

Impacto psicológico da violência contra as mulheres

Por Henny Slegh*

*“Tu não podes evitar que as aves da desgraça
sobrevoem a tua cabeça
mas podes impedir que elas
construam ninhos no teu cabelo”
(provérbio chinês)*

Publicado em “Outras Vozes”, nº 15, Maio de 2006

Introdução

Um estudo recente da OMS (2005) sobre a saúde das mulheres e a violência doméstica contra as mulheres, que abrangeu vários países, mostra que pelo menos metade das mulheres no Bangladesh, na Etiópia, no Peru, em Samoa e na Tanzânia disseram terem sido agredidas física ou sexualmente antes dos 15 anos. Em geral, a grande maioria destas agressões foi perpetrada por um parceiro íntimo do sexo masculino. A violência contra as mulheres é um abuso dos direitos humanos básicos.

Para além de agressões físicas, as mulheres vítimas de violência sofrem de problemas de saúde e psicológicos. “A experiência das mulheres violentadas implica um conjunto de sentimentos relacionados com a violência, que vão desde a confusão sobre o que provoca a violência, até sentimentos de desespero sobre a possibilidade de parar com a mesma, sentimentos de isolamento e depressão por estarem sob o controle violento dos seus maridos. Por vezes, algumas mulheres consideram o suicídio como uma opção para fugirem da violência” (Voices of the Poor, World Bank, 2000).

Muitos estudos foram feitos e muitos artigos foram escritos sobre as prevalências da violência contra as mulheres como uma forma de violência de género. Muitas vezes se descreve como um fenómeno que está a crescer em todo o mundo e que tem um impacto enorme na vida das vítimas, das suas famílias e da sociedade. Embora a violência doméstica possa afectar homens e mulheres, estas são, sem dúvida, as principais vítimas, devido à sua posição na família.

A definição da violência, segundo a OMS (2000), abarca o seguinte: “Manifestações de violência de natureza física, sexual e psicológica que ocorrem na família e na comunidade em geral, incluindo a agressão física, o abuso sexual de crianças, violação,

mutilação genital da mulher e outras práticas tradicionais lesivas das mulheres, violência não conjugal e violência relacionada com a exploração de mulheres, prostituição forçada e violência perpetrada ou condenada pelo Estado”.

Sem dúvida nenhuma, as mulheres, mais do que os homens, são as maiores vítimas da violência, pelo que eu falo especificamente sobre o seu impacto contra as mulheres. Neste artigo procuro discutir o impacto psicológico da violência contra as mulheres nas suas vidas. Lutar contra este tipo de abuso dos direitos humanos não é somente um acto político. Compreender o impacto psicológico é de grande importância na procura de soluções efectivas para apoiar as vítimas e a sociedade. Saber como reconhecer os sinais de um sofrimento escondido é essencial para uma intervenção multidisciplinar para a prevenção, tratamento, reduzir as consequências e erradicar a incidência da violência doméstica.

Políticas e investigação sobre os efeitos do trauma

A reacção mais comum perante as crueldades da vida é bani-las para fora da consciência. Um engenhoso sistema de defesa psicológica de negação e silêncio são estratégias de sobrevivência para tentar esquecer e não colocar em palavras o que é considerado demasiado cruel para existir na vida humana. O conflito entre manter o silêncio e a vontade de gritar a sua dor é inerente ao trauma psicológico. É um processo que tem lugar tanto a nível individual como a nível da sociedade. A crueldade necessita de ser falada antes de ressurgir na vida da pessoa ou na comunidade. As sociedades têm necessidade de repor a ordem e a justiça, a nível individual cada pessoa procura sempre o sentido e a solução para a vida. O reconhecimento do que aconteceu é essencial num processo de reconciliação e para a recuperação pessoal.

O acto de denunciar e de publicitar o abuso de direitos humanos numa sociedade está fortemente relacionado com movimentos políticos. A história mostra-nos que os movimentos políticos desempenharam um papel-chave no despertar de uma consciência pública sobre as realidades dolorosas e vergonhosas que a vida humana encobre. Mais de 100 anos de estudos sobre psico-traumas nas sociedades ocidentais mostram a relação entre os movimentos políticos e a denúncia do sofrimento humano provocado pelo abuso dos direitos humanos.

