

Setembro 2024

MESTRADO EM INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Adições, Violência Doméstica e de Género e Intervenção Comunitária: Uma Abordagem Interseccional

TRABALHO DE PROJETO APRESENTADO À
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE PAULA FRASSINETTI
PARA A OBTENÇÃO DE
GRAU DE MESTRE EM INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

DE

Ana Sofia Trindade Freitas

ORIENTAÇÃO

Doutora Paula Cristina Pacheco Medeiros



PAULA
FRASSINETTI

Agradecimentos

Dei os meus primeiros passos na Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, aquando da formação da minha mãe em Educação de Infância, cresci por entre livros e trabalhos apresentados nesta escola. Posteriormente, em 2001 iniciava os meus primeiros passos na minha formação como Educadora Social. Assim, mais de vinte anos depois é bom regressar onde sempre encontrei espaço para aprender, questionar, inquietar e inquietar-me e crescer pessoal e profissionalmente, desta vez no mestrado em intervenção comunitária.

Assim, gostaria de iniciar por agradecer a toda a comunidade escolar da Escola Superior de Educação Paula Frassinetti e em especial à minha orientadora, Doutora Paula Medeiros pela sua paciência, exigência, motivação, cuidado, incentivo, apoio, capacidade de ensino e resiliência.

Agradecer à minha família, em especial à minha mãe, mulher-inspiração pelo seu percurso académico, profissional e pessoal, com quem aprendi a investir sempre na nossa formação e a procurar ser sempre mais e melhor para nós e para todos.

Agradecer às minhas colegas de mestrado, em especial à Núria e à Sofia pelo companheirismo e apoio constante.

Agradecer ao Ricardo, pelo apoio e incentivo.

E acima de tudo agradecer a todas as mulheres com quem me cruzei no Bairro S. João de Deus que até hoje me ajudam a ser melhor pessoa e profissional.

Obrigada!

Resumo

A violência doméstica e de gênero é um problema social que impacta negativamente e diretamente na vida das pessoas vitimizadas, pessoas agressoras, e na sociedade coletivamente, sendo aliás integrada em importantes instrumentos de políticas públicas e sociais, nomeadamente a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, a Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica, também denominada Convenção de Istambul, e a nível nacional no âmbito da Estratégia Nacional para a Igualdade e Não Discriminação, mais precisamente no âmbito do Plano de Ação para a prevenção e o combate à Violência contra as Mulheres e à Violência Doméstica.

Os movimentos feministas assumiram particular importância na visibilização do fenómeno, ao colocar na agenda pública e mediática, a necessidade de intervir sobre um problema social, no qual, as mulheres têm sido as pessoas mais vitimizadas (Dias, 2017).

Por outro lado, tem-se concluído pela existência de uma maior prevalência da vitimização em contexto de violência doméstica e de gênero sobre mulheres com comportamentos aditivos e dependências (Hernández, et al., 2022), o que traduz experiências de vulnerabilidade acrescida, as quais revelam desafios para a intervenção comunitária e de proximidade.

É com base numa abordagem da interseccionalidade (Crenshaw, 1989; Nogueira, 2017), a qual permite criar um quadro de referência teórico-prático passível de aprofundar o conhecimento relativo à intersecção da violência doméstica e de gênero em mulheres com comportamentos aditivos e dependências, que a presente investigação procura aprofundar especificidades decorrentes dessa intersecção, centrada nos serviços de intervenção comunitária prestados pela Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) e pelos Centros de Respostas Integradas (CRI) integrados nas Divisões de Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD), criando, a partir daí, uma proposta de intervenção passível de relevar para a transformação social.

Palavras-chave: Intervenção Comunitária; Violência Doméstica; Violência de Género; Comportamentos Aditivos e Dependências; Género; Mulheres; Interseccionalidade.

Abstract

Domestic and gender-based violence is a social problem that negatively and directly impacts the lives of victimized people, aggressors, and society collectively, being integrated into important public and social policy instruments, namely the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence, also called the Istanbul Convention, and at national level within the sphere of the National Strategy for Equality and Non-Discrimination , more precisely within the sphere of the Action Plan to prevent and combat Violence against Women and Domestic Violence.

Feminist movements have assumed particular importance in making the phenomenon visible, by placing on the public and media agenda the need to intervene on a social problem, in which women have been the most victimized people (Dias, 2017).

On the other hand, it has been concluded that there is a greater prevalence of victimization in the context of domestic and gender-based violence among women with addictive behaviors and dependencies (Hernández, et al., 2022), which reflects experiences of increased vulnerability, the which reveal challenges for community and proximity intervention.

It is based on an intersectionality approach (Nogueira, 2017), which allows the creation of a theoretical-practical reference framework capable of deepening knowledge regarding the intersection of domestic and gender-based violence in women with addictive behaviors and dependencies, that the present investigation seeks to explore deeper into specificities arising from this intersection, focusing on community intervention services provided by the National Support Network for Victims of Domestic Violence and by the Integrated Response Centers integrated into the Divisions of Addictive Behaviors and Dependencies, creating, from there, a proposal for intervention that can be relevant to social transformation.

Keywords: Domestic Violence; Gender Violence; Addictive Behaviors and Dependencies; Gender; Women; Intersectionality.

