-perspectiva sobre algumas das suas dimensões. Revelam que a mulher está capaz de comunicar sobre a própria mudança. Envolve ainda a capacidade de desenvolver uma diferenciação entre os aspectos centrais (e.g., no que respeita à forma como se percebe, como concebe o parceiro) da anterior e da nova narrativa em construção. Abarca ainda uma conexão entre passado, presente e futuro. No fundo, essa circunstância indica que estas mulheres conseguem criar diferentes versões da história-problema que foi transportada para a terapia (McLeod, 1997). Mostra também que as novas possibilidades desenvolvidas face ao próprio problema (e.g., RUs de acção, reflexivos, protesto) viabilizam a exploração de percepções alternativas de si próprias e das suas vidas. Por isso, de um ponto de vista narrativo, envolvem uma maior complexidade narrativa. Este tipo de RUs reflecte a fase de reconstrução narrativa e de consolidação da mudança.

Embora sejam mais frequentes e mais salientes no final dos processos com **sucesso**, este padrão de RUs surge à medida que a terapia se desenvolve. Por outro lado, a sua maior frequência e saliência nesse grupo, relativamente a outros tipos de RUs, reforça a ideia de que as participantes, não só se constituem como actoras das transformações, mas também e sobretudo como autoras (Sarbin, 1986, cit. McLeod, 1997). Por outras palavras, elas não só manifestam capacidade para criar RUs como também revelam ter um acesso privilegiado à forma como as transformações se processam, organizando essa narrativa no decurso a conversação terapêutica. Eles traduzem que o propósito de criação da re-autoria é alcançado: as participantes do grupo com **sucesso** revelam capacidade de (re)escrever a sua narrativa, criando novas significações acerca de si própria, da sua realidade relacional, dos discursos culturais, etc.. Assim sendo, de uma perspectiva narrativa, os RUs de reconceptualização são

provavelmente os mais importantes e até mesmo indispensáveis na construção de narrativas alternativas.

Por último, a par da reconceptualização, os **sucessos** distinguem-se dos **insucessos** pelo facto de perspectivarem e planearem novos RUs para as suas vidas no futuro. Nesse contexto, a elevada frequência e saliência narrativa concedida às novas experiências pode indiciar, em primeiro lugar, um reforço da ideia anterior de que há uma nova narrativa claramente em progressão. Em segundo lugar, pode indicar a manutenção do movimento de mudança para o futuro, tratando-se de um processo inacabado na fase em que estes processos terapêuticos são finalizados. A sua presença representa, dessa forma, uma disseminação da nova narrativa para o futuro, o que acaba por dar consistência à mudança em construção. Nesse sentido, envolve uma amplificação do cenário de mudança já evidente no final destes processos terapêuticos. Em terceiro lugar, pode representar uma posição de abertura face a novas possibilidades de vida que se mantêm após o processo terapêutico. Isso explica, aliás, que nos **sucessos**, no período de *follow-up*, se evidencie um número muito abundante e saliente de RUs, mantendo-se a articulação da diversidade. Por último, essa evidência mostra que, em termos comparativos, estas participantes estão mais focadas no futuro, mais capazes de o projectar do que as participantes do outro grupo.

Síntese

A introdução de RUs na conversação terapêutica pode facilitar a reconstrução narrativa (Hermans, 2004). Contudo, pode haver, por um lado, condições associadas à elaboração narrativa dos RUs e, por outro, motivos de natureza intrínseca associados à sua significação que viabilizam a mudança ou que a tornam mais difícil.

Assim, as conclusões principais que decorrem do estudo do processo terapêutico são:

1. a exploração de novidade instala-se antes do início da terapia: só assim se compreende o facto de haverem RUs narrados na primeira sessão em ambos os grupos, em muitos casos de forma abundante;
2. a suscitação de RUs é habitualmente iniciativa das participantes, reflectindo da parte delas uma postura activa na exploração de temas novos e na construção de novas possibilidades de significação. Esse facto confere-lhes uma responsabilidade acrescida

na mudança. Reforça ainda a ideia de que a história das exceções também precisa de ser narrada e reconhecida, desde o início, na conversação terapêutica. Apesar de tudo, essa iniciativa das participantes para a exploração dos RUs não será um factor fundamental para o **sucesso** terapêutico;

3. embora os RUs possam, de facto, constituir-se como pontos de entrada para narrativas alternativas, nem sempre eles conduzem a uma nova narrativa. Para que eles tenham esse impacto são necessárias certas condições. A partir dos dados empíricos, avançamos algumas hipóteses sobre o seu papel na mudança e na construção da re-autoria, designadamente:

a. a presença de RUs não é suficiente para a emergência de novas narrativas. Tão pouco a sua abundância é sinónimo de mudança bem sucedida. Mais do que a quantidade, é importante que os RUs surjam no percurso terapêutico de forma dinâmica, isto é, que exista uma abundância progressiva de RUs. Os **sucessos** estão associados a uma escalada dos RUs ao longo da terapia;

b. a forma como os RUs são explorados na conversação terapêutica, por ambos os intervenientes, é determinante no seu poder para gerar mudança. A progressiva saliência ou elaboração narrativa dos RUs torna-se muito relevante na mudança, permitindo que episódios únicos evoluam para histórias preferenciais;

c. o desenvolvimento de novas narrativas é resultado de uma diversidade de RUs explorados na conversação terapêutica. A diversidade reflecte a criação contínua de novas formas de significação acerca de si própria e daquilo que a rodeia (da sua relação com o problema, com o parceiro, com os outros). Esse desenvolvimento da diversidade parece potenciar também uma certa conexão entre os vários tipos de RUs. Se os diversos RUs se forem desenvolvendo, tornando-se progressivamente mais frequentes, mais salientes e passarem a coabitar na experiência das participantes, é mais provável o **sucesso** terapêutico e a criação de mudança. É o perfil diversificado dos RUs, associado a uma narrativa claramente progressiva, que permite que os RUs se transformem em novas narrativas. Essa diversidade confere mais coerência (O. Gonçalves, 2000), maior estrutura e sustentação à narrativa em desenvolvimento: possibilita que a mudança se construa de forma mais integrada e flexível;

d. no processo terapêutico os RUs não podem ser exclusivos ou excessivamente redundantes, sob o risco de perderem o seu poder de gerar mudança. Se os RUs surgirem articulados entre si terão o seu potencial ampliado. O mesmo é dizer que nenhum dos tipos de RUs é supérfluo na mudança: todos são necessários e

importantes para o processo de transformação narrativa e para a emergência de novas possibilidades de vida. O seu desenvolvimento em simultâneo, como já dissemos, parece ser indispensável para que, em articulação, os RUs tenham poder para se transformar em novas narrativas. Portanto, os RUs mais elementares – acção, reflexivos, protesto - têm potencial para viabilizar a mudança desde que em interacção com outro tipo de RUs – reconceptualização e novas experiências. Se estes últimos estiverem ausentes, o potencial dos restantes para criar mudança é mais reduzido;

e. não obstante a necessidade de uma pluralidade de RUs, uns parecem ser mais essenciais (reconceptualização, novas experiências) do que outros (acção, reflexão, protesto). Os diferentes RUs assumem um poder distinto na construção da mudança, o que torna uns mais fundamentais do que outros. Assim, do universo de RUs, os de acção e os reflexivos são mais necessários no início da mudança, acabando por se destacar nessa fase. Têm o efeito de estimular, de motivar a mulher para explorar outras possibilidades. Mas não são suficientes, como vimos nos percursos com **insucessos**. Os RUs de protesto são também muito importantes: envolvem novas formas de interagir face ao problema, na díade, face aos discursos culturais, são porventura uma forma de ampliação da acção. Mas, entre os vários tipos de RUs, destaca-se a importância da meta-perspectiva acerca dos processos envolvidos na mudança (RUs reconceptualização): o acesso ao processo de transformação, o facto da pessoa se perceber como autor e actor das duas narrativas. Com a criação de uma meta-perspectiva acerca da mudança, o conjunto de RUs acaba por se tornar mais saliente na conversação terapêutica: à medida que se explora mais a transformação ocorrida ou em curso, uma das consequências é elaborar ainda mais as outras novidades na narrativa (e.g., acção, reflexão, protesto, novas experiências). Por isso, os RUs de reconceptualização são talvez os mais fundamentais para o processo de construção da mudança. São vários os motivos que fundamentam esta nossa apreciação: esse tipo de acontecimentos dá significado à acção, à reflexão, ao protesto e às novas experiências, criando um “efeito dominó”. A reconceptualização pode ser uma forma de expansão da reflexão, validando a ideia de que a mudança está em curso e dando lugar a uma nova narrativa (antecipada ou emergente). Por sua vez, particularmente visíveis no final da terapia, as novas experiências envolvem a projecção de temas novos, garantem que a nova história tem um futuro e alimentam a motivação na construção de uma história alternativa. Elas representam, porventura, a “prescrição” da mudança para o futuro;

f. atendendo a esse poder diferenciador dos RUs, a criação de um ciclo virtuoso de RUs na terapia (composto por vários movimentos de reconceptualização, de protesto, de acção, de reflexão e de novas experiências) viabiliza, de forma mais decisiva, a construção da mudança terapêutica. Vários ciclos de exploração de RUs - entre acção, reflexão e protesto, integrados através da reconceptualização, reforçados por mais ou novas novidades ao nível da acção e da reflexão - podem ser necessários para se alcançar a mudança: esta inicia-se através de acontecimentos excepcionais relacionados com a reflexão, a acção e o protesto e, a partir daí, a reconceptualização e as novas experiências. Estes movimentos, progressivos e diversificados, são necessários para que as participantes projectem as novas histórias para o futuro;

g. frequência, saliência e diversidade parecem ser dimensões conexas na construção de novas narrativas terapêuticas, reciprocamente instigadoras da mudança. Nesse sentido, tornam-se condições interdependentes na terapia. De qualquer forma, a saliência e a diversidade são condições mais essenciais e decisivas para o **sucesso** e, conseqüentemente, para a construção da mudança.

Em suma, o estudo empírico do processo terapêutico permite concluir que há certos elementos relacionados com os RUs que se associam ao **sucesso**: o movimento progressivo dos RUs ao nível da frequência, da saliência e da diversidade, a sua maior elaboração narrativa, a sua natureza mais heterogénea, bem como o tipo de RUs narrados.

III. Limitações do estudo

Independentemente da relevância das questões estudadas e dos dados obtidos para o debate científico no âmbito da psicoterapia, especificamente junto de mulheres maltratadas, o estudo desenvolvido encerra algumas limitações que podem ter influenciado os resultados e sobre as quais interessa reflectir.

Em primeiro lugar, um conjunto de questões metodológicas acabaram por limitar a própria análise dos dados, quer ao nível do estudo de resultados, quer ao nível do estudo do processo terapêutico. Desde logo, uma delas refere-se ao reduzido tamanho da amostra e outra ao facto de três participantes não terem completado o processo terapêutico.