No final do século XIX um movimento contra o clericalismo na França iniciou uma investigação sobre a Histeria. Até então a Histeria era considerada como uma doença feminina imprevisível. Os resultados da pesquisa provaram a relação entre os sintomas da doença e a ocorrência de abuso sexual na infância. No início do século XX, movimentos pela paz e movimentos anti-militaristas desenvolveram pesquisas sobre os psico-traumas

relacionados com a guerra. No final do século a pesquisa nesta área teve como objectivo central libertar as mulheres das relações desiguais de poder e da violência.

O movimento feminista

O movimento feminista foi essencial para estimular este desenvolvimento. No início da década de 70 a pesquisa foi feita por duas feministas nos Estados Unidos (Burgess & Holmstrom, 1972). Elas concluíram que os efeitos da violação, da violência doméstica e do abuso sexual são de facto os mesmos que os encontrados em sobreviventes de guerra. Mulheres que foram vítimas de violência ou de violação descreveram os seus medos durante estas experiências violentas como sendo de receio de perder a vida e como um medo intenso de morrer ou de ficar mutiladas para sempre. Depois do evento elas sofreram de problemas de insónia, náuseas, pesadelos, sobressaltos, sustos, mostrando sintomas de dissociação e de “anestesia” corporal e emocional. Nos últimos trinta anos uma série de estudos foram realizados e hoje existe uma nova literatura cujos resultados estão publicados e o tema já é discutido publicamente nos órgãos de comunicação social.

Está claro que ver e reconhecer os efeitos da violência doméstica e do abuso sexual não é somente uma questão de provar as agressões mostrando as lesões físicas e o imenso sofrimento psicológico. É também uma questão que deve ser vista em relação com o ambiente político. Instrumento importante para conter a violência contra as mulheres é um sistema legal que criminaliza os agressores, um sistema de saúde que cria espaço para as mulheres se recompoem das suas lesões e um sistema sócio-cultural que permita às mulheres reintegrarem-se e reconstruírem as suas vidas em paz.

Distúrbio de Stress Pós-Traumático: valor e limites deste conceito

Em 1980 foi introduzido o conceito de DSPT (Distúrbio de Stress Pós-Traumático), pela Associação de Psiquiatria Americana, como uma nova desordem psiquiátrica. O conceito foi desenvolvido na base de experiências com os veteranos da guerra do Vietname. Depois do seu regresso da guerra eles apresentavam uma série de problemas e de dificuldades em se reintegrarem na família e na vida social. Eles tinham vários sintomas de stress psicológico causado pelas memórias das experiências durante a guerra.

Desde que este conceito foi introduzido no Manual de Estatísticas de Diagnóstico das Doenças Mentais (DSM IV), tornou-se claro que as síndromas psicológicas dos sobreviventes de abuso sexual e violência doméstica eram de facto os mesmos encontrados entre os sobreviventes de guerra: “Mulheres e crianças que foram agredidas e violadas são vítimas de guerra. A Histeria é uma neurose da guerra entre os sexos” (Herman, 1992).

O DSPT é um diagnóstico aplicável a doenças de saúde mental desenvolvido no Ocidente e a utilidade deste conceito em países não Ocidentais está ainda em discussão, porque, por exemplo, o uso do termo trauma tende a medicalizar problemas que são profundamente políticos e sociais. Contudo, não há dúvida de que o DSPT contribuiu para o reconhecimento dos efeitos de eventos traumáticos tal como a violência doméstica, na saúde pública e mental. Mulheres sofrendo de consequências da violência doméstica não são malucas ou anormais – a verdade é que elas simplesmente estão afectadas por eventos cruéis que alteram as suas vidas e destroem o seu bem-estar. E embora os contextos culturais, sócio-económicos e políticos se devam ter em conta, o sofrimento pessoal depois de tais eventos traumáticos necessita de uma atenção pessoal. O conhecimento psicológico no atendimento às vítimas e a educação psicológica como um meio de apoiar famílias e comunidades têm uma grande importância. A comissão da verdade e reconciliação na África do Sul após o *apartheid* foi um exemplo de um programa de intervenção, usando os conhecimentos da investigação em psico-traumas.

As reacções de Stress Pós-Traumático

A definição de trauma envolve todos os eventos ou acções que podem resultar em morte, assim como também em lesões sérias, ou ameaças à integridade física ou psicológica do próprio ou de outros. A resposta das pessoas a esses eventos envolve medo intenso, sensação de desamparo e horror (DSM IV).