Índice

Introdução	8
Parte I	14
1. Enquadramento teórico e conceptual	14
1.1. Políticas públicas dos comportamentos aditivos e dependências em Portugal	15
1.1.1. Enquadramento histórico	15
1.1.2. Estratégias de atuação e planos de ação	17
1.1.3. Os serviços de intervenção comunitária.....	22
1.2. Políticas públicas na área da Violência Doméstica e Violência de Género em Portugal	25
1.2.1. Enquadramento histórico	25
1.2.2. Estratégias de atuação e planos de ação	29
1.2.3. Os serviços de intervenção comunitária.....	35
1.3. A dimensão (conhecida) do fenómeno – estatísticas de referência em Portugal.....	39
1.4. Intervenção comunitária e interseção - violência doméstica e género e comportamentos aditivos e dependências	47
Parte II.....	60
2. O Estudo Empírico	60
2.1. Enquadramento Metodológico	60
2.1.1. Objeto de estudo.....	61
2.1.2. Objetivos	62
2.1.3. Opções metodológicas	63
2.2. Apresentação e discussão dos resultados	65
2.2.1. Síntese descritiva das entrevistas realizadas	65
2.2.2. Análise interpretativa das entrevistas com base nas categorias construídas	75
2.2.3. Discussão dos dados.....	81
Parte III.....	86
3. Proposta de projeto de intervenção comunitária	86
3.1. Nome do projeto.....	86
3.2. Diagnóstico	87
3.3. Descrição do projeto	89
3.4. Entidades parceiras	92
3.5. Objetivo geral.....	92
3.5.1. Objetivo específico 1	92
3.5.2. Objetivo específico 2	96
4. Conclusões	100

5. Bibliografía	106
Anexos.....	114
Anexo 1	115
Anexo 2.....	117
Anexo 3.....	118
Anexo 4.....	128
Anexo 5.....	138
Anexo 6.....	145
Anexo 7.....	163
Anexo 8.....	175

Índice de figuras

Figura 1 - % de pessoas condenadas por posse ou tráfico de estupefacientes na UE em 1997... 17	
Figura 3 - Evolução dos instrumentos de planeamento estratégico na área da violência doméstica e de género em Portugal..... 31	
Figura 4 - N° totais ocorrências criminalidade participada por Violência Doméstica..... 40	
Figura 5 – % de vítimas em função do sexo criminalidade participada por Violência Doméstica 40	
Figura 6 – % de denunciados/as em função do sexo criminalidade participada por Violência Doméstica..... 41	
Figura 7 – Atendimento e acolhimento da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica..... 43	

Índice de tabelas

Tabela 1 - Objetivos Específicos e Medidas do PAMVD 33	
Tabela 2 - Objetivos Específicos e Medidas do PAIMH..... 34	
Tabela 3 - Objetivos Específicos e Medidas do PAOIEC 34	
Tabela 4 - Perceções sobre a violência..... 42	
Tabela 5 - % comportamentos aditivos e dependências, em função do sexo 45	

Introdução

A igualdade de género, ou seja, a igualdade entre mulheres e homens, é uma abordagem emergente e central nível político e social, tendo a mesma vindo a ser sujeita a reajustes teóricos e empíricos, numa perspetiva alinhada com a diversidade das mulheres e dos homens. A promoção da igualdade de género é hoje cada vez mais perspetivada na relação com outras dimensões identitárias de cada uma das pessoas, só assim, será possível trilhar um caminho de transformação social centrado nos princípios de promoção dos direitos humanos de cada uma das pessoas individualmente, mas também de todas as pessoas coletivamente. A igualdade de género é um

Conceito que significa, por um lado, que todos os seres humanos são livres de desenvolver as suas capacidades pessoais e de fazer opções, independentes dos papéis atribuídos a homens e mulheres, e, por outro, que os diversos comportamentos, aspirações e necessidades de mulheres e homens são igualmente considerados e valorizados. (Comissão Europeia, 1998, p. 31).

A Estratégia Europeia para a Igualdade de Género 2020-2025 faz emergir, decorrente de vários anos de atuação nesta área, um maior e novo compromisso político de nível europeu tendo em vista uma União da Igualdade (Comissão Europeia, 2020). Este instrumento integra um planeamento estratégico das ações e medidas por forma a concretizar as mudanças e impactos até ao ano de 2025 numa perspetiva de promover e efetivar a igualdade de género na Europa, tem como foco

Construir uma União na qual tanto os homens e as mulheres, como as raparigas e os rapazes, em toda a sua diversidade, sejam livres de seguir o caminho que escolherem na vida, tenham as mesmas oportunidades para prosperar e possam participar na sociedade europeia e liderá-la em igualdade de circunstâncias. (Comissão Europeia, 2024).

A Estratégia Europeia para a Igualdade de Género 2020-2025 tem plasmados como objetivos

Pôr termo à violência baseada no género; combater os estereótipos de género; colmatar as disparidades de género no mercado de trabalho; assegurar uma participação equitativa em diferentes setores da economia; colmatar as disparidades salariais e de pensões entre homens e mulheres; colmatar as disparidades de género no plano da prestação de cuidados e alcançar um equilíbrio entre homens e mulheres nos processos de tomada de decisão. A estratégia prossegue uma dupla abordagem, que compreende a integração da perspectiva de género e a adoção de medidas específicas, cuja sincronização constitui o princípio horizontal que preside à sua execução. Embora a estratégia se centre sobretudo em ações a levar a cabo na UE, é igualmente coerente com a política externa europeia em matéria de igualdade de género e de empoderamento das mulheres. (Comissão Europeia, 2024).