Outra das dificuldades metodológicas que enfrentámos no desenvolvimento deste estudo envolveu a selecção das medidas de mudança terapêutica. Como referimos, a estratégia que convencionámos para estabelecer os grupos contrastantes baseou-se em critérios dicotómicos (e.g., presença/ausência de sintomatologia e de vitimação – tipo de actos/frequência) e não em medidas processuais ou dinâmicas. Apesar dessa opção ter sido útil para uma clara e objectiva diferenciação dos grupos, a opção tomada não deixa de gerar controvérsia e continua a colocar-nos actualmente muitas questões. Por um lado, não podemos dizer que as mulheres do grupo com insucesso, no final do processo ou no momento em que abandonaram o processo terapêutico, não mudaram de todo. Pode ter acontecido que a magnitude da mudança, menor comparativamente ao que se verificou no outro grupo, corresponda a mudanças de primeira ordem. Por outro lado, o facto de persistir no final algum tipo de violência exercida pelo parceiro também não significa que a terapia tenha sido ineficaz. Significa apenas que os seus parceiros não foram capazes de interromper totalmente a violência durante o tempo em que estas participantes estiveram em terapia. Posto isto, consideramos que para a análise da mudança junto de mulheres maltratadas devemos procurar desenvolver outras medidas de contrastação para além da dimensão da sintomatologia e da cessação do abuso do parceiro, quer quantitativas quer mais qualitativas.

Ainda no que se refere às medidas utilizadas, entendemos actualmente que, ao nível da vitimação, deveríamos ter realizado uma avaliação mais sistematizada e rigorosa, por exemplo, a partir do IVC - Inventário de Violência Conjugal (Machado, Matos & Gonçalves, 2000), que permite avaliar a taxa de prevalência de vários actos de violência perpetrados e recebidos por parte de parceiros íntimos e identificar a frequência com que ocorrem estas diferentes manifestações de violência. A nível da aliança terapêutica, deveríamos também ter administrado a WAI desde a primeira sessão a todos os clientes. Essa avaliação inicial, e porventura uma avaliação mais regular no âmbito das sessões, poderia ter sido mais informativa quer sobre a forma como essa variável evoluiu no âmbito da terapia, quer sobre o modo como ela era avaliada no momento da ruptura nos casos de *drop-out*.

Outra limitação do estudo reside na ausência de um grupo de controlo, dimensão que seria relevante sobretudo para o estudo sobre os resultados terapêuticos. Em última análise, a inexistência desse grupo impede-nos de atribuir as mudanças desenvolvidas pelas mulheres à própria terapia. Por outro lado, o grau de confiança na análise comparativa entre os sucessos e os insucessos teria um valor acrescido se existisse um

grupo de controlo. De qualquer forma, tendo em conta a natureza exploratória deste estudo, a sua ênfase central no processo terapêutico, bem como as questões éticas que a constituição de um grupo de controlo neste contexto levantaria, esta não é de todo uma das principais limitações.

Por último, independentemente do facto de já ter existido uma avaliação *follow-up*, tal como sugere a literatura neste domínio (Hill, 1990), seria também importante analisar resultados mais distantes (e.g., um ano após a terapia).

Em segundo lugar, certos elementos considerados relevantes no âmbito da investigação do processo terapêutico não foram considerados neste estudo. Um deles relaciona-se com a influência bidireccional terapia - acontecimentos de vida (isto é, acontecimentos externos à terapia) (Elliot, 2002). De referir que a integração desse tipo de dimensões acrescentaria uma grande complexidade à própria análise dos casos.

Contudo, admitimos que quer os resultados, quer o processo terapêutico podem ter sido influenciados por diversas variáveis associadas aos intervenientes na terapia, inerentes ao processo terapêutico e/ou relacionados com factores externos (isto é, eventos que ocorrem fora da terapia durante o acompanhamento) (Beutler & Hill, 1992). Apesar de muitas das dimensões dos processos terem sido semelhantes (e.g., número total de sessões, periodicidade semanal ou quinzenal, presença de *follow-up*, a mesma terapeuta, a mesma abordagem psicoterapêutica) e de alguns dos factores referidos terem sido considerados na análise (e.g., características demográficas dos clientes, crenças sobre os maus tratos, aliança terapêutica, existência de episódios de violência, aplicação de medidas judiciais, acompanhamento terapêutico do parceiro), muitas outras questões poderiam ter sido igualmente consideradas (e.g., avaliação da satisfação marital, qualidade da rede de suporte, reacção do parceiro às mudanças implementadas). Existem, por exemplo, três factores que não foram integrados na análise dos casos e que podem ter comprometido de forma significativa o sucesso: a ausência de validação dos RUs fora da terapia, a hesitação das próprias clientes perante a mudança e o papel das audiências face às transformações desenvolvidas. Julgamos que essa análise será mais fácil se se tratar os dados e as várias dimensões que enunciámos a nível de estudo de caso, dado essa condição tornar mais fácil a leitura contextual dos resultados.

Em terceiro lugar, há limitações inerentes à própria natureza desta investigação, orientada para a descoberta: tal como refere a literatura, neste contexto o investigador

traça o seu percurso de investigação individualmente e muitas vezes acaba por desenvolver as suas medidas de análise. Alguns autores (e.g., Kiesler, 1973, cit. Hill, Nutt & Jackson, 1994) alertam inclusive para o facto de muitas vezes acontecer que as medidas desenvolvidas no âmbito de uma determinada investigação não voltam a ser utilizadas noutros estudos. Isso acarreta algum caos e disjunção no domínio da investigação do processo terapêutico, já que essa condição torna a contrastação entre estudos mais difícil.

Conscientes dessa limitação e reconhecendo que o uso das mesmas medidas facilita a comparação entre estudos, temos procurado desenvolver novas pistas de investigação sobre os RUs (reflectidas na conclusão deste estudo), no contexto das quais será replicada a mesma metodologia. Até ao momento conseguimos desenvolver uma metodologia de observação dos dados, construir algumas hipóteses no âmbito do desenvolvimento de teoria mas muitas questões continuam por responder e necessitam de ser exploradas.

Por fim, atendendo às características do estudo (e.g., tamanho da amostra, contexto de descoberta), os resultados alcançados não podem ser generalizáveis no domínio da mudança em psicoterapia. Não sabemos se os padrões de construção da mudança encontrados se verificam noutras problemáticas. Tão pouco poderemos dizer que todas as mulheres abusadas que são alvo de psicoterapia mudam a partir dos padrões conhecidos no âmbito deste estudo.

Capítulo VII

CONCLUSÃO

O nosso interesse pelo estudo da mudança, especificamente no contexto dos maus tratos conjugais, surgiu numa investigação anterior (Matos & Gonçalves, 2002). Nessa altura, entre outros resultados, foi possível estabelecer uma grelha de codificação de RUs. Percebemos, então, que a partir dessa primeira sistematização vários desenvolvimentos eram possíveis no plano empírico.

Desde logo, uma das direcções possíveis da pesquisa envolvia compreender o papel e o impacto dos RUs na construção da mudança. Pensámos que esse tema poderia ser melhor estudado no âmbito da psicoterapia. A escassez de investigações sobre o processo terapêutico e sobre os elementos responsáveis pela mudança no domínio da vitimação na intimidade vieram apenas reforçar a nossa ideia. Foi, portanto, desse contexto que resultou o actual trabalho.

Como referimos, depois da construção de uma metodologia para a análise dos RUs teve lugar o estudo do processo terapêutico. Através dele, analisámos a forma como se processam as trajectórias de RUs nos sucessos e nos insucessos terapêuticos, percebemos como é que estes surgem na conversação entre terapeuta e cliente e reflectimos sobre o seu papel na transformação narrativa. A partir da sua diferenciação, conhecemos a diversidade de transformações e de significados associados à construção da mudança. Percebemos também que, ainda que alguns dos RUs se situem na paisagem da acção ou da consciência (por exemplo, os RUs de acção pertencem à paisagem da acção e os de reflexão à paisagem da consciência), há outras categorias de RUs que estão simultaneamente distribuídas entre ambas as paisagens, isto é, envolvem algum tipo de acção, mas também valores, intenções e sentimentos (Gonçalves & Matos, submetido para publicação).

Uma das principais conclusões do estudo sobre o processo terapêutico é de que RUs se tornam elementos poderosos de mudança se certas dimensões estiverem associadas à sua narração: um movimento progressivo ao nível da frequência, da saliência e da diversidade dos RUs, a sua clara elaboração narrativa e, ainda, o tipo de RUs narrados. Essas revelam-se condições interdependentes para o desenvolvimento de uma terapia bem sucedida. É dessa forma que os RUs potenciam de facto a criação algo

novo na experiência das clientes. No essencial, essas condições viabilizam a evolução dos episódios únicos para histórias preferenciais. A elaboração narrativa dos RUs de reconceptualização e de novas experiências revela-se particularmente útil para a construção processual da mudança. Para além disso, para que esta se comece a organizar, é importante que no processo terapêutico haja complementaridade e articulação entre os diferentes RUs. Essa circunstância viabiliza a criação de um ciclo virtuoso de RUs na terapia, potenciador de uma mudança mais favorável. O mesmo é dizer que, dessa forma, se torna mais provável a mulher conseguir libertar-se da experiência abusiva e dos seus efeitos e, conseqüentemente, construir uma nova narrativa. Na ausência das dimensões referidas, apesar da sua presença, os RUs podem ser incapazes de criar mudanças significativas.

Embora se verifique uma associação entre essas dimensões dos RUs e o sucesso terapêutico, há uma questão que permanece em aberto: qual a relação entre os processos narrativos e os resultados terapêuticos? Por outras palavras, até que ponto o tipo de episódios que estas mulheres contam é reflexo do sucesso da terapia? Até que ponto o sucesso da terapia (isto é, a produção de resultados em direcção à mudança) decorre do tipo de episódios que contam (McLeod, 1997) e da forma como os contam?

A partir do estudo realizado aproximamo-nos mais da última reflexão, isto é, da ideia de que os RUs podem ser responsáveis pelas transformações positivas sucedidas na terapia, quer pela sua natureza, quer pela forma como se desenvolvem e como são elaborados na conversação terapêutica.

De qualquer forma, seria interessante em estudos futuros explorar melhor essa relação. Essa ligação entre a investigação do processo e dos resultados é, como referimos na parte teórica deste trabalho, fundamental para a evolução do conhecimento sobre a psicoterapia.

Apesar do estudo permitir responder às principais questões de partida, ao longo da sua realização foram surgindo novas interrogações.

Por um lado, levantam-se questões sobre a natureza dos RUs: a classificação da sua heterogeneidade é válida ou aplicável a outras problemáticas no âmbito da mudança psicoterapêutica? Por outras palavras, os padrões de RUs encontrados neste estudo verificam-se noutras problemáticas? Haverá semelhanças na forma como estes se desenvolvem noutros contextos terapêuticos?

Por outro lado, o poder dos RUs na construção da mudança também gera outras questões: o que acontece quando se aplicam outros modelos terapêuticos com o mesmo tipo de população (e.g., intervenção em crise, intervenção feminista)? Por outro lado, o impacto que os diferentes tipos de RUs têm na mudança é exclusivo do contexto dos maus tratos íntimos, é particular a esta problemática? Ou o seu poder é análogo noutras quadros clínicos e noutras problemáticas?