Deve fazer-se uma distinção entre os eventos que ocorrem uma vez e estão limitados no tempo (por exemplo, um acidente de carro ou umas cheias) e os eventos que não estão isolados e que ocorrem numa situação de média ou longa duração (por exemplo, a guerra ou a violência doméstica). Os traumas de Tipo I são os produzidos de eventos singulares e os traumas de Tipo II resultam da exposição prolongada a repetidas situação stressantes.

As reacções normais que se podem esperar depois de se ter sobrevivido a experiências traumáticas são: ter memórias vividas dos eventos, pesadelos, vigilância constante, ansiedade e medo, abuso na ingestão de medicamentos ou outras substâncias, falar de mais, ter problemas sexuais, dores de corpo, tristeza, raiva, agressividade, desespero, culpa, falta de confiança nos outros, auto-isolamento, etc. A razão para estas respostas tão fortes é porque os sobreviventes se sentem como se essa experiência estivesse aprisionada no seu corpo e na sua mente. Foi tão horrível e dolorosa que as pessoas tentam esquecer ou evitam pensar no que aconteceu. Sobreviventes de traumas oscilam entre a tentativa de esquecer o que aconteceu e entre serem assolados com recordações intensas do evento. Esta reacção é completamente normal e dura alguns dias ou semanas. Quando uma mulher recebe apoio da família ou de outros, isso ajuda-a a compreender as suas reacções de modo a que ela não sinta que está a ficar doída.

Quando se trata de traumas de Tipo I, a maioria das pessoas pode recuperar-se completamente, especialmente quando tem o suporte da família ou dos amigos sempre que necessário. Nos casos em que as reacções se manifestam por mais de três meses, necessita-se de dar atenção especial.

A violência doméstica causa um trauma de Tipo II, o chamado DSPT, e as reacções podem durar por muito tempo, até anos. Judith Herman refere-se a mudanças complexas de personalidade que podem ser causadas por experiências traumatizantes, duradouras ou contínuas, tal como o abuso sexual, o incesto e a violência doméstica. Ela descreve várias categorias de sintomas tais como a somatização, as mudanças na regulação do afecto e dos impulsos, a dissociação, mudanças na identidade, mudanças na percepção do agressor, mudanças nas relações com os outros e mudanças na percepção do sentido da vida. Finalmente, Herman (1992) afirma que a depressão é a constatação mais comum em todos os estudos clínicos de pessoas cronicamente traumatizadas.

Van der Kolk (2000) menciona que, nas crianças vítimas de abuso sexual e nos casos de violação das mulheres por parceiros do sexo masculino, é frequente surgirem reacções que se mantêm de forma duradoura. Uma mulher que é vítima de violência cometida pelo seu marido ou parceiro íntimo está em alto risco de desenvolver problemas de saúde mental que a afectarão e atingirão também as suas crianças. Esses eventos perturbarão o seu comportamento, a maneira como ela se relaciona com os outros, a percepção de si mesma e a sua auto-estima, o seu espírito e o seu ser existencial.

Saúde física

Mulheres com reacções de Stress Pós-Traumático exibem uma grande variedade de sintomas físicos. Algumas mulheres podem queixar-se de sintomas relacionados com a parte do corpo exposta ao trauma, especialmente em casos de exposição a violência física. Outras podem ter problemas que se expressam em disfunções sexuais, doenças de transmissão sexual, problemas musculares ou ósseos, dores crónicas e distúrbios funcionais. Vítimas de violação, em particular, apresentam sintomas na forma de dores pélvicas crónicas, dores de cabeça, desordens gastro-intestinais e problemas menstruais. Gravidezes não desejadas, aborto natural ou induzido, bem como o risco de contrair o HIV, podem ser resultados de violência.

Por isso, os funcionários dos serviços de saúde reprodutiva, mais do que os outros nos serviços de saúde, lidarão com mulheres agredidas e violadas. Este aspecto dá-lhes responsabilidade e devem ter como tarefa reconhecer os sintomas e sinais nestas mulheres, respondendo às suas necessidades físicas, facilitando as necessidades psicológicas e apoiar no que for necessário para parar com o ciclo de violência através da acção legal.