Vivemos numa sociedade patriarcal, onde todos os serviços nas áreas da saúde, social, educação, justiça são pensados primeiramente por homens e para homens. O comportamento masculino serve como referência da intervenção, dos serviços e das práticas profissionais de proximidade. Esta realidade verifica-se um pouco por toda a Europa, sendo aliás consensual do ponto de vista científico a par da vasta intervenção de diversos movimentos sociais e feministas.

Os serviços de saúde começam agora integrar as questões de género nas suas intervenções, utilizando linguagem mais inclusiva ao adequar serviços e até diagnósticos e tratamentos especializados. Para além da questão do sexo biológico, é muito importante para os cuidados da saúde, também, as especificidades de género que assumem particular importância nos cuidados de saúde.

Desta forma, conclui-se pela importância de aprofundar o estudo em torno do da intersecção sobre os comportamentos aditivos e dependências e a violência doméstica e de género no âmbito da intervenção comunitária destas duas áreas.

A importância desta investigação decorre também das motivações pessoais, profissionais e cidadãs, desde o início do meu percurso profissional, em Casa Abrigo, que aprendi que para além do trabalho diário, devemos enquanto profissionais de intervenção comunitária, ser capazes de pensar, refletir sobre as políticas públicas, de forma que estas respondam verdadeiramente às questões das pessoas e da comunidade. Assim, numa perspetiva *bottom-up*, teremos de ser capazes de contruir com as pessoas uma sociedade mais justa e igualitária. Esta investigação resulta, assim, da motivação decorrente do meu percurso de profissional e associativo, desde 2004, de trabalho na área de intervenção social e comunitária, e das funções públicas que atualmente, como técnica superior no Instituto dos comportamentos aditivos e dependências ICAD IP e, ainda, do meu envolvimento associativo e prol da igualdade e não discriminação, sendo atualmente Vice-Presidente da Associação Confiar e membro da direção da Associação Porto Solidário.

Esta investigação foi impulsionada pelos princípios das orientações estratégicas do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências 2021-2030 (PNRCAD) e da Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não-Discriminação – Portugal + Igual (ENIND), em particular do Plano de ação para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e Violência Doméstica, instrumentos de planeamento estratégico de políticas públicas, para os quais este estudo tentará contribuir. A presente investigação encontra, também, sustentabilidade teórica e empírica no facto de que grande parte das mulheres com comportamentos aditivos e dependências é ou foi vítima de violência de género (Valencia, J. et al., 2020).

Autores como Bell (1973) e Giddens (2005) citados por Balan et al. (2015) argumentam que vivemos numa sociedade de informação e do conhecimento, onde os saberes científicos e técnicos têm uma importância fundamental e onde as decisões são instruídas pelo conhecimento da realidade. Torna-se, pois, urgente analisar a atuação dos serviços comunitários da Saúde, nomeadamente da Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD), da violência doméstica e de género por via da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) e observar os resultados para sustentar escolhas de transformação focadas na promoção da

igualdade e não discriminação. É igualmente relevante interseccionar os estudos de género e de violência doméstica e de género com os estudos sobre comportamentos aditivos e dependências, um desafio a que este estudo se propõe.

A proposta de estudo configura-se numa questão central que exige a análise de duas dimensões relativas a dois sistemas específicos, um relativo à intervenção comunitária em comportamentos aditivos e dependências e outro relativo à intervenção comunitária em violência doméstica e de género. Desta forma, apresenta-se a pergunta de partida deste estudo: Qual a relação entre os serviços de saúde em comportamentos aditivos e dependências e os serviços de intervenção em violência doméstica e de género?

Neste sentido, a investigação assume como objetivo aferir as interseções, quer ao nível das políticas públicas, quer ao nível das práticas profissionais, em particular de base comunitária, entre os serviços de proximidade e comunitários da saúde dos comportamentos aditivos e dependências, em particular das Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD), e os serviços da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD).

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável visa orientar os esforços globais para o desenvolvimento sustentável até 2030. Inclui 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que relevam para uma ação global tendo em vista erradicar a pobreza, melhorar a saúde e a educação, reduzir as desigualdades e proteger o ambiente. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) destacam a necessidade de estratégias que intervenham sobre pobreza e outros desafios, promovendo o crescimento social e económico, intervindo sobre as alterações climáticas e preservando os ecossistemas. Estes objetivos são projetados para melhorar a qualidade de vida das gerações atuais e futuras em todo o mundo (Organização das Nações Unidas, 2016). O lema da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável centra-se no princípio de não deixar ninguém para trás com base numa atuação estratégica e integrada em torno de cinco princípios centrais globalmente: Planeta, Pessoas, Prosperidade, Paz e Parcerias. (Organização das Nações Unidas, 2016)

Esta investigação releva para a prossecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), culminando na proposta de projeto a efetivar na intervenção comunitária. Assim contribuirá para o “objetivo 3 – Saúde de Qualidade - Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” (Organização das Nações Unidas, 2016, p. 6), na medida em que para tal é necessário garantir serviços de saúde em comportamentos aditivos e dependências atentos, preparados e adaptados para apoiar as mulheres com comportamentos aditivos e dependências em contextos de vitimização de violência doméstica e de género. Esta investigação contribui também diretamente para o “objetivo 5 - Igualdade de género - Alcançar a igualdade de género e empoderar todas as mulheres e raparigas.” (Organização das Nações Unidas, 2016, p. 10), que integra a ação relativa ao fim da discriminação contra as mulheres bem como a eliminação da violência doméstica, de género e contra as mulheres, na medida em que se pretende desocultar as especificidades de discriminação interseccionada sobre as mulheres com comportamentos aditivos e dependências especialmente centradas em função das suas experiências de vitimação por violência doméstica e de género. Esta investigação pretende contribuir para a visibilidade de todas as mulheres e com essa visibilidade criar respostas de intervenção comunitária que respondam às suas necessidades e especificidades.