A propósito dessas últimas questões, temos alguma curiosidade em perceber como é que os RUs se desenvolvem na psicoterapia com outras populações mais típicas da psicologia da justiça, por exemplo, os parceiros maltratantes. Outra expansão interessante deste estudo seria replicá-lo com vítimas adultas de outros tipos de crime (e.g., violação) e com crianças (e.g., abusos sexuais, maus tratos).

Por sua vez, as próprias conclusões do estudo conduzem a outras questões. Em nosso entender, algumas das respostas continuam incompletas no que respeita à mudança psicoterapêutica junto das mulheres maltratadas. Interessa compreender melhor as interações entre os diferentes RUs, através de uma análise mais dinâmica dos mesmos no contexto de cada sessão (e.g., como se processa a articulação entre os diferentes padrões de RUs? Até que ponto uns possibilitam a abertura de outros? Que tipo de relação existe entre os diferentes RUs?).

A investigação realizada permitiu, essencialmente, captar um retrato dos RUs e do seu desenvolvimento a partir da análise de quatro em quatro sessões. Falta, porém, analisar o seu movimento (sequencial) dentro da própria sessão e, ainda, de sessão para sessão. Para além disso, seria importante avaliar a evolução de cada um dos RUs: será que os RUs identificados ao longo do processo terapêutico são de facto episódios diferentes entre si, originais? Ou será que correspondem a elaborações ou desenvolvimentos de RUs já narrados em sessões anteriores de forma mais “primitiva”? Como é que se processa especificamente a sua evolução e elaboração entre as sessões? Qual o “grau” de redundância e de originalidade dos RUs?

Outras questões merecem ser melhor exploradas. Uma delas refere-se à suscitação dos RUs. Esta dimensão poderá ser analisada de forma mais interactiva: para além de quem suscita o RU seria importante perceber que tipos de RUs são mais suscitados pelo terapeuta e pelo cliente (e.g., RUs de reconceptualização). A este nível, há ainda outras orientações de pesquisa possíveis: quem desenvolve o RU? Quem é responsável pelo seu desenlace na conversação terapêutica? Outra dimensão a estudar relaciona-se com o

papel das audiências na validação e na ampliação dos RUs: como é que essa dimensão pode, de facto, facilitar a mudança? Qual o contributo das audiências na amplificação dos ciclos de exploração da novidade?

Em síntese, embora este estudo possa ter contribuído para conhecer melhor os processos envolvidos na mudança psicoterapêutica junto de mulheres com experiência de maus tratos na intimidade, é possível expandir este trabalho de múltiplas formas. Muitos desenvolvimentos e ampliações são possíveis a partir dele, uma vez que, como foi mencionado, os desafios continuam a ser muitos e de ordem diversa.

Dado que a articulação entre a investigação e a prática é igualmente fundamental para o avanço do conhecimento em ambos os domínios, interessa reflectir sobre as eventuais implicações práticas do trabalho de pesquisa realizado.

Assim, no plano terapêutico, o estudo corrobora a ideia de que narrar uma história acerca da experiência de maus tratos é importante, mas por si só pode não ser suficiente para construir uma realidade alternativa. As experiências de vida destas mulheres, no sentido mais amplo, devem ocupar um lugar central na psicoterapia, desde o seu início, e não apenas as manifestações do problema e as dificuldades que dele decorrem. Portanto, é importante o terapeuta estar atento aos problemas e, simultaneamente, às suas excepções (aos RUs). Só dessa forma é que os encontros terapêuticos poderão contribuir para a construção da re-autoria. Se isso não acontecer, isto é, se o terapeuta prestar mais atenção ao problema do que às suas excepções estará, entre outros aspectos, a comprometer a validação de narrativas alternativas (Botelha, 2001).

O estudo destaca, em particular, a relevância clínica dos RUs serem narrados, reconhecidos, validados e amplificados na conversação terapêutica. A importância de se estimular a sua diversidade é outra implicação prática que decorre da actual investigação.

Outra das evidências deste trabalho relaciona-se com o facto da construção da mudança terapêutica não se ter processado de forma universal para o conjunto de mulheres que experimentaram os maus tratos do parceiro. Vimos, por exemplo, que a evolução sobretudo do grupo com sucesso envolveu trajectos muito diversos e, por isso mesmo, originais entre si. Embora comungassem de muitos aspectos (e.g., em termos de frequência, saliência, diversidade de RUs), cada uma dessas participantes construiu o seu percurso, de forma mais ou menos amplificada. Assim, independentemente da sua

trajectória nas sessões, o mais importante é que os RUs adquiram potencial de mudança ao longo da terapia.

De qualquer forma, importa sublinhar a necessidade de se avançar mais no desenvolvimento de estudos sobre o processo de mudança no contexto dos maus tratos, dada a necessidade de se continuar a informar empiricamente a prática terapêutica. Sistematizar os resultados dos estudos que forem realizados e superar algumas das dificuldades metodológicas que a investigação deste objecto continua a enfrentar são outras necessidades paralelas. É preciso, por exemplo, investir mais na construção de metodologias de análise do processo terapêutico.

Por último, importa dizer que aprendemos imenso no contexto da psicoterapia junto deste grupo de mulheres, desde o ponto de partida até ao ponto de chegada... O trabalho junto delas permitiu ampliar o nosso conhecimento a vários níveis, não só sobre o fenómeno dos maus tratos e das experiências de vitimação que lhe estão subjacentes, mas sobretudo acerca das histórias “colaterais” que podem efectivamente ajudar a debelar os seus efeitos, a quebrar o *status quo* do abuso e a criar vivências alternativas.

BIBLIOGRAFIA

- A.P.A.V. (2003). *Relatório Penélope sobre violência doméstica no sul da Europa*.
- A.P.A.V. (2004). *Estatísticas 2004* (<http://www.apav.pt>).
- Abbott, P. & Williamson, E. (1999). Women, health and domestic violence. *Journal of Gender Studies*, 8, 84-104.
- Abel, E. M. (2000). Psychosocial treatments for battered women: A review of empirical research. *Research on Social Work Practice*, 10, 1, 55-77.
- Alarcão, M. (2000). *(des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Aldorondo, E. & Straus, M. A. (1994). Screening for physical violence in couple therapy: Methodological, practical and ethical considerations. *The Family Process*, 33, 425-439.
- Alexander, R. (1993). Wife battering: An Australian perspective. *Journal of Family Violence*, 8, 29-245.
- Almeida, M. R. C. & Alão, A. P. (1993). *Inquérito de vitimação 1992*. Lisboa: GEPMJ.
- Almeida, M. R. C. & Alão, A. P. (1995). *Inquérito de vitimação 1994*. Lisboa: GEPMJ.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Anderson, S. A. & Schlossberg, M. C. (1999). Systems perspectives on battering: The importance of context and pattern. In M. Harway & J. M. O'Neil (Ed.), *What causes men's violence against women?* (pp. 137-152). Thousand Oaks: Sage.
- Anderson, D. K., Saunders, D. G., Yoshihama, M., Bybee, D. I. & Sullivan, C. M. (2003). Long-term trends in depression among women separated from abusive partners. *Violence Against Women*, 9, 7, 807-838.
- Anderson, H. & Saunders, D. G. (2003). Leaving an abusive partner: An empirical review of predictors, the process of leaving and psychological well-being. *Trauma, Violence and Abuse*, 4, 2, 163-191.
- Angus, L. E., Lewin, J., Bouffard, B. & Rotondi-Trevisan, D. (2004). "What's the story?" Working with narrative in experimental psychotherapy. In L. E. Angus & J. McLeod, *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 87-101). Thousand Oaks: Sage.
- Antunes, R. & Machado, C. (2003). Dupla invisibilidade: A violência nas relações homossexuais. *Psychologica*, 39, 167-187.

- Ashmore, R. D. & Jussim, L. (1997). *Self and identity: Fundamental issues*. New York: Oxford University Press.
- Austin, J. B. & Dankwort, J. (1999). The impact of a batterers' program on battered women. *Violence Against Women*, 5, 1, 25-42.
- Babcock, J. C. & Steiner, R. (1999). The relationship between treatment, incarceration, and recidivism of battering: A program evaluation of Seattle's coordinated community response to domestic violence. *Journal of Family Psychology*, 13, 1, 46-59.
- Babcock, J. C. & Taillade, J. J. (2000). Evaluating interventions for men who battered. In J. P. Vincent & E. N. Jouriles (Eds.), *Domestic violence: Guidelines for a research-inform practice* (pp. 37-77). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Baerger, D. R. & McAdams, D. P. (1999). Life story coherence and its relation to psychological well-being. *Narrative Inquiry*, 9(1), 69-96.
- Baptista, I., Silva, A. P., Silva, M. J. & Neves, V. (2003). *Violência: Trajetórias institucionais de reinserção*. CESIS.
- Barnett, O.W. & Fagan, R.W. (1993). Alcohol use in male spouse abusers and their female partners. *Journal of Family Violence*, 8, 1-10.
- Bennett, L. & Williams, O. J. (2003). Substance abuse and men who batter. *Violence Against Women*, 9, 5, 558-575.
- Berman, P. S. (1993). Impact of abusive marital relationships on children. In M. Hansen & M. Harway (Eds.), *Battering and family therapy: A feminist perspective* (pp. 134-146). Thousand Oaks: Sage.
- Berns, N. (2001). Degendering the problem and gendering the blame: Political discourse on women and violence. *Gender & Society*, 15, 2, 262-281.
- Berry, D. B. (2000). *The domestic violence sourcebook*. Lowell house: Illinois.
- Beutler, L. E. & Hill, C. E. (1992). Process and outcome research in the treatment of adult victims of childhood sexual abuse: Methodological issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 2, 204, 212.
- Blau, T. H. (1998). *The psychologist as expert witness*. NY: John Wiley & Sons.
- Bograd, M. & Mederos, F. (1999). Battering and couples therapy: Universal screening and selection of treatment modality. *Journal of Marital & Family Therapy*, 25, 3, 291-312.
- Bollair, I. (2004). *Dou-te os meus olhos*.

