Tema: “Violencia y confinamiento”

Una mujer, dos prisiones

Caso 3; SIAP Torremocha del Jarama (Madrid, España)

Las circunstancias del confinamiento potenciaron los factores de riesgo de violencia de género individuales y sociales, al aumentar el aislamiento y las barreras que dificultan la solicitud de ayuda y la denuncia. De hecho, las denuncias se redujeron a la mitad, pero los feminicidios aumentaron. A Xiomara, migrante hondureña, la mató en abril de 2020 su marido estrangulándola en la habitación en la que convivían con sus dos hijos.

Nina Monteiro (tutora virtual, médica de família, Porto, Portugal)

Nuno Parente (ponente, médico de família, Porto, Porgugal)

A pandemia COVID-19 foi uma onda de choque que viralizou o lado negro do comportamento humano, novamente. Relatos de desvios ou adaptações à rotina prévia foram acumulando-se e enriquecendo o noticiário como brechas de força e alento para a infindável ânsia pelo retorno à normalidade. A verdade é que, socialmente, houve um **empobrecimento na interacção humana**, com maior uso de tecnologias em modo de *“tele-afastamento”*, acrescentada com máscaras e outros equipamentos inexpressivos que transformaram acasos de convívio em momentos neutralizados. Esta solidão-bola de neve colidiu de frente com as imposições governamentais de coarctação da **liberdade**, os sucessivos confinamentos, acentuando a vivência e consumismo da bolha de cada agregado. Além disto, o aumento dos conflitos e stress nas relações inter-familiares, a instabilidade económica nacional e a perda de rendimentos a nível doméstico são factores que estão associados ao aumento de **violência**.[1] A violência contra a mulher está definida pelo Conselho Europeu como: “uma violação dos direitos humanos e forma de discriminação contra as mulheres que engloba todos os actos de violência de género que resultem ou possam resultar em **dano físico, sexual, psicológico, económico ou sofrimento** às mulheres, incluindo ameaças de tais actos, coerção ou privação da liberdade, quer ocorra na vida pública ou privada”.[2] Como o sabemos, é um problema de saúde pública, transversal aos diferentes estratos socioeconómicos e faixas etárias, extremamente complexo e com estreita relação com aumento de doenças crónicas.

perturbações psiquiátricas e feminicídio. Em Portugal, 62.3% das mulheres **não procuraram ajuda** por vergonha, noção de insignificância e falta de confiança nas autoridades.[1]

Neste caso, a Xiomara poderá ter sofrido múltiplos ataques e, pode ou não, ter requisitado auxílio. Este ponto é fundamental porque, na União Europeia, levantaram-se muros institucionais que desvaneceram gritos de ajuda das mulheres. As estruturas de apoio à vítima, já naturalmente sub-financiadas, só em 50% dos Estados membros é que receberam reforço adicional no serviço de recursos humanos durante a pandemia COVID-19.[3] Por outro lado, a medida de apoio à comunicação com a vítima mais comum foi a difusão de uma plataforma de suporte que poderá não ter sido bem recebido pela **artificialidade subjacente** e **ausência de meios para acesso *online***.[3] Confabulando o que não conhecemos e seguindo a métrica mais comum no contexto e dinâmica da violência contra a mulher, imaginaria uma família com um *"puto jefe"*, de matriz bem tradicionalista. Possivelmente, a quebra no rendimento mensal ou desemprego de um dos dois membros do casal em confluêcia atroz com a demanda elevada para partilha de tarefas de índole doméstica e de cuidados aos filhos, em regime de tele-escola, poderão ter sido uma paranóia de labirinto. E quão assustador é não encontrarmos refúgio na nossa casa? De facto, o sentimento de "**prisioneira**" pode espelhar de forma bastante crua e contundente a incapacidade de abandono do local mais perigoso, a sua própria casa. É injustamente asqueroso pensar quanto o confinamento obrigatório pode ter sido a lesão final nesta e outras tantas mulheres e, ao mesmo tempo, ter havido pseudo-filósofos políticos indignados com a sua falta de liberdade para circulação em viatura própria numa qualquer avenida. Por outro lado, focando-nos nos factores facilitadores, é natural que um agressor, em habitat já (re)conhecido, com recurso à personalidade controladora, à invasão da privacidade constante, à revisão de espaços-tempos contados indefinidamente e, até, potencialmente a um consumo de álcool mais abusivo, se sinta mais "**seguro**".