Saúde Mental

Vários estudos em países ocidentais mostram um grande desenvolvimento de desordens mentais depois de eventos traumáticos de Tipo II. Reacções mais sérias e a longo termo vão desde a DSPT (Friedman & Jarsanson, 1994), desordens depressivas (Westmeyer, 1986), abuso na ingestão de substâncias (Keehn, 1980), pânico, ansiedade generalizada, fobia, comportamento antisocial e outras desordens de personalidade. É de referir estudos interessantes (Jablensky, Mrsella, Ekblad, 1994; de Jong, Komproe, Van Ommeren, Van der Put, 2001) sobre a saúde pública mental com refugiados em países de renda baixa. Estes estudos concluíram que os refugiados estão em grande risco de desenvolver uma desordem mental devido aos seguintes factores:

- Eventos traumáticos relacionados com o conflito armado
- Tortura
- Ser mulher
- Pobreza e dificuldades sócio-económicas
- Desemprego e falta de qualificações profissionais
- Problemas de marginalização e discriminação
- Problemas de saúde derivados da precariedade dos serviços de saúde e de sanidade
- Má nutrição
- Condições físicas deterioradas, incluindo traumas e outras lesões físicas
- Colapso das redes sociais resultando em anomia ou em fraco suporte social
- Eventos traumáticos tais como morte, perda ou medo
- Situações diárias de stress
- Incapacidade em recuperar de eventos traumáticos após o primeiro mês
- Sensação de falta de controle sobre os eventos traumáticos.

É interessante comparar estes factores com a situação de mulheres em situação de violência doméstica em países de baixos rendimentos. Muitos destes factores podem ser aplicados nestes casos. Portanto, é mais ou menos implícito que estas mulheres também estão em alto risco de desenvolver problemas de saúde mental. Os factores de risco, contudo, podem ser balanceados por factores de protecção. Estes factores são a chave para conceber programas de apoio e de prevenção.

Vejamos alguns exemplos de factores de protecção:

- A presença de uma rede social, incluindo uma família nuclear ou extensa
- A presença de grupos de auto-ajuda e de empoderamento e troca de experiências
- Ter emprego ou a possibilidade de gerar rendimentos
- Ter acesso a organizações de direitos humanos

- Ter acesso a serviços públicos que forneçam cuidados de saúde, protecção policial e justiça
- A possibilidade de realizar rituais culturais e cerimónias
- Ter na inspiração política ou religiosa uma fonte de conforto, de sentido e de perspectiva para o futuro.

Vida individual e familiar

O bem-estar e a saúde de uma mulher vítima de violência doméstica e/ou abuso sexual é severamente afectado e perturbado por essas experiências. A sua saúde pessoal, o seu papel como mãe, como esposa, como geradora de rendimentos ou como empregada, serão afectados. As suas crianças estarão em alto risco de desenvolver um problema sério de saúde mental ou de se tornarem vítimas ou perpetradoras na vida adulta. Isto cria um ciclo vicioso de violência.

Estudos feitos na área que estamos a abordar revelaram que crianças que vivem num ambiente doméstico em que há abuso do cônjuge, correm um risco 1.500 vezes superior à média nacional de serem igualmente vítimas de abuso (Van der Kolk, 2000). Segundo a OMS (2001) as crianças que são vítimas de violência ou de abuso sexual têm um risco elevado de elas próprias se tornarem mais tarde perpetradoras de formas semelhantes de abuso em relação a crianças mais novas. Testemunhar violência frequente na casa também pode contribuir para desenvolver um comportamento agressivo: “Crianças jovens e agressivas, que chegaram ao ponto de cometer um homicídio. Comprovou-se que o factor mais importante que contribuía para esses actos de violência era ter um pai que se comportava de forma violenta e se revelava capaz de se tornar um homicida” (Lewis et al, 1983).

A comunidade e a sociedade

O estudo da OMS que temos vindo a referir (2005) demonstrou que a violência contra as mulheres está disseminada e profundamente entranhada, e que provoca um sério impacto na saúde e no bem-estar das mulheres. Tal como se afirma nas suas conclusões: “A sua permanência é moralmente injustificável e não pode haver defesa: os seus custos são enormes para os indivíduos, para os sistemas de saúde e para a sociedade em geral. Nenhum outro problema maior de saúde pública foi – até recentemente – tão vastamente ignorado e tão pouco entendido”.