- Botelha, L. (2001). Diálogo, relações e mudança: Uma aproximação discursiva à psicoterapia construtivista. In M. M. Gonçalves & O. F. Gonçalves (Coords.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança* (pp. 91-123). Coimbra: Quarteto.
- Botelha, L., Herrero, O., Pacheco, M. & Corbella, S. (2004). Working with narrative in psychotherapy: A relational constructivist approach. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and practice* (pp. 119-136). California: Sage.
- Bowker, L. H. (1993). A battered woman's problems are social, not psychological. In R. J. Gelles & D. R. Loseke (Eds.), *Current controversies on family violence* (pp. 133-151). Thousand Oaks: Sage.
- Brandl, B., Hebbert, M., Rozwadowski, J. & Spangler, D. (2003). Feeling safe, feeling strong. *Violence Against Women*, 9, 12, 1490-1503.
- Brehm, S. S., Miller, R. S., Perlman, D. & Campbell, S. M. (2002). *Intimate relationships* (3rd Ed.). New York: McGraw-Hill Higher Education.
- Brown, P. D. & O'Leary, K. D. (1997). Wife abuse in intact couples: A review of couples treatment progress. In G. K. Kantor & J. L. Jasinski (Eds.), *Out of the darkness: Contemporary perspectives on family violence* (pp. 183-193). Thousand Oaks: Sage.
- Brown, P. D., O'Leary, K. D. & Feldbau, S. R. (1997). Dropout in a treatment program for self-referring wife abusing men. *Journal of Family Violence*, 12, 4, 365-385.
- Bruner, J. (2004). The narrative creation of self. In L. E. Angus & J. McLeod, *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 3-14). Thousand Oaks: Sage.
- Burke, J. G., Gielen, A. C., McDonnell, K. A., O'Campo, P. & Maman, S. (2001). The process of ending abuse in intimate relationships. *Violence Against Women*, 7, 10, 1144-1163.
- Buzawa, E. S. & Buzawa, C.G. (1996). *Domestic violence: The criminal justice response*. London: Sage.
- Callahan, M. R.; Tolman, R. M. & Saunders, D. G. (2003). Adolescent dating violence victimization and psychological well-being. *Journal of adolescent research*, 18, 664-681.

- Campbell, J. C. (1995). Prediction of homicide of and by battered women. In J.C. Campbell (Ed.), *Assessing Dangerousness. Violence by sexual offenders, batterers and child abusers* (pp. 96-113). Thousand Oaks: Sage.
- Campbell, J. C. (1998). Making the health care system an empowerment zone for battered women: Health consequences, policy recommendations, introduction and overview. In J. C. Campbell (Ed.), *Empowering survivors of abuse* (pp. 3-22). Thousand Oaks: Sage.
- Campbell, J. C. (2000). Promise and perils of surveillance in addressing violence against women. *Violence Against Women*, 6, 7, 705-727.
- Campbell, J. C. & Landerburger, K. (1995). Violence against women. In C. Fogel & N.F. Woods (Eds.), *Women's health care: A comprehensive handbook* (pp. 407-425). Thousand Oaks: Sage.
- Canavarro, M. C. S. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – B. S. I. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*, Vol. II (pp. 95-109). Braga: APPORT/SO.
- Carlson, B. E., McNutt, L., Choi, D. Y. & Rose, I. M. (2002). Intimate partner abuse and mental health, *Violence Against Women*, 8, 6, 720-745.
- Cascardi, M. & Vivian, D. (1995). Context for specific episodes of marital violence: Gender and severity of violence differences. *Journal of Family Violence*, 10, 265-289.
- Cervantes, N. N. & Cervantes, J. M. (1993). A multicultural perspective in the treatment of domestic violence. In M. Hansen & M. Harway (Eds.), *Battering and family therapy: A feminist perspective* (pp. 156-174). Thousand Oaks: Sage.
- Chaplin, J. (1999). *Feminist counselling in action* (2ndEd.). Thousand Oaks: Sage.
- Choice, P. & Lamke, L. K. (1997). A conceptual approach to understanding abused women's stay/leave decisions. *Journal of Family Issues*, 18, 3, 290-314.
- Chung, M. C., Farmer, S., Grant, K., Newton, R., Payne, S., Perry, M., Sanders, J., Smith, C. & Stone, N. (2002). Self-esteem, personality and post traumatic stress symptoms following the dissolution of a dating relationship. *Stress and Health*, 18, 83-90.
- CIDM (2003). *II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica*. Lisboa.
- Cooper, M. (1999). If you can't be Jekyll be Hyde: An existential-phenomenological exploration on lived-plurality. In J. Rowan & M. Cooper (Eds), *The plural self. Multiplicity in everyday life* (pp. 51-70). London: Sage.

- Costa, D. (2002). *Percepção social da mulher vítima de violência conjugal: Estudo exploratório no concelho de Lisboa*. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Sociologia. Lisboa: ISCSP.
- Cox, J. W. & Stoltenberg, C. D. (1991). Evaluation of a treatment program for battered wives. *Journal of Family Violence*, 6, 395- 403.
- Dankwort, J. & Rausch, R. (2000). Men at work to end wife abuse in Quebec: A case study in claims making. *Violence Against Women*, 6, 9, 936-959.
- Dasgupta, S. D. (2002). A framework for understanding women's use of nonlethal violence in intimate heterosexual relationships. *Violence against women*, 8, 11, 1364-1389.
- de Shazer (1991). *Putting difference at work*. New York: Norton.
- DeKeseredy, W. S. (2000). Current controversies on defining nonlethal violence against women in intimate heterosexual relationships, *Violence Against Women*, 6, 7, 728-746.
- DeKeseredy, W.S. & Schwartz , M.D. (2001). Definitional issues. In C. M. Renzetti, J. L. Edleson & R. K. Bergen (Eds.), *Sourcebook on violence against women* (pp. 143-178). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Dell, P. F. (1989). Violence and the systemic view: The problem of power. *The Family Process*, 28, 1-14.
- Diário da República (1991). *Lei n.º 61/91*, 185, 4100-4102.
- Dias, I. (2004). *Violência da família. Uma abordagem sociológica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Dimaggio, G. & Semerari, A. (2004). Disorganized narratives: The psychological condition and its treatment. In L. E. Angus & J. McLeod, *The Handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 263-282). Thousand Oaks: Sage.
- Dimmitt, J. & Davilla. Y. R. (1995). Group psychotherapy for abused women: A survivor-group prototype. *Applied Nursing Research*, 8, 1, 3-7.
- Doan, R. E. (1998). The king is dead; long live the king: Narrative therapy and practicing what we preach. *The Family Process*, 37, 379-385.
- Dobash, R. E. & Dobash, R. P. (1998). *Rethinking violence against women*. Thousand Oaks: Sage.
- Dobash, R. E., Dobash, R. P., Cavanagh, K. & Lewis, R. (2000). *Changing violent men*. Thousand Oaks: Sage.

- Doerner, W.D. & Lab, S.P. (1995). *Victimology*. Cincinnati: Anderson Publishing Co.
- Doyle, R. (1997). *A mulher que ia contra as paredes*. Lisboa: Relógio d'água.
- Drewery, W. & Winsdale, J. (1997). The theoretical story of narrative therapy. In G. Monk, J. Winslade, K. Crockett & D. Epston, *Narrative therapy in practice: The archaeology of hope* (pp. 32-52). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Dutton, D. G. & Kropp, P.R. (2000). A review of domestic violence risk instruments, *Trauma, Violence and Abuse*, 2, 171- 181.
- Dutton, M. A. (1995). Battered women's strategic response to violence: The role of context. In J. L. Edleson & Z. C. Eisikovits (Eds.), *Future Interventions with battered women and their families* (pp. 105-124). Thousand Oaks: Sage.
- Eaton, T.T. Abeles, N & Gutfreund, M.J. (1992). Therapeutic alliance and outcome: Impact of treatment length and pretreatment symptomatology, *Psychotherapy*, 25(4), 536-542.
- Eckhardt, C. I., Babcock, J. & Homack, S. (2004). Partner assaultive men and the stages and processes of change. *Journal of Family Violence*, 19, 2, 81-93.
- Edleson, J. & Tolman, R. (1992). Intervention for men who batter: An ecological approach. Newbury Park, CA: Sage.
- Egeland, B. (1993). A history of abuse is a major risk for abusing the next generation. In R. J. Gelles & D. R. Loseke (Eds.), *Current controversies on family violence* (pp. 197-216). London: Sage.
- Eisikovits, Z.C. & Buchbinder, E. (1997). Toward a phenomenological intervention with violence in intimate relationships. In Jeffrey L. Edleson & Zvi C. Eisikovits (Eds.), *Future interventions with battered women and their families* (pp. 186-220). Thousand Oaks: Sage.
- Elliot, R. (2002). Hermeneutic single-case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12(1), 1-12.
- Elliot, R. & Greenberg, L. S. (1997). Multiple voices in process-experiential therapy: Dialogues between aspects of the self. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7, 3, 225-262.
- Emery, B. C. & Lloyd, S. A. (1994). Women who use aggression in close relationships. In D. L. Sollie & L. A. Leslie (Eds.), *Gender, families and close relationships: Feminist research journeys* (pp. 237-262). Thousand Oaks: Sage.

- Epston, D., White, M. & Murray, K. (2001). A proposal for a re-authoring therapy: Rose's revisioning of her life and a commentary. In S. McNamee & K. J. Gergen (Ed.), *Therapy as social construction* (pp. 96-115). Thousand Oaks: Sage.
- Fernandes, E. M. (2001). *Encontro de narrativas terapêuticas*. Braga: CEEP.
- Ferraro, K. J. (2003). The words change, but the melody lingers: The persistence of the battered woman syndrome in criminal cases involving battered women. *Violence Against Women*, 9, 1, 110-129.
- Firestone, J. M., Harris, R. J. & Vega, W. A. (2003). The impact of gender role ideology, male expectancies and acculturation on wife abuse. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 549-564.
- Fleury, R. E., Sullivan, C. M. & Bybee, D. B. (2000). When ending the relationship does not end the violence, *Violence Against Women*, 6, 12, 1363-1383.
- Foreman, S. & Dallos, R. (1993). Domestic Violence. In R. Dallos & E. McLaughlin. *Social problems and the family* (pp. 7-46). Thousand Oaks: Sage.
- Freedman, J. & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: Norton.
- Fruggeri, L. (1992). Therapeutic process as the social construction of change. In S. McNamee & K. J. Gergen (Ed.), *Therapy as social construction* (pp. 40-53). Thousand Oaks: Sage.
- Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Justiça (2003). *Estatísticas criminais*. Lisboa: GEPMJ.
- Garfield, S. L. (1990). Issues and methods in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 3, 273-280.
- Gelles, R. J. (1997). *Intimate violence in families*. Thousand Oaks: Sage.
- Gelles, R. J & Loseke, D. R. (1993). *Current controversies on family violence*. London: Sage.
- Gergen, K. J. (1992). *El yo saturado*. Barcelona: Paidós
- Gergen, K. J. (1996). *Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. J. (1999). *An invitation to social construction*. Thousand Oaks: Sage.
- Gergen, K. J. & Gergen, M.M. (1988). Narrative and self as relationship. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental Social Psychology* (vol. 21). San Diego: Academic Press.