Caminhando, assim, para alcançar a igualdade de género e empoderar as mulheres para em conjunto contribuir para uma sociedade mais justa em oportunidades e direitos. Destaca-se ainda a relevância da investigação para o “objetivo 10 – Reduzir as desigualdades - Reduzir as desigualdades no interior dos países e entre países” (Organização das Nações Unidas, 2016, p. 20) o qual prevê a capacitação e promoção da inclusão social, económica e política de todas as pessoas, ou seja, com base numa abordagem *botom-up*, depois de identificar as necessidades destas mulheres e após criar visibilidade para as suas questões específicas, é necessário, em conjunto com toda a comunidade, contribuir para a mudança de leis e políticas que contribuam para que estas mulheres não fiquem ainda mais vulneráveis. Esta investigação pretende dar visibilidade ao problema, pretende pensar criticamente sobre o mesmo, procurar soluções e a construção de uma proposta de projeto que permita não só a criação de respostas mais adequadas e específicas, mas também amplificar as vozes e experiências destas mulheres

e profissionais da área por forma a procurar políticas sociais públicas mais inclusivas. É neste sentido que releva também para o “objetivo 17 – parcerias para a implementação dos objetivos - Reforçar os meios de implementação e revitalizar a Parceria Global para o Desenvolvimento Sustentável” (Organização das Nações Unidas, 2016, p. 34), ou seja, o trabalho em rede e parceria resulta absolutamente estrutural para o sucesso das políticas sociais pública, envolvendo setor público, economia social e privado com fins lucrativos, pretende-se intervir de uma forma sistémica e interligada, criando uma rede de serviços articulados entre si que respondam de forma articulada e conjunta ao problema, criando assim parcerias capazes de responder às reais necessidades identificadas. Só convocando toda a comunidade conseguiremos atuar de forma eficaz e integradora de todos e todas para todos e todas.

Parte I

1. Enquadramento teórico e conceptual

O presente capítulo tem como objetivo a apresentação do enquadramento teórico e conceptual que orienta a análise relativa ao cruzamento entre as políticas públicas relacionadas com os comportamentos aditivos e dependências, a violência doméstica, a violência de género e a violência contra as mulheres em Portugal.

Inicialmente, abordaremos o contexto das políticas públicas em Portugal no domínio dos comportamentos aditivos e dependências, analisando a sua evolução histórica e as principais ações da sua implementação. Em seguida, serão abordadas as políticas públicas na área da violência doméstica, violência de género e violência contra as mulheres, incluindo as principais ações e evolução, bem como a rede de apoio para a prevenção e proteção de vítimas.

Posteriormente, a análise centra-se na interseção entre os comportamentos aditivos e dependências e as questões da violência doméstica e de género, explorando a relação com a intervenção comunitária e o seu contributo na promoção de respostas mais inclusivas, integradas e holísticas, com recurso a uma análise teórico-conceptual.

Por fim, o capítulo apresenta uma revisão das estatísticas de referência em Portugal que quantificam a dimensão conhecida destes fenómenos. Serão discutidos os dados mais recentes disponíveis a nível nacional, privilegiando fontes de dados oficiais. Este enquadramento estatístico serve para contextualizar a relevância e expressão do fenómeno e a urgência na implementação de políticas públicas eficazes e coordenadas que possam responder de forma adequada às necessidades em análise.

Este capítulo pretende estabelecer uma análise, com recurso ao desenvolvimento e evolução das políticas públicas na área dos comportamentos aditivos e na área da violência doméstica e de género, a um enquadramento conceptual em torno da intervenção comunitária numa perspetiva interseccional sobre as questões de género e

comportamentos aditivos e dependências e a estatísticas nacionais de referência, por forma a evidenciar uma visão transversal e detalhada sobre o fenómeno bem como uma visão crítica e estruturada que oriente os capítulos seguintes do estudo.

1.1. Políticas públicas dos comportamentos aditivos e dependências em Portugal

1.1.1. Enquadramento histórico

Em termos globais, o primeiro grande marco relativo à intervenção ao nível das drogas decorre da adoção do tratado internacional do controlo de drogas, a Convenção Internacional do Ópio (1912), assinada em Haia, em 23 de janeiro de 1912. Posteriormente, em Portugal no ano de 1924, é criada a primeira legislação relativa na área das drogas, já em 1970 o Decreto-Lei n.º 420/70 revoga a lei anterior, e consubstancia alterações relevantes na legislação, com o seguinte enquadramento:

O consumo de substâncias estupefacientes e em geral de drogas susceptíveis de provocar toxicomania assumiu neste século uma extensão e gravidade que o tornaram motivo de especial atenção e cuidado dos Estados e de organizações internacionais. Têm-se na verdade presentes os perigos que aquele consumo comporta para a saúde física e moral dos indivíduos e a sua não rara interpenetração com fenómenos de delinquência (Decreto-lei 420/70, de 3 de Setembro do Ministério da Justiça, 1970)

Foi no início dos anos 70 que o fenómeno dos comportamentos aditivos e dependências começou a evidenciar maior expressão em Portugal, ainda que a referência conceptual a esse período se referisse a consumo de substâncias estupefacientes e de drogas ao invés do recurso conceptual a comportamentos aditivos e dependências, este último, mais ajustado atualmente e decorrente das diversas políticas públicas e investigação científica nesta matéria ao longo de mais de 50 anos.