Terminaria com o nosso papel que tem sido de figurino e que se deverá catapultar no mais breve futuro para actor conceituado do elenco que é a organização dos cuidados de saúde primários. Recentemente, continua-se a perceber que há dificuldade em comunicar sobre esta temática tão vulnerável, tão desgastante e derrubadora de confiança, nomeadamente, em como **abordar** a existência de exposição a uma situação de violência e como lidar com a resposta positiva.[4] É absolutamente crucial abrirmos o peito e auto-expormo-nos a situações que possam mimetizar o que poderá ser uma resposta, treinada e recortada nos

caracteres, que exprima **compaixão** e vontade real. Posteriormente, é também aparente uma falta de ligação entre políticas nacionais e a liderança intermédia, baseando-se o apoio à vítimas no grau de conhecimento e interesse do profissional de saúde que está à nossa frente, o que resulta em heterogeneidade no trato e risco de maior desagregação após saída destes **espíritos de condução iluminada**. Por isso, fiquemo-nos pelo mais basilar. Que estejamos lá. Naquele suspiro de segundo, em que alguém decide viajar nessa dor antiga, profunda e trazer tudo ao de cima. Que nos saibamos inclinar, olhar quando tudo floresce: "*…It was almost as if she was just telling me because she wanted to get it off her chest and wanted me to know why she was so anxious and depressed, but without necessarily actually wanting to do anything about it…*"[5] e que na nossa escuta reflexiva e na nossa escolha de palavras o abraço seja suficiente para amparar quem mais necessita.

"…I think the way certain people practice, you attract certain types of cases, so if you're seen to be a bit more empathetic, you probably attract people who are having a difficult time…"[5]

Do **debate virtual**, destacaria o papel da longitudinalidade, do "*ojo clínico*" que nos pode facilitar em contacto não presencial com mulheres que já conheçamos. Contudo, por outro lado, foi manifestamente difícil o contacto telefónico na pandemia quando a mulher estava sentada ao lado do agressor e muitas das respostas se resumiram a silêncio ou monossílabos. O nível de risco de mulheres expostas a violência doméstica é impossível de percepcionar em alguém com quem contactos pela primeira vez, sem partilha prévia, num simples telefonema. Parece também ser de relevo a importância da multidisciplinaridade e clareza em protocolos que fortaleçam a ligação dos cuidados de saúde a instituições de apoio.

Artisticamente, destacaria também a dramaturgia do Strinberg que aproxima a semi-deusa Agnes ao papel de multi-mulher humana, carregada de deveres doméstico, parentais e conjugais sobejamente pesados e que minam a valoração da mesma em relações assimétricas e o filme da Alice Rohrwacher – Lazzaro Felice em que podemos ver e rever a circularidade do tempo, a fragilidade da rotina como fonte de inconsciência de uma exploração e que se toca na devoção cega e dependência de "fé no melhor futuro" que, por vezes, caracteriza uma relação tóxica e violenta.

Referências

1. Gama, A., Pedro, A. R., De Carvalho, M. J. L., Guerreiro, A. E., Duarte, V., Quintas, J., Matias, A., Keygnaert, I., & Dias, S. (2021). Domestic Violence during the COVID-19 Pandemic in Portugal. *Portuguese Journal of Public Health*, *38*(1), 32-40. https://doi.org/10.1159/000514341;
2. Council of Europe. 2011. Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence Against Women and Domestic Violence. Available online: https://www.coe.int/en/web/conventions/-/council-of-europe-council-of-europe-convention-on preventing-and-combating-violence-against-women-and-domestic-violence-cets-no-210-translations (accessed on 18 December 2022);
3. European Institute for Gender Equality. The Covid-19 pandemic and intimate partner violence against women in the EU. 2021;
4. Öhman, A., Vives-Cases, C., & Edin, K. (2024). 'Important, but difficult': Swedish primary care professionals' perceptions and experiences of dealing with violence against women: an interview study. *BMC primary care*, *25*(1), 258. https://doi.org/10.1186/s12875-024-02489-z;
5. Dowrick A, Feder G, Kelly M. Boundary-Work and the Distribution of Care for Survivors of Domestic Violence and Abuse in Primary Care Settings: Perspectives From U.K. Clinicians. *Qualitative Health Research*. 2021;31(9):1697-1709. doi:10.1177/1049732321998299.