- Gergen, K. J. & Kaye, J. (1992). Beyond narrative in the negotiation of therapeutic meaning. In S. McNamee & K. J. Gergen (Ed.), *Therapy as social construction* (166-185). Thousand Oaks: Sage.
- Gergen, K. J. & Warhuus, L. (2001). Terapia como construção social: Características, reflexões e evoluções. In M. M. Gonçalves & O. F. Gonçalves (Coords.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança* (pp. 27-64). Coimbra: Quarteto.
- Gerlock, A. A. (2001). Relationship mutuality: Why is it important in batterers' rehabilitation? *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 8, 768-783.
- Ghez, M. (2001). Getting the message out: Using media to change social norms on abuse. In C. M. Renzetti, J. L. Edleson & R. K. Bergen (Eds.), *Sourcebook on violence against women* (pp. 417-438). Thousand Oaks: Sage.
- Giles-Sims, J. (1998). The aftermath of partner violence. In Jana L. Jasinski & Linda M. Williams (Eds.), *Partner violence. A comprehensive review of 20 years of research*. (pp. 44-72). California: Sage.
- Girshick, L. B. (2002). No sugar, no spice. *Violence Against Women*, 8, 12, 1500-1520.
- Glass, N., Fredland, N., Campbell, J., Yonas, M., Sharps, P. & Kub, J. (2003). Adolescent dating violence: Prevalence, risk factors, health outcomes and implications for clinical practice. *JOGNN Clinical Issues*, 32, 227-238.
- Goldner, V. (1999). The treatment of violence and victimization in intimate relationships. *The Family Process* (CD-ROM Family Process).
- Gonçalves, M. M. (2003). *Psicoterapia, uma arte retórica: Contributos das terapias narrativas*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, M. M. (2005). Falácias de uma concepção monológica da mudança em psicoterapia, *Psychologica*, 40, 155-172.
- Gonçalves, M. M. (2006). Relação terapêutica nos modelos narrativos: potencialidades e limitações, *Psychologica*, 41, 281-295.
- Gonçalves, M. M. & Matos, M. (submetido para publicação). Narrative therapies and the nature of "unique outcomes" in the construction of change. *Theory and Psychology*.
- Gonçalves, M. M. & Henriques, M. R. (2000). *Terapia narrativa da ansiedade*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, M. M. & Gonçalves, O. F. (2001) (Coords.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança*. Coimbra: Quarteto.

- Gonçalves, M. M., Salgado, J., Matos, M., Rosa, C., Duarte, F., Tavares, S., Meira, L., Cunha, C. & Santos, A. (2004). *Narratives and Dialogical Processes: From the dialogization of totalitarian narratives to the dialogical articulation of voices' diversity*. Paper presented at the International Conference on “Methods for studying human development in culturally diverse contexts”. Brasil, Serrambi.
- Gonçalves, O. F. (2000). *Viver narrativamente: A psicoterapia como adjetivação da experiência*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, O. F., Henriques, M. R. & Machado, P. P. (2004). Nurturing nature: Cognitive narrative strategies. In L. E. Angus & J. McLeod, *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 103-117). Thousand Oaks: Sage.
- Gonçalves, R. A. (2004). Agressores conjugais: Investigar, avaliar e intervir na outra face da violência conjugal. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 4, 541-558.
- Gondolf, E. W. (1993). Treating the batterer. In M. Hansen & M. Harway (Eds.), *Battering and family therapy: A feminist perspective* (pp. 105-118). Thousand Oaks: Sage.
- Gondolf, E. W. (1997). Expanding batterer program evaluation. In G. K. Kantor & J. L. Jasinski (Eds.), *Out of the darkness: Contemporary perspectives on family violence* (pp. 208-218). Thousand Oaks: Sage.
- Gondolf, E. W. (1998). *Assessing woman battering in Mental Health Services*. Thousand Oaks: Sage.
- Gondolf, E. W. (1999). MCMI-III Results for batterer program participants in four cities: Less “pathological” than expected. *Journal of Family Violence*, 14, 1, 1-17.
- Gondolf, E. W. (2001). Limitations of experimental evaluation of batterer programs. *Trauma, Violence & Abuse*, 2, 1, 79-88.
- Gondolf, E. W. (2004). Regional and cultural utility of conventional batterer counselling. *Violence Against Women*, 10, 8, 880-900.
- Gondolf, E. W. & White, R. J. (2000). “Consumer” recommendations for batterers programs. *Violence Against Women*, 6, 2, 198-217.
- Goodking, J. R., Gillum, T. L., Bybee, D. I. & Sullivan, C. M. (2003). The impact of family and friend’s reactions on the well-being of women with abusive partners, *Violence Against Women*, 9, 3, 347-373.

- Goodyear-Smith, F. A. & Laidlaw, T. M. (1999). Aggressive acts and assaults in intimate relationships: Towards an understanding of the literature, *Behavioral Sciences and the Law*, 17, 285-304.
- Gordon, M. (2000). Definitional issues in violence against women. *Violence Against Women*, 6, 7, 747-783.
- Greene, A. F. (1999). Biological perspectives on violence against women. In M. Harway & J. M. O'Neil (Ed.), *What causes men's violence against women?* (pp. 51-60). Thousand Oaks: Sage.
- Greene, K & Bogo, M. (2002). The different faces of intimate violence: Implications for assessment and treatment, *Journal of Marital & Family Therapy*, 28, 4, 455-466.
- Gregory, C. & Erez, E. (2002). The effects of batterer intervention programs: The battered women's perspectives. *Violence Against Women*, 8, 2, 206-232.
- Hamberger, L. K. & Guse, C. E. (2002). Men's and women use of intimate partner violence in clinical samples, *Violence Against Women*, 11, 1301-1331.
- Hamby, S. (1998). Partner violence. Preventive and intervention. In J. Jasinski & L. Williams (Eds.), *Partner violence – A comprehensive review of 20 years research* (pp. 211-260). Thousand Oaks: Sage.
- Hanna, F. J. & Ritchie, M. H. (1995). Seeking the active ingredients of psychotherapeutic change: Within and outside the context of therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 2, 176-183.
- Hansen, M. (1993). Feminism and family therapy: A review of feminist critiques of approaches to family violence. In M. Hansen, & M. Harway (Eds.), *Battering and family therapy: A feminist perspective* (pp. 69-81). Thousand Oaks: Sage.
- Hansen, M. & Goldenberger, I. (1993). Conjoint therapy with violent couples: Some valid considerations. In M. Hansen, & M. Harway (Eds.), *Battering and family therapy: A feminist perspective* (pp. 82-92). Thousand Oaks: Sage.
- Hansen, M. & Harway, M. (1993). *Battering and family therapy: A feminist perspective*. Thousand Oaks: Sage.
- Hardtke, K. K. & Angus, L. E. (2004). The narrative assessment interview: Assessing self-change in psychotherapy. In L. E. Angus & J. McLeod, *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 247-262). Thousand Oaks: Sage.

- Harris, R., Stickney, J., Grasley, C., Hutchinson, G., Greaves, L. & Boyd, T. (2001). Searching for help and information: Abused women speak out. *Library & Information Science Research*, 23, 123-141.
- Harris, S. M. & Dersch, C. A. (2001). "I'm just not like that": Investigating the intergenerational cycle of violence. *The Family Journal: Counselling and Therapy for Couples and Families*, 9, 3, 250-258.
- Harway, M. (1993). Battered women: Characteristics and causes. In M. Hansen & M. Harway (Eds.), *Battering and family therapy: A feminist perspective* (pp. 29-53). Thousand Oaks: Sage.
- Harway, M. & O'Neil, J. M. (1999). What causes men's violence against women? The unanswered and controversial question. In M. Harway & J. M. O'Neil (Ed.), *What causes men's violence against women?* (pp. 1-11). Thousand Oaks: Sage.
- Hathaway, J. E., Willis, G. & Zimmer, B. (2002). Listening to survivors' voices. Addressing Partner Abuse in the Health Care Setting. *Violence Against Women*, 6, 687-719.
- Hearn, J. (1996). Men's violence to known women: historical, everyday and theoretical constructions by men. In B. Fawcett, B. Featherstone, J. Hearn & C. Toft (Eds.), *Violence and gender relations: Theories and interventions* (pp. 22-37). Thousand Oaks: Sage.
- Heckert, D. A. & Gondolf, E. W. (2000). Predictors of underreporting of male violence by batterer program participants and their partners. *Journal of Family Violence*, 15, 4, 423-443.
- Henning, K. & Feder, L. (2004). A comparison of men and women arrested for domestic violence: Who presents the greater threat? *Journal of Family Violence*, 19, 2, 69-80.
- Hermans, H. J. M. (1996). Voicing the self: From information processing to dialogical interchange. *Psychological Bulletin*, 119, 31-50.
- Hermans, H. J. M. (2001). The dialogical self: Toward a theory of personal and cultural positioning. *Culture and Psychology*, 7(3), 243-281.
- Hermans, H. J. M. (2004). The innovation of self-narratives: A dialogical approach. In L. E. Angus & J. McLeod, *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 175-191). Thousand Oaks: Sage.
- Hermans, H. J. M. & Kempen, H. J.G. (1993). *The dialogical self. Meaning as movement*. San Diego: Academic Press.

- Hermans, H. J. M. & Hermans-Jansen, E. (1995). *Self-narratives: The construction of meaning in psychotherapy*. New York: Guilford.
- Herzberger, S. D. & Rueckert, Q. H. (1997). Attitudes as explanations for aggression against family members. In G. K. Kantor & J. L. Jasinski (Eds.), *Out of the darkness: Contemporary perspectives on family violence* (pp. 151-160). Thousand Oaks: Sage.
- Hill, C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 3, 288-294.
- Hill, C.E., Nutt, E.A. & Jackson, S. (1994). Trends in psychotherapy process research: Samples, measures, researchers and classic publications, *Journal of Counselling Psychology, 41*, 364-377.
- Hines, D. A. & Malley-Morrison, K. (2001). Psychological effects of partner abuse against men: A neglected research area, *Psychology of Men & Masculinity, 2*, 75-85.
- Hirschel, D. & Hutchison, I. W. (2001). The relative effects of offence, offender and victim variables on the decision to prosecute domestic violence cases. *Violence Against Women, 7*, 1, 46-59.
- Hoff, L.A. (1995). *People in crisis: Understanding and helping*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Hollander, J. A. (2004). "I can take care of myself": The impact of self-defense training on women's lives. *Violence Against Women, 10*, 3, 205-235.
- Holtzworth-Munroe, A. (2000). Social information processing skills deficits in marital violent men: Summary of a research program. In J. P. Vincent & E. N. Jouriles (Eds.), *Domestic violence: Guidelines for a research-inform practice* (pp. 13-36). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Holtzworth-Munroe, A., Smutzler, N. & Sandin, E. (1997). A brief review of the research on husband violence. Part II: The psychological effects of husband violence on battered women and their children. *Aggression and Violent Behaviour, 2*, 2, 179-213.
- Holtzworth-Munroe, A. & Meehan, J. C. (2004). Typologies of men who are maritally violent: Scientific and clinical implications. *Journal of Interpersonal Violence, 19*, 2, 1369-1389.