Não obstante, já em 1963, a Lei de Bases da Saúde Mental (1963) apresentava referências ao tratamento de comportamentos aditivos e dependências. Portugal não possuía respostas específicas para lidar com o uso de drogas. Pelo que dez anos depois,

em 1973, o Serviço de Psiquiatria Hospital de Santa Maria, em Lisboa, criou o primeiro serviço de intervenção comunitária por via da criação de uma resposta de saúde, a consulta de toxicodependência em Portugal, tendo aliás este serviço marcado o início da consciencialização sobre o problema dos comportamentos aditivos e dependências e influenciado o desenvolvimento de políticas públicas para prevenção, tratamento e redução de danos.

Ainda durante os anos 70, particularmente em 1975, pós 25 de Abril e início da vida democrática em Portugal, foram criadas as primeiras estruturas tendo em vista a intervenção e prevenção relativa aos comportamentos aditivos e dependências, nomeadamente, o Centro de Estudos da Juventude e o Centro de Investigação Judiciária da Droga. Entretanto, o primeiro foi substituído pelo Centro de Estudos da Profilaxia da Droga, cuja dimensão orgânica visava a prevenção, tratamento e inserção social de pessoas com comportamentos aditivos e dependências, e o segundo foi substituído pelo Centro de Investigação e Controle da Droga, cuja dimensão orgânica visava a repressão do tráfico ilícito de drogas. Ambas as estruturas desenvolviam as suas atividades sob a tutela do Ministério da Justiça.

Nos anos 90, Portugal caracteriza-se por ter um enorme problema relativo ao consumo e tráfico de drogas, em particular de heroína. Nesse mesmo período histórico, no âmbito de um estudo do Eurobarómetro, realizado em 1997, o mesmo indicava que os/as portugueses/as percecionavam o problema das drogas em Portugal como o principal problema social do país (Domaslawski, 2011). Durante este período existiam em Portugal territórios particularmente vulnerabilizados por via do grave problema de saúde pública instalada e crimes associados ao consumo e ao tráfico de drogas, nomeadamente no Porto no Bairro Social S. João de Deus e em Lisboa no Casal Ventoso, conhecido então, a nível europeu, como o maior mercado de droga a céu aberto de toda a Europa, tendo aliás sido noticiado pelo jornal *The Guardian* (Chaves & Pereira, 2019).

Ainda durante os anos 90, na abordagem relativa às pessoas com comportamentos aditivos e dependências, e considerando a área de tutela governativa nessa altura, a justiça, estava centrada na ação policial, jurídico-penal e punitiva, tendo resultado aliás

num fenómeno de encarceramento nas prisões portuguesas de pessoas com comportamentos aditivos e dependências, conforme se pode ver na figura infra, estas constituem o grupo com maior expressão entre as pessoas privadas da liberdade (Torres, & Gomes, 2022).

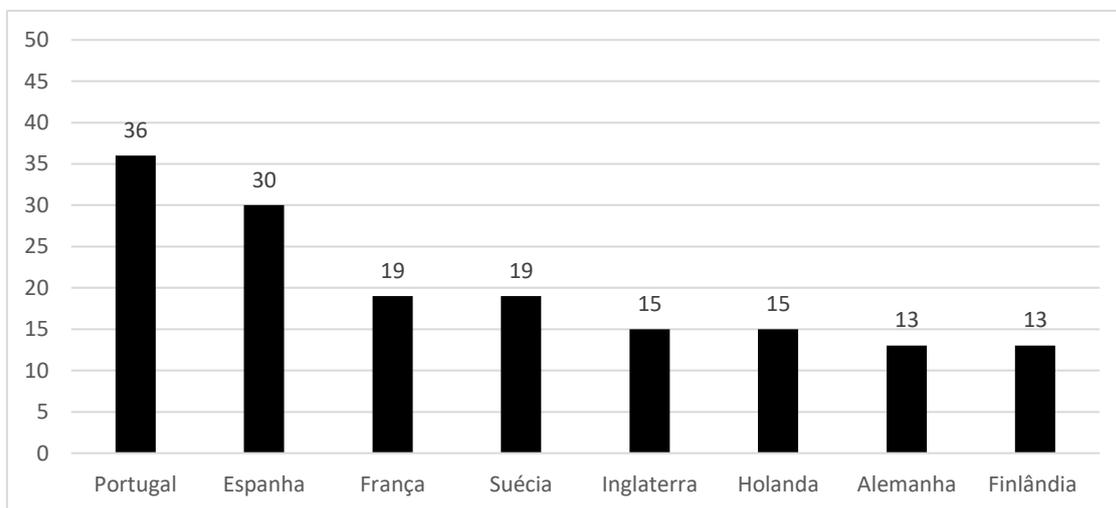


Figura 1 - % de pessoas condenadas por posse ou tráfico de estupefacientes na UE em 1997

Fonte: adaptado de Loic Wacquant (2000)

1.1.2. Estratégias de atuação e planos de ação

No final dos anos 90, mais especificamente em 1998, e decorrente do forte impacto do fenómeno relativo à dimensão do número de pessoas com comportamentos aditivos e dependências, ao tráfico de drogas, aos crimes praticados diretamente relacionados com drogas e ao problema da sobrelotação das prisões neste contexto, o governo português à data nomeou um grupo multidisciplinar de especialistas por forma a avaliarem o fenómeno em contexto nacional, tendo em vista a elaboração de recomendações de atuação ao nível das políticas públicas e da intervenção comunitária nesta área (Domoslawski, 2011). Do referido grupo de trabalho resultaram recomendações relativas a alterações legislativas e numa atuação baseada em pressupostos relativos “a ações da prevenção e educação, redução de danos, ampliação e melhoria dos programas de tratamento de toxicod dependentes e em atividades que ajudassem grupos de risco ou consumidores de drogas a manter ou restaurar as suas ligações com a família, o trabalho e a sociedade” (Domoslawski, 2011, p. 24).