Eis aqui um breve resumo das recomendações feitas:

- Reforçar os compromissos e as acções ao nível nacional
- Promover a prevenção primária

- Reforçar a resposta do sector de saúde
- Apoiar as mulheres que vivem em relações violentas
- Sensibilizar os sistemas de justiça
- Apoiar pesquisas.

Conclusão e recomendações

A violência contra as mulheres é uma violação básica dos direitos humanos e tem um poder extremamente destrutivo para a comunidade e para a sociedade. Não existe nada de natural na violência. A violência não tem nada a ver com as normas culturais aceites. O aumento de violência nas famílias e nas comunidades pode ser sintoma de perda de controle, de lutas contra as mudanças dos papéis de género, de lacunas nos sistemas jurídico, económico e de saúde que falham em estabelecer limites, de processos de aculturação, etc. Enquanto os países e as sociedades mantiverem os olhos fechados para a violência contra as mulheres e as crianças, eles estão, em termos psicológicos, em processos de auto-destruição.

Prejudicar e limitar as forças construtivas das mulheres na sociedade representa um custo extremamente alto. Prejudicar a confiança e a crença das crianças na justiça, na segurança e na paz, é criar mais riscos de que elas cresçam agressivas, se tornem adultos criminosos ou vítimas de violência de outros. Eles serão um sério risco para a paz e para o desenvolvimento da sociedade.

Violência e comportamento destrutivo sempre existiram e continuarão a existir na terra, pois “tu não podes evitar que as aves da desgraça sobrevoem a tua cabeça”. Contudo, a comunidade nacional e internacional tem uma enorme responsabilidade em estabelecer limites aos agressores criminosos e em ajudar as suas vítimas a “evitar que eles construam ninhos nos seus cabelos”. As recomendações da OMS mostram que é muito urgente libertar as mulheres desta injustiça infame e destas situações insuportáveis.

Referências:

- BURGESS, AW; HOLMSTROM, LL. (1974), Rape trauma syndrome. In: American Journal of Psychiatry, 131 (9). pp. 981-986
- DE JONG, J., KOMPROE I., VAN OMMEREN, M., VAN DE PUT, W. (2001), Lifetime events and post-traumatic stress disorder in four post-conflict settings. In: Journal of the American Medical Association, 286. pp. 555-562
- FRIEDMAN, M.; JARSONSON, J. (1994), The applicability of the post-traumatic stress disorder concept to refugees. Washington DC: American Psychological Organisation.
- HERMAN, Judith (1992), Trauma and recovery. New York: Basic Books.

- JABLENSKY, A.; MARSELLA A.; EKBLAD, S. (1994), *Amidst peril and pain: the mental health and well-being of the world's refugees*. Washington D.C.: American Psychological Organisation.
- JABLENSKY, A.; MARSELLA, A. J.; EKBLAD, S.; JANSSON, B.; LEVI, L.; BORNEMANN, T. (1994), *Refugee Mental Health and Well-Being: Conclusions and Recommendations*. In: A. J. Marsella, T. Bornemann, S. Ekblad, & J. Orley (Eds.), *Amidst Peril and Pain. The Mental Health and Well-Being of the World's Refugees*. Washington DC: American Psychological Association.
- KEEHN, R. (1980), *Follow-up studies of World War II and Korean conflict prisoners*. In: *American Journal of Epidemiology*, 111. pp. 194-211
- LEWIS. J. et al. (1983), *Trauma and recovery*. New Cork: Basic Books/Harper Collins Publishers.
- NARAYAN, D. (2000), *Voices of the Poor. Crying out for change*, Oxford: Oxford University Press (World Bank).
- VAN DER KOLK, 2000, *Post-traumatic stress disorder and the nature of trauma*. In: *Dialogues in clinical neuroscience* 2(1). pp. 7-22
- WESTERMEYER, J.; WILLAMS, C. (1986), *Refugees' mental health issues in resettlement countries*. New York: Hemisphere.
- WHO (2000), "Violence against women". Fact sheet N° 239 (<http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs239/en/index.html>)
- WHO (2001), "Children: abuse and neglect. Fact sheet N° 150 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html>).
- WHO (2005), *Multi country study on women's health and Domestic Violence.-* (http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/index.html).

* *Trabalhadora social/psicoterapeuta, consultora na área de atendimento a vítimas de violência doméstica, Fórum Mulher*