- Honos-Webb, L. & Stiles, W. B. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices, *Psychotherapy*.
- Honos-Webb, L., Surko, M. & Stiles, W. B. (1998). *Manual for rating assimilation in psychotherapy*. Miami University.
- Honos-Webb, L., Stiles, W. B. & Greenberg, L. S. (2003). A method of rating assimilation in psychotherapy based on markers of change. *Journal of Counselling Psychology, 50*, 2, 189-198.
- Horvath, A. & Bedi, R. (2002). The alliance. In J. C. Norcross, *Relationships that work* (pp. 37-70). New York: Oxford.
- Horvath, A. O. (1994). Research on the alliance. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The Working alliance: Theory, research and practice* (pp. 259-286). New York: John Wiley & Sons.
- Hoyt, M. (1996). *Constructive therapies II*. New York: Guilford.
- Humphreys, C. & Joseph, S. (2004). Domestic violence and the politics of trauma. *Women's Studies International Forum, 27*, 559-570.
- Hydèn, M. (1995). Verbal aggression as a prehistory of woman battering. *Journal of Family Violence, 10*, 55-71.
- Hydèn, M. (1999). The world of the fearful: Battered women's narratives of leaving abusive husbands. *Feminism & Psychology, 9*(4), 449-469.
- Instituto de la Mujer (2005). *Violencia: Tolerancia zero*. Barcelona: Fundación "la Caixa".
- Jasinski, J. L. (2001). Theoretical explanations for violence against women. In C. M. Renzetti, J. L. Edleson & R. K. Bergen (Eds.), *Sourcebook on violence against women* (pp. 1-22). Thousand Oaks: Sage.
- Jasinski, J. & Williams, L. (1998). *Partner violence. A comprehensive review of 20 years of research*. California: Sage.
- Johnson, C. E. & Goldman, J. (1998). Taking safety home: A solution-focused approach with domestic violence. In M. F. Hoyt, *The Handbook of constructive therapies: Innovative approaches from leading practitioners* (pp. 184-195). San Francisco: Jossey-Bass.
- Johnson, H. (2001). Contrasting views of the role of alcohol in cases of wife assault. *Journal of Interpersonal Violence, 16*, 1, 54-72.

- Kane, T. A., Staiger, P. K. & Ricciardelli, L. A. (2000). Male domestic violence: Attitudes, aggression and interpersonal dependency. *Journal of Interpersonal Violence, 15*, 1, 16-29.
- Kantor, G. K. & Jasinski, J. L. (1998). Dynamics and risk factors in partner violence. In J. Jasinski & L. Williams (Eds.), *Partner violence. A comprehensive review of 20 years of research* (pp. 1-43). California: Sage.
- Kaura, S. A. & Allen, C. M. (2003). Dissatisfaction with relationships power and dating violence perpetration by men and women. *Journal of Interpersonal Violence, 19*, 576-588.
- Kearney, M. H. (1999). *Understanding women's recovery from illness and trauma*. Thousand Oaks: Sage.
- Kimmel, M. S. (2002). "Gender symmetry" in domestic violence: A substantive and methodological research review. *Violence Against Women, 8*, 11, 1332-1363.
- Kirkwood, C. (1993). *Leaving abusive partners*. Thousand Oaks: Sage.
- Koss, M. P., Ingram, M. & Pepper, S.L. (2001). Male partner violence: Relevance to health care providers. In A. Baum, T.A. Revenson & J. E. Singer, *Handbook of health psychology* (pp. 541-557). Lawrence Erlbaum Associates.
- Kropp, P.R. (2004). Some questions regarding spousal assault risk assessment, *Violence Against Women, 10*, 6, 676-697.
- Kubany, E. S., Hill, E. E. & Owens, J. A. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: Preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 1, 81-91.
- Kury, H., Obergfell-Fuchs, J. & Woessner, G. (2004). The extent of family violence in Europe. *Violence Against Women, 10*, 7, 749-769.
- Kurz, D. (1998). Old problems and new directions in the study of violence against women. In R. K. Bergen (Ed.), *Issues in Intimate Violence* (pp. 197-208). CA: Sage.
- Kwong, M. J., Bartholomew, K., Henderson, A. J. Z. & Trinke, S. J. (2003). The intergeracional transmission of relationship violence. *Journal of Family Psychology, 17*, 3, 288-301.
- LaViolette; A. D. & Barnett, O. W. (2000). *It could happen to anyone. Why battered women stay*. Thousand Oaks: Sage.

- Landerburger, K. M. (1998). Explorations of women's identity: Clinical approaches with abused women. In J. Campbell (Ed.), *Empowering survivors of abuse: Health care for battered women and their children* (pp. 61-69). Thousand Oaks: Sage.
- LaViolette, A. D. & Barnett, O. W. (2000). *It could happen to anyone: Why battered women stay* (2nd Ed). Thousand Oaks: Sage.
- Lax, W. D. (1992). Postmodern thinking in a clinical practice. In S. McNamee & K. J. Gergen (Ed.), *Therapy as social construction* (pp. 69-85). Thousand Oaks: Sage.
- Lempert, B. L. (1996). Women's strategies for survival: developing agency in abusive relationships. *Journal of Family Violence, 11*, 269-288.
- Lerias, D. & Byrne, M. (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health, 19*, 129-138.
- Lerner, C. F. & Kennedy, L. T. (2000). Stay-leave decision making in battered women: trauma, coping and self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research, 24*, 2, 215-232.
- Levesque, R. (2001). *Culture and family violence*. Washington: APA.
- Levitt, H. & Angus, L. (1999). Psychotherapy process measure research and the evaluation of psychotherapy orientation: A narrative analysis. *Journal of Psychotherapy Integration, 9*, 3, 279-300.
- Levitt, H. M. & Rennie, D. L. (2004). Narrative activity: Clients' and therapist intentions in the process of narration. In L. E. Angus & J. McLeod, *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 299-313). Thousand Oaks: Sage.
- Lewis, S. F. & Fremouw, W. (2001). Dating violence: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review, 21*, 1, 105-127.
- Lisboa, M., Barroso, Z. & Marteleira, J. (2003). *O contexto social da violência contra as mulheres detectada nos institutos de medicina legal*. Lisboa: CIDM.
- Lisboa, M., Carmo, I., Vicente, L. & Nóvoa, A. (2003). *Os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres*. Lisboa: CIDM.
- Littell, J. H. & Girvin, H. (2002). Stages of change: A critique. *Behavior Modification, 26*, 2, 223-273.
- Lloyd, S. A. (1999). The interpersonal and communication dynamics of wife abuse. In S. Oskamp & X. Arriaga (Eds.), *Violence in intimate relationships* (pp. 91-111). Thousand Oaks: Sage.

- Logan, T. & Walker, R. (2004). Separation as a risk factor for victims of intimate partner violence: Beyond lethality and injury, *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 2, 1478-1486.
- Lourenço, N. & Lisboa, M. (1992). *Representações da violência 2*. Ministério da Justiça, Lisboa: Centro de Estudos Judiciários.
- Lourenço, N., Lisboa, M. & Pais, E. (1997). *Violência contra as mulheres*. Lisboa: CIDM.
- Lourenço, N. & Carvalho, M. J. L. (2001). Violência doméstica: Conceito e âmbito. Tipos e espaços de violência. *Themis*, 3, 95-121.
- Lundy, M. & Grossman, S. (2001). Clinical research and practice with battered women: What we know, what we need to know. *Trauma, Violence & Abuse*, 2, 2, 120-141.
- Machado, C. (2000). *Discursos do medo, imagens do «outro»*. Dissertação de candidatura ao grau de doutor em Psicologia pela Universidade do Minho. IEP: Universidade do Minho.
- Machado, C. (2004). Intervenção psicológica com vítimas de crimes: Dilemas teóricos, técnicos e emocionais. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 2, 399-411.
- Machado, C. (no prelo). Violência nas famílias portuguesas. Um estudo representativo na região Norte. *Psychologica*.
- Machado, C. & Dias, R. (no prelo). Abordagens inter-culturais à violência familiar: Teoria e investigação. In *Psicologia jurídica II*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- Machado, C. & Gonçalves, M. (1999). Psicoterapia com crianças abusadas sexualmente: Da catarse à re-autoria. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 347-364.
- Machado, C., Matos, M. & Gonçalves, M. (2000). I.V.C. – *Inventário de violência conjugal*. Braga: Universidade do Minho, I.E.P.
- Machado, C. & Matos, M. (2001). A intervenção narrativa com um grupo de mulheres maltratadas: Da desconstrução da posição de vítima à reconstrução de identidades preferenciais. In M. Gonçalves & O. Gonçalves, *Psicoterapia, discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança* (pp. 207-234). Coimbra: Quarteto Editora.
- Machado, C., Matos, M. & Moreira, A. I. (2003). Violência nas relações amorosas: Comportamentos e atitudes na população universitária. *Psychologica*, 33, 69-83.

- Machado, C., Gonçalves, M. & Matos, M. (2004). Escala de crenças sobre violência conjugal (ECVC). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida & C. Machado (Coords.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 81-98). Coimbra: Quarteto.
- Machado, C., Gonçalves, M. M. & Matos, M. (2005). Cultural beliefs and attitudes about violence against women and children. In R. Abrunhosa, R. Roesch, C. Machado, C. Soeiro & F. Winkel (Eds.), *Assessment, intervention and legal issues with offenders and victims*. Bruxelas: Politea.
- Machado, P. P. & Horvath, A. (1999). Inventário da aliança terapêutica – W. A. I.. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*, Vol. II (pp. 87-94). Braga: APPORT/SHO.
- Magdol, L., Moffit, T. E., Caspi, A., Newman, D. L., Fagan, J. & Silva, P. A. (1997). Gender differences in partner violence in a birth cohort of 21-years-old: Bridging the gap between clinical and epidemiological approaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1, 68-78.
- Mahoney, P., Williams, L. M. & West, C. M. (2001). Violence against women by intimate relationship partners. In C. M. Renzetti, J. L. Edleson & R. K. Bergen (Eds.), *Sourcebook on violence against women* (pp. 143-178). Thousand Oaks: Sage.
- Malley-Morrison, K. & Hines, D. (2004). *Family violence in a cultural perspective*. Thousand Oaks: Sage.
- Manita, C. (2005). *A intervenção em agressores no contexto da violência doméstica em Portugal: Estudo preliminar de caracterização*. Lisboa: CIDM.
- Margolin, G. Sibner, L. G. & Gleberman, L. (1988). Wife battering. In V. B. Van Hasselt, A. S. Bellack, R. L. Morrison, & M. Hersen (Eds.), *Handbook of marital violence* (pp. 89-118). New York: Plenum.
- Marin, A. J. & Russo, N. F. (1999). Feminist perspectives on male violence against women: Critiquing O’Neil and Harway’s model. In M. Harway & J. M. O’Neil (Ed.), *What causes men’s violence against women?* (pp. 18-35). Thousand Oaks: Sage.
- Markowitz, F. E. (2001). Attitudes and family violence: Linking intergenerational and cultural theories. *Journal of Family Violence*, 16, 2, 205-216.