Neste contexto é criada, em 1999, a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (1999), tendo a mesma vertido a grande maioria das recomendações do grupo de especialistas criado para o efeito (Domoslawski, 2011) ao mesmo tempo que assumiu um momento de particular importância e de um novo paradigma das políticas públicas, mas também da intervenção comunitária nesta área, presente ao longo de diversos planos nacionais de ação.

Apresenta-se de seguida, na figura infra, a sistematização cronológica da evolução dos instrumentos de planeamento estratégico na área dos comportamentos aditivos e dependências em Portugal, de 1999 até 2030.

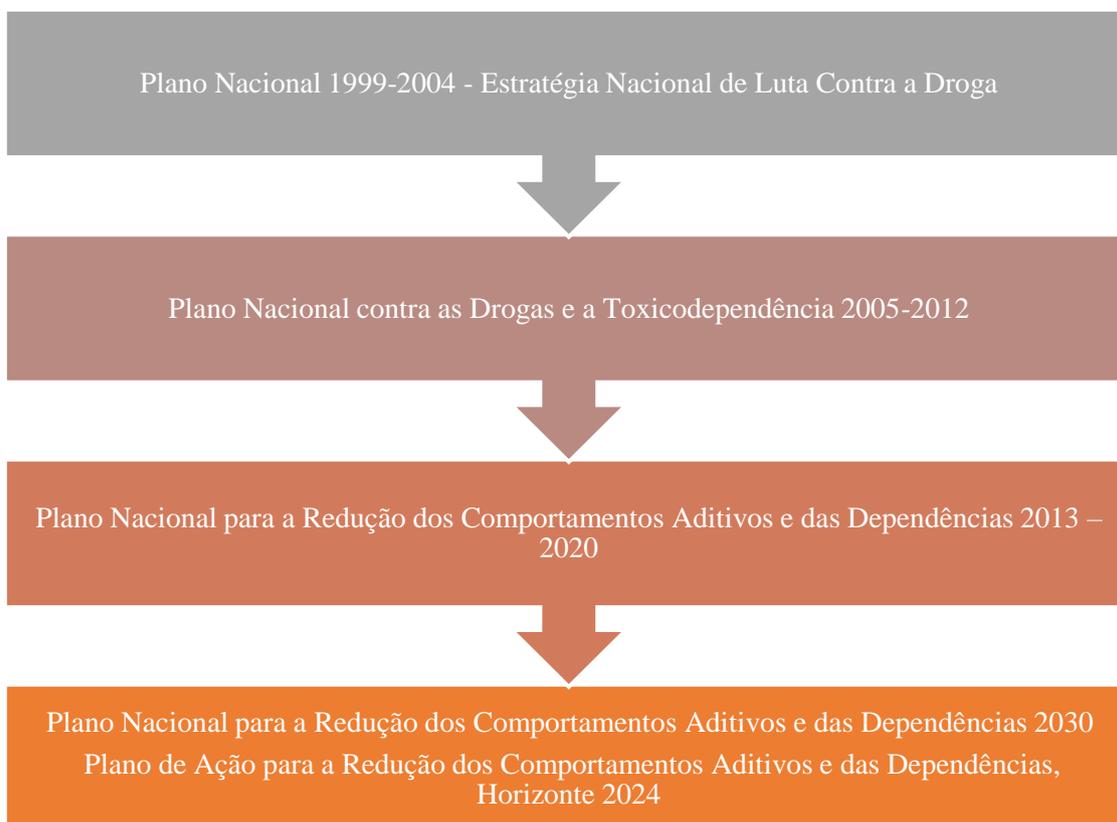


Figura 2 - Evolução dos instrumentos de planeamento estratégico na área dos comportamentos aditivos e dependências em Portugal

Fonte: elaboração própria

É no seguimento da criação da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (ENLCD) em 1999, que traduz um plano de ação até 2004, assente no princípio da descriminalização, que são criadas as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência. A estratégia integra uma perspetiva de que as pessoas com comportamentos aditivos e dependências devem ser abordadas a partir da perspetiva da saúde e não da perspetiva jurídico-penal, nomeadamente com acesso a serviços e respostas de base comunitária centrados na resolução dos problemas de cada uma das pessoas, ou seja, uma abordagem centrada na redução de riscos e minimização de danos. Em paralelo é criado um Sistema Nacional de Informação que permite maior sistematização de dados e surgem também mais investigações e estudos que permitem obter maior conhecimento técnico sobre a realidade.

Posteriormente é criado o Plano Nacional contra as Drogas e a Toxicodependência 2005-2012 (2005), que integra e reforça a perspetiva já lançada pela Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, focado nas pessoas e nas suas necessidades, na territorialização das políticas públicas por via da intervenção comunitária com serviços e respostas de proximidade. É também durante a implementação deste plano que a política pública portuguesa nesta área assume particular relevância no panorama internacional (Greenwald, 2009).

Em 2013, as políticas públicas apresentam-se na sua dimensão estratégica através do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013 – 2020 (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2013), e que traduziu uma maior transversalização das políticas públicas relativas aos comportamentos aditivos e dependências.

O Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências Horizonte 2024 (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2023) é o primeiro de três planos, no âmbito de uma abordagem centrada no planeamento estratégico de políticas públicas em ciclos mais curtos. Desta forma, a ação estratégica de atuação foca-se em objetivos específicos prioritários mais realistas e

ajustados aos desafios diagnosticados. Este plano foi aprovado conjuntamente com o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos 2030 (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2023).

O Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos 2030 (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2023) é o instrumento que define a estratégia e política nacional prioritária a implementar no âmbito da abordagem aos comportamentos aditivos e dependências. “Simboliza a capacidade das entidades interministeriais congregarem esforços em prol de uma causa, transversal e atual, na realidade mundial e portuguesa, pela dimensão e importância que ocupa na vida de muitos dos cidadãos e da sua comunidade.” (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2023, p. 10).

O Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos 2030 assenta em três pilares - Empoderar, Cuidar e Proteger, que visam:

Construir comunidades mais saudáveis, com menos problemas associados ao consumo de substâncias psicoativas e a outros comportamentos com potencial aditivo; promover a capacidade de os cidadãos lidarem com os desafios que o quotidiano lhes coloca nos seus vários contextos de vida, de forma a terem uma experiência o mais próxima possível de realização e bem-estar; promover uma comunidade saudável, que cuida de todos os cidadãos, facilitando o acesso e o incremento da qualidade das intervenções. (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2023, p. 8).

O Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos 2030 enquadra-se numa política de continuidade emergidas na fundamental e inovadora Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, publicada em 1999, e nos sucessivos planos de ação nacionais nesta área, que aliás têm traduzido o reconhecimento de atuação, incluindo a nível internacional (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2023).

A evolução da legislação e das estratégias de intervenção em Portugal, desde a repressão ao tráfico e ao consumo de drogas até a um modelo centrado na saúde pública, coloca Portugal na vanguarda, mostrando como a adaptação às realidades sociais e o investimento em políticas públicas e de intervenção comunitária podem ter um impacto de mudança em toda a comunidade.

A transição de uma abordagem jurídico-penal para uma abordagem de saúde pública e comunitária foi a relevante mudança de paradigma que permitiu a melhoria da qualidade de vida das pessoas com comportamentos aditivos e dependências em Portugal. Tal mudança trouxe a redução do estigma face às pessoas com comportamentos aditivos e dependências, olhando para estas como uma questão de saúde e não criminal, facilitando, ao mesmo tempo, que mais pessoas procurassem ajuda sem o medo de repercussões legais. Por outro lado, esta mudança veio retirar uma sobrecarga sobre as prisões e permitir direcionar as pessoas para soluções de tratamento, reintegração social e redução de danos, como o apoio à reintegração familiar e no mercado de trabalho. Com um olhar mais sistémico sobre a questão dos comportamentos aditivos e dependências, a inclusão de programas de prevenção permitiu uma intervenção precoce, aumentando os fatores de proteção nos jovens, diminuir os fatores de risco, trabalhando sobre estes em vez de apenas lidar posteriormente com os sintomas dos comportamentos aditivos e dependências. De sublinhar a importância da intervenção comunitária no sucesso da aplicação das políticas públicas. Foi através dos serviços de base comunitárias que se promoveu e, ainda hoje se promove uma maior proximidade com as pessoas com comportamentos aditivos e dependências, assegurando assim respostas mais ajustadas às realidades locais.

Este percurso feito em Portugal, reconhecido internacionalmente como uma boa prática e com uma abordagem inovadora, tem servido de exemplo para outros países, que visitam Portugal enquanto uma boa estratégia para apoiar as pessoas com comportamentos aditivos e dependências e que tem como principal alicerce a intervenção comunitária, através da territorialização das políticas públicas. Este percurso tem, sem dúvida, contribuído para o apoio às pessoas com comportamentos aditivos e dependências, humanizando as políticas públicas e promovendo a reintegração social.

Com a recente constituição do ICAD como instituto público, Portugal dá um claro sinal de continuação de investimento destas políticas públicas sociais e melhora as suas respostas aos constantes desafios que surgem no âmbito comportamentos aditivos e dependências.

1.1.3. Os serviços de intervenção comunitária

A Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (ENLCD), em 1999, traduz uma nova centralidade ao nível da intervenção comunitária relativa aos comportamentos aditivos dependências, tendo sido nesse âmbito criada em 2001 legislação específica, por via do Decreto-Lei 183/2001, de 21 de que aprova o regime geral das políticas de prevenção e redução de riscos e minimização de danos. Pretendia-se a criação de serviços e respostas comunitárias, estruturadas e inovadoras, junho (Decreto-lei 183/2001, de 21 de Junho, 2001), nomeadamente:

- Gabinetes de apoio a toxicodependentes sem enquadramento sociofamiliar
- Centros de acolhimento
- Centros de abrigo
- Pontos de contacto e de informação
- Espaços móveis de prevenção de doenças infecciosas
- Programas de substituição em baixo limiar de exigência
- Programas de troca de seringas
- Equipas de rua
- Programas para consumo vigiado

No âmbito da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (ENLCD) são criadas em 2001 as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência, “constituindo um importante passo simbólico que refletia a nova abordagem em termos de política da droga, ao colocá-las sob a tutela do Ministério da Saúde, em vez do Ministério da Justiça” (Domaslawski, 2011, p. 25). Esta nova abordagem traduz uma prática profissional assente na intervenção de base comunitária das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), que acabaram também por ser uma das dimensões mais

inovadoras e caracterizadoras do novo paradigma das políticas públicas nacionais nesta área (Rego, et al., 2021).