- Marmar, C. R. (1990). Psychotherapy process research: Progress, dilemmas and future directions, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 3, 265-272.
- Martin, A., Berenson, K; Griffing, S., Sage, R., Madry, L., Bingham, L. & Primm, B.(2000). The process of leaving an abusive relationship: The role of risk assessments and decision-certainty. *Journal of Family Violence*, 15, 2, 109-122.
- Mathews, N. A. (2000). Generic violence prevention and gendered violence. Getting the message to mainstream audiences. *Violence Against Women*, 6, 311-332.
- Matos, M. (2000). *Violência conjugal: O processo de construção de identidade da mulher*. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Psicologia, na especialidade de Psicologia da Justiça. Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Matos, M. (2001). Retratos da violência na conjugalidade. *Revista portuguesa de ciência criminal*, 11, 99-128.
- Matos, M. (2002). Violência conjugal. In C. Machado & R. A. Gonçalves (Coords.), *Violência e vítimas de crimes, Vol. I: Adultos* (pp. 81-130). Coimbra: Quarteto.
- Matos, M. (2005a). Violência nas relações de intimidade: Retratos e práticas, *Polícia e justiça*, 105-121.
- Matos, M. (2005b). Avaliação psicológica de vítimas de maus tratos conjugais. In R. A. Gonçalves & C. Machado (Coords.) *Psicologia forense* (pp. 159-186). Coimbra: Quarteto.
- Matos, M. & Machado, C. (1999). Violência conjugal e o modelo de intervenção em crise. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 373-388.
- Matos, M. & Gonçalves, M. M. (2000). Matriz de Resultados Únicos (*não publicada*).
- Matos, M., Machado, C. & Gonçalves, M. (2000). *E.C.V.C. – Escala de crenças sobre a violência conjugal*. Braga: Universidade do Minho, I.E.P.
- Matos, M. & Gonçalves, M. (2002). Espaços identitários na vitimação conjugal: Da narrativa problemática à narrativa preferencial. *Psychologica*, 29, 53-70.
- Matos, M. & Gonçalves, M. (2005). Narratives on marital violence: The construction of change through re-authoring. In R. Abrunhosa, R. Roesch, C. Machado, C. Soeiro & F. Winkel (Eds.), *Assessment, intervention and legal issues with offenders and victims*. Bruxelas: Politea.

- Matos, M. & Machado, C. (2005). *Creencias y actitudes culturales de las víctimas ante la violencia familiar*. Poster apresentado no II Congreso de Psicología Jurídica, Valência, Espanha.
- Matos, M., Machado, C., Caridade, S. & Silva, M. (2006). Prevenção da violência nas relações de intimidade: Avaliação de duas intervenções junto de jovens em contexto escolar. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 8, 1.
- Mawby, R. & Walklate, S. (1994). *Critical victimology*. Thousand Oaks: Sage.
- McAdams, D. P. & Janis, L. (2004). Narrative identity and narrative therapy. In L. E. Angus & J. McLeod, *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 158-173). Sage: Thousand Oaks.
- McCloskey, L. A. & Licheter, E.L. (2003). The contribution of marital violence to adolescent aggression across different relationships, *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 390-412.
- McLeod, J. (1997). *Narrative and psychotherapy*. Thousand Oaks: Sage.
- McLeod, J. (2004). Social construction, narrative and psychotherapy. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.). *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 351-366). Thousand Oaks: Sage.
- McNamee, S. (2001). Reconstruindo a terapia num mundo pós-moderno: recursos relacionais. In M. M. Gonçalves & O. F. Gonçalves (Coords.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança* (pp. 235-264). Coimbra: Quarteto.
- McNamee, S., Gergen, K. J. & Associates (1999). *Relational responsibility: Resources for sustainable dialogue*. Thousand Oaks: Sage.
- Mears, D. P. (2003). Research and interventions to reduce domestic violence revictimization. *Trauma, Violence & Abuse*, 4, 2, 127-147.
- Mears, D. P., Carlson, M. J., Holden, G. W. & Harris, S. D. (2001). Reducing domestic violence revictimization: The effects of individual and contextual factors and type of legal intervention. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 12, 1260-1283.
- Meyers, M. (1997). *News coverage of violence against women: Engendering blame*. Thousand Oaks: Sage.
- Monk, G., Winslade, J., Crocket, K. & Epston, D. (1997). *Narrative therapy in practice: The archaeology of hope*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Montero, A. (2000). In <http://www.modu50.org/mujeresred/violencia-am.html>

- Mouzos, J. & Shackelford, T. K. (2004). A comparative, cross-national analysis of partner-killing by women in cohabiting and marital relationships in Australia and the United States. *Aggressive Behaviour*, 30, 206-216.
- Mo-Yee Lee (2001). Marital violence: Impact on children's emotional experiences, emotional regulation and behaviours in a post-divorce/separation situation. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18, 2, 137-163.
- Nazroo, J. (1995). Uncovering gender differences in the use of marital violence: The effect of methodology. *Sociology*, 29, 3, 475-494.
- Neimeyer, R. A. & Raskin, J. D. (2000). *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy*. Washington D. C.: A. P. A.
- Neves, S. & Nogueira, C. (2004). Terapias feministas, intervenção psicológica e violência na intimidade: Uma leitura feminista crítica. *Psicologica*, 36, 15-32.
- Nutt, R. L. (1999). Women's gender-role socialization, gender-role conflict and abuse: A review of predisposing factors. In M. Harway & J. M. O'Neil (Ed.), *What causes men's violence against women?* (pp. 117-134). Thousand Oaks: Sage.
- Nylund, D. & Corsiglia, V. (1996). Internalized other questioning with men who are violent. In M. F. Hoyt (Ed.), *The handbook of constructive therapies: Innovative approaches from leading practitioners*. (pp. 401-427). San Francisco: Jossey-Bass.
- O. M. S. (2005). In <http://www.runic-europe.org/portuguese/events/2005/who-domesticviolence2911.html>.
- O'Neil, J. M. & Harway, M. (1999). Revised multivariate model explaining men's risk factor for violence against women: Theoretical propositions, new hypotheses and proactive recommendations. In M. Harway & J. M. O'Neil (Ed.), *What causes men's violence against women?* (pp. 207-241). Thousand Oaks: Sage.
- O'Neil, J. M. & Nadeau, R. A. (1999). Men's gender-role conflict, defence mechanisms and self protective defence strategies: Explaining men's violence against women from a gender-role socialization perspective. In M. Harway & J. M. O'Neil (Ed.), *What causes men's violence against women?* (pp. 89-116). Thousand Oaks: Sage.
- Omer, H. (1996). Three styles of constructive therapy. In M. F. Hoyt (Ed.), *Constructive therapies II* (pp. 319-333). New York: The Guilford Press.
- Omer, H. & Alon, N. (1997). *Constructing therapeutic narratives*. Northvale, N. J.: Jason Aronson.

- Otasuke, K., Glick, M. J., Gray, M. A., Reynolds, D. J., Humpreys, C. L., Salvi, L. M. & Stiles, W. B. (2004). Assimilation and narrative: Stories as meaning bridges. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 193-210). Thousand Oaks: Sage.
- Pais, E. (1998). *Rupturas violentas da conjugalidade: O homicídio conjugal em Portugal*. Lisboa: Hugin.
- Paiva, C. & Figueiredo, B. (2004). Abuso no relacionamento íntimo: Estudo de prevalência em jovens adultos portugueses. *Psychologica*, 36, 75-107.
- Pence, E. & Shepard, M. (1990). The challenge of the battered women's movement. In K. Yllö & M. Bograd (Eds.), *Feminist perspectives on wife abuse* (pp. 282-298). Thousand Oaks: Sage.
- Pigdeon, N. & Henwood, K. (1997). Using grounded theory in psychological research. In N. Hayes (Ed.), *Doing qualitative analysis in psychology* (pp. 245-273). U.K.: Psychology Press.
- Polkinghorne, D. E. (2004). Narrative therapy and postmodernism. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 53-68). Thousand Oaks: Sage.
- Pollak, R. A. (2003). An intergenerational model of domestic violence. *Journal of Population Economics*, 17, 311-329.
- Presidência do Conselho de Ministros (2001). *I Plano nacional contra a violência doméstica*. Gabinete da Alta Comissária para as questões da igualdade e da família.
- Prochaska, J. O. & Prochaska, J. M. (1999). Why don't continents move? Why don't people change? *Journal of Psychotherapy Integration*, 9, 1, 83-102.
- Ptacek, J. (1988). Why Do Men Batter their Wives? In K. Yllö & M. Bograd (eds.), *Feminist perspectives on wife abuse* (pp. 181-196). Newbury Park: Sage.
- Ravazola, M. C. (1997). *Historias infames: Los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós Terapia Familiar.
- Register, E. (1993). Feminism and recovering from battering: Working with the individual woman. In M. Hansen & M. Harway (Eds.), *Battering and family therapy: A feminist perspective* (pp. 93-104). Thousand Oaks: Sage.
- Relvas, A. P. (2002). A mulher na família: Em torno dela. In A. P. Relvas & M. Alarcão, *Novas formas de família* (pp. 299-340). Coimbra: Quarteto.

- Rennie, D., Phillips, J. & Quartaro, G. (1988). Grounded theory: A promising approach to conceptualization in psychology? *Canadian Psychology*, 29, 139-150.
- Renzetti, C. M. (1993). Violence in lesbian relationships. In M. Hansen & M. Harway (Eds.). *Battering and family therapy: A feminist perspective* (pp. 188-199). Thousand Oaks: Sage.
- 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.
- Rinfret-Raynor, M. & Cantin, S. (1997). Feminist therapy for battered women: An assessment. In G. K. Kantor & J. L. Jasinski (Eds.), *Out of the darkness: Contemporary perspectives on family violence* (pp. 219-234). Thousand Oaks: Sage.
- Rodriguez, M. A., Bauer H. M., McLoughlin, E. & Grumbach, K. (1999). Screening and intervention for intimate partner abuse. *The Journal of the American Medical Association*, 282, 468-474.
- Rogers, R. (2000). The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice. *Law and Human Behaviour*, 24, 5, 595-605.
- Rooney, J. & Hanson, R. K. (2001). Predicting attrition from treatment programs for abusive men. *Journal of Family Violence*, 16, 2, 131-149.
- Rosen, K. H. & Stith, S. M. (1997). Surviving abusive dating relationships: Processes of leaving, healing and moving on. In G. K. Kantor & J. L. Jasinski (Eds.), *Out of the darkness: Contemporary perspectives on family violence* (pp. 170-182). London: Sage.
- Rosenberg (1997). Multiplicity of selves. In R. D. Ashmore & L. Jussim (Eds.), *Self and identity: Fundamental issues* (pp. 23-45). New York: Oxford University Press.
- Rosewater, L. B. (1990). Battered or Schizophrenic? Psychological tests can't tell. In K. Yllö & M. Bograd (Eds.), *Feminist perspectives on wife abuse* (pp. 200-216). Thousand Oaks: Sage.
- Rothenberg, B. (2002). The success of the battered woman syndrome: An analysis of how cultural arguments succeed. *Sociological Forum*, 17, 1, 81-103.
- Rothenberg, B. (2003). "We don't have time for social change": Cultural compromise and the battered woman syndrome. *Gender & society*, 7, 5, 771-787.

- Rotter, J. C. & Houston, I. S. (1999). Treating family violence: Risks and limitations. *The Family Journal: Counselling and Therapy for Couples and Families*, 7, 1, 58-63.
- Ruback, R. B. & Thompson, M. T. (2001) Social and psychological consequences of violent victimization. Thousand Oaks: Sage.
- Salari, S. M. & Baldwin, B. M. (2002). Verbal, physical, and injurious aggression among intimate couples over time. *Journal of Family Issues*, 23, 4, 523-550.
- Salgado, J. (2003). *Psicologia narrativa e identidade: Um estudo sobre auto-engano e organização pessoal*. Maia: ISMAI.
- Sampson, E. E. (1993). *Celebrating the other: A dialogic account of human Nature*. N.Y.: Harvest-Wheatsheaf.
- Sani, A. I. (2003). *As crianças e a violência*. Coimbra: Quarteto.
- Saraga, E. (1996). Dangerous places: The family as a site of crime. In J. Muncie & E. McLaughlin (Eds.), *The problem of crime* (pp. 183-226). London: Sage.
- Saunders, D. G. (2002). Are physical assaults by wives and girlfriends a major social problem? *Violence Against Women*, 8, 12, 1424-1448.
- Schiffrin, E. & Waldron, C. (1992). *Identifying and treatment battered adults and adolescent women and their children: A guide for health care providers*. Massachusetts: Harvard Injury Control Center.
- Schlee, K. A., Heyman, R. E. & O'Leary, K. D. (1998). Group treatment for spouse abuse: Are women with PTSD appropriate participants? *Journal of Family Violence*, 13, 1, 1-19.
- Schwartz, M. D. (2000). Methodological issues in the use of survey data for measuring and characterizing violence against women. *Violence Against Women*, 6, 8, 815-838.
- Scott, K. L. (2004). Predictors of change among male batterers: Application of theories and review of empirical findings. *Trauma, Violence & Abuse*, 5, 3, 260-284.
- Semerari, A., Carcione, A., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., Alleva, G. & Mergenthaler, E. (2003). Assessing problematic states in patients' narratives: The grid of problematic states. *Psychotherapy Research*, 13, 3, 337-353.
- Serran, G. & Firestone, P. (2004). Intimate partner homicide: a review of the male proprietariness and the self-defense theories. *Aggression and Violent Behaviour*, 9, 1-15.

- Sev'er, A., Dawson, M. & Johnson, H. (2004). Lethal and nonlethal violence against women by intimate partners: Trends and prospects in the United States, the United Kingdom and Canada. *Violence Against Women, 10*, 6, 563-576.
- Shamai, M. (1996). Couple therapy with battered women and abusive men: Does it have a future? In J. L. Edleson & Z. C. Eisikovits (Eds.) *Future interventions with battered women and their families* (pp. 101-215). Thousand Oaks: Sage.
- Sharma, A. (2001). Healing the wounds of domestic abuse: Improving the effectiveness of feminist therapeutic interventions with immigrant and racially visible women who have been abused. *Violence Against Women, 7*, 12, 1405-1428.
- Sheridan, L. P., Blaauw, E. & Davies, G. M. (2003). Stalking: Knowns and unknowns. *Trauma, violence & abuse, 4*, 2, 148-162.
- Short, L. M., McMahon, P. M., Chervin, D. D., Shelley, G. A., Lezin, N., Sloop, K. S. & Dawkins, N. (2000). Survivor's identification of protective factors and early warning signs for intimate partner violence, *Violence Against Women, 6*, 3, 272-285.
- Silva, C. (2004). *A mulher transparente*. Lisboa: Gótica.
- Silva, L. F. (1995). *Entre marido e mulher, alguém meta a colher*. Celorico de Basto: A Bolina.
- Silveira, M. M. V. (2001). *Do crime de maus tratos*. Lisboa: APMJ.
- Skuja, K. & Halford, W. K. (2004). Repeating the errors of our parents?: Parental violence in men's family of origin and conflict management in dating couples. *Journal of Interpersonal Violence, 19*, 6, 623-638.
- Smith, C. (1997). Introduction: Comparing traditional therapies with narrative approaches. In C. Smith & D. Nylund (Ed.), *Narrative therapies with children and adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Smith, P. & Welchans, S. (2000). Peer education. Does focusing on male responsibility change sexual assault attitudes?. *Violence Against Women, 6*, 1255-1268.
- Smyth, J. M. & Pennebaker, J. W. (2001). What are the health effects of disclosure? In A. Baum, T. A. Revenson & J. E. Singer. *Handbook of health psychology* (pp. 339-348). Lawrence Erlbaum associates.
- Sorenson, S. B. & Upchurch, D. M. S. (1996). Violence and injury in marital arguments: risk patterns and gender differences. *American Journal of Public Health, 86*, 1, 35-40.

- Stark, E. (2001). Health interventions with battered women: From crisis intervention to complex social prevention. In C. M. Renzetti, J. L. Edleson y R. K. Bergen, *Sourcebook on violence against women* (pp.345-369). Thousand Oaks: Sage.
- Stark, E. & Flitcraft, A. (1996). *Women at risk. Domestic violence and women´s health*. London: Sage.
- Stiles, W. B., Meshot, C. M., Anderson, T. M. & Sloan, W. W. (1992). Assimilation of problematic experiences: The case of John Jones. *Psychotherapy Research* 2(2), 81-101.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L. & Lani, J. A. (1999). Some functions of narrative in the assimilation of problematic experiences. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1213-1226.
- Stith, S. M., Rosen, K. H. & McCollum, E. E. (2002). Developing a manualized couples treatment for domestic violence: Overcoming challenges. *Journal of Marital & Family Therapy*, 28, 1, 21-25.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage.
- Sugarman, D. B. & Frankel, S. L. (1996). Patriarchal ideology and wife assault: A meta-analytic review. *Journal of Family Violence*, 11, 13-35.
- Swan, S. C. & Snow, D. L. (2003). Behavioural and psychological differences among abused who use violence in intimate relationships. *Violence Against Women*, 9, 1, 75-109.
- Tang, C. S., Wong, D. & Cheung, F. M. (2002). Social construction of women as legitimate victims of violence in Chinese societies. *Violence Against Women*, 8, 8, 968-996.
- Tappan, M. B. (1999). Authoring a moral self: A dialogical perspective. *Journal of Constructivist Psychology*, 12, 117-132.
- Testa, M. (2004). The role of substance use in male-to-female physical and sexual violence: A brief review and recommendations for future research. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 12, 1494-1505.
- Testa, M., Quigley, B. M. & Leonard, K. E. (2003). Does alcohol make a difference?: Within-participants comparison of incidents of partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 7, 735-743.

- Thompson, M. P., Saltzman, L. E. & Johnson, H. (2001). Risk factors for physical injury among women assaulted by current or former spouses. *Violence Against Women*, 7, 8, 886-899.
- Tonry, M. & Ohlin, L. (1989). *Family Violence*. Chicago: The University Chicago Press.
- Trute, B. (1998). Going beyond gender-specific treatments in wife battering: Pro-feminist couple and family therapy. *Aggression and Violent Behavior*, 3, 1, 1-15.
- Tutty, L. M., Bidgood, B. A. & Rothery, M. A. (1993). Support groups for battered women: Research on their efficacy. *Journal of Family Violence*, 8, 4, 325-343.
- Ulrich, Y. C. (1998). What helped most in leaving spouse abuse: Implications for interventions. In J. Campbell (Ed.), *Empowering survivors of abuse: Health care for battered women and their children* (pp. 70-78). Thousand Oaks: Sage.
- Valsiner, J. (2004). The promoter sign: Developmental transformation within the structure of dialogical self. Paper presented at the Symposium (Hubert Hermans, Convener) *Development aspects of the dialogical self*. ISSBD, Gent, July 12, 2004.
- Vaughn, M. & Stamp, G. H. (2003). The empowerment dilemma: The dialectic of emancipation and control in staff/client interaction at shelters for battered women. *Communication Studies*, 54(2), 154-168.
- von Glaserfeld, V. (1984). An introduction to social constructivism. In P. Watzlawick (Ed.), *The invented reality* (pp. 17-40). New York: Norton
- Waldrop, A. E. & Resick, P. A. (2004). Coping among adult female victims of domestic violence. *Journal of Family Violence*, 19, 5, 291-302.
- Walker, L.E.A. (1994). *Abused Women and Survivor Therapy: A practical guide for the psychotherapist*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Walker, R., Logan, TK, Jordan, C. E. & Campbell, J. C. (2004). An integrative review of separation in the context of victimization: Consequences and implications for women. *Trauma, Violence & Abuse*, 5, 2, 143-193.
- Webb, W. (1992). Treatment issues and cognitive behavior techniques with battered women. *Journal of Family Violence*, 7, 205-217.
- Werner-Wilson, R. J., Zimmerman, T. S. & Whalen, D. (2000). Resilient response to battering. *Contemporary family therapy*, 22(2), 161-187.
- Whalen, M. (1996). *Counselling to end violence against women: A subversive model*. California: Sage.

- White, H. R. & Widom, C. S. (2003). Intimate partner violence among abused and neglected children in young adulthood: The mediating effects of early aggression, antisocial personality, hostility and alcohol problems. *Aggressive Behavior, 29*, 332-345.
- White, M. (1992). Deconstruction and therapy. In D. Epston & M. White, *Experience, contradiction, narrative & imagination* (pp. 109-152). Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White, M. (1994). *Guias para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (1995). *Re-authoring lives: Interviews & essays*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White, M. (2004). *Narrative practices and exotic lives: Resurrecting diversity in everyday life*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Wilson, K. J. (1997). *When violence begins at home*. CA: Hunter House Publishers.
- Wilson, P., McFarlane, J., Malecha, A., Watson, K., Lemmey, D., Schultz, P., Gist, J. & Fredland, N. (2000). Severity of violence against women by intimate partners and associated use of alcohol and/or illicit drugs by the perpetrator. *Journal of Interpersonal Violence, 15*, 9, 996-1008.
- Woffordt, S., Mihalic, D. E. & Menard, S. (1994). Continuities in marital violence. *Journal of Family Violence, 9*, 195-223.
- Worcester, N. (2002). Women's use of force: Complexities and challenges of taking the issue seriously. *Violence Against Women, 8*, 11, 1390-1415.
- Wuest, J. & Merrit-Gray, M. (1999). Not going back: Sustaining the separation in the process of leaving abusive relationships. *Violence Against Women, 5*, 2, 110-133.
- Yllö, K. A. (1993). Through a feminist lens: Gender, power and violence. In R. J. Gelles & D. R. Loseke (Eds.), *Current controversies on family violence* (pp. 47-61). London: Sage Publications.
- Zimmerman, J. L. & Dickerson, V. C. (1996). *If problems talked: Narrative therapy in action*. New York: Guilford.
- Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Alvarez, J., Watlington, C., O'Neil, M. L., Zager, R. & Foa, E. B. (2000). Factors associated with completion of the restraining order process in female victims of partner violence. *Journal of Interpersonal Violence, 15*, 10, 1081-1099.