O Plano Nacional contra as Drogas e a Toxicodependência 2005-2012 (Conselho Interministerial do Combate à Droga e à Toxicodependência, 2005) traduz também particular relevância relativa à intervenção comunitária, por via do Plano Operacional de Repostas Integradas (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2007), na medida em que integra uma abordagem holística relativamente aos diversos territórios a nível nacional a intervir, com base em critérios que permitiram aferir níveis de gravidade da dimensão do problema das drogas, e ainda por via da implementação de Programas de Respostas Integradas (PRI) ajustados ao diagnóstico dos territórios realizado.

As políticas públicas na área da saúde, comportamentos aditivos e dependências, têm a sua dimensão estratégica vertida no Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2021-2030 (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2023) e em termos práticos, a intervenção de saúde relativa aos comportamentos aditivos e dependências de base comunitária e de proximidade, que não de internamento, sobre a qual procurei investigar é desenvolvida pelos serviços prestados por via:

- Das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT);
- Dos Centros de Respostas Integradas (CRI).

Ao nível da organização dos serviços e respostas, as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT) têm autonomia, contudo, estão integradas na estrutura orgânica do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD), ou seja, este último tem como atribuições prestar apoio técnico e administrativo às primeiras. Paralelamente, os Centros de Respostas Integradas (CRI) dependem das Divisões de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) integradas diretamente nas Administrações Regionais de Saúde (ARS), ainda que, em termos das orientações estratégicas e de implementação das políticas públicas relativas aos comportamentos aditivos e dependências, decorram também do Serviço de

Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD). Na prática, a intervenção de base comunitária é implementada nos territórios por via de dois tipos de serviços (CDT e CRI) que, ainda que distintos do ponto de vista orgânico, da tutela e funcionamento, estão sobre as orientações técnicas decorrentes do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD).

As Divisões de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD), são serviços centrais das Administrações Regionais de Saúde (ARS) que têm como missão promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção de comportamentos aditivos e a diminuição das dependências. Estes serviços desenvolvem atividades nas seguintes áreas: Prevenção, Redução de Risco e Minimização de Danos, Tratamento e Reinserção. É através das Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) que as Administrações Regionais de Saúde (ARS) operacionalizam as políticas de saúde na área dos comportamentos aditivos e dependências, beneficiando das orientações técnicas enunciadas pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD).

Os Centros de Respostas Integradas (CRI) são as unidades de intervenção comunitária e local, através das quais as Divisões de Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) das várias regiões (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) assumem a responsabilidade de executar os programas de intervenção local no domínio da prevenção dos comportamentos aditivos e dependências, prestar de cuidados integrados e globais a utentes e fazer redução de riscos, minimização de danos e reinserção. A nível nacional existem 34 Centros de Respostas Integradas (CRI).

De salientar que no decorrer da investigação em 2023, entrando em vigor em 2024, foi publicado o Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro que cria o Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, IP. (ICAD, I. P.), e extingue o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) (Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro, 2023). Na prática, “sucede nas atribuições e competências, direitos, obrigações e posições contratuais do SICAD, que se extingue enquanto serviço

central da administração direta do Estado” (Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro, 2023, p. 5), mas paralelamente,

Sucedem ainda nas atribuições, competências, direitos, obrigações e posições contratuais das ARS, I. P., relativas à execução dos programas de intervenção local com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, à prevenção dos comportamentos aditivos e à diminuição das dependências no âmbito das Divisões de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) e das unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde em matéria de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências. (Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro, 2023, p. 5)

Esta alteração traduz mudanças a nível jurídico, mas acima de tudo, arquitecta uma nova estrutura de gestão das políticas sociais públicas, de forma mais holística e sistémica, na área dos comportamentos aditivos e dependências.

1.2. Políticas públicas na área da Violência Doméstica e Violência de Género em Portugal

1.2.1. Enquadramento histórico

Tendo em vista uma melhor compreensão das políticas sociais públicas e da intervenção comunitária relativa a mulheres com comportamentos aditivos e dependências e violência doméstica e de género, emerge como necessário aprofundar a interpretação sobre o percurso de Portugal para lidar com o fenómeno específico da violência doméstica e de género.

A violência nas relações de intimidade, nomeadamente a violência doméstica e de género não é um problema recente. Ainda assim, é a partir dos anos 70 que passa a assumir maior visibilidade pública, desde logo por via do papel e denuncia dos movimentos feministas dos anos 60 e 70 (Tavares, 2008). Contudo, é a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres – CEDAW (Plataforma Portuguesa para os Direitos das Mulheres, 2016), adotada pela Assembleia Geral das

Nações Unidas, em 18 de dezembro de 1979, ratificada por Portugal em 1980, que assume um maior destaque, tornando-se um dos principais instrumentos jurídicos internacionais sobre os direitos das mulheres. A Convenção centra a sua atuação junto dos Estados ao nível da eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres, assumindo assim particular importância global até à atualidade. Consequentemente, a referida convenção prevê um protocolo opcional (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2018) o qual foi ratificado por Portugal em 2002. No âmbito da atuação da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW) destacam-se duas recomendações relativas à violência contra as mulheres, que aprofundam a relevância da intervenção nesta área, enunciadas pelo Comité previsto pela CEDAW:

- Recomendação geral n.º 12 (8.ª sessão 1989): Violência contra as mulheres (Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres - CEDAW, 1989)
- Recomendação geral n.º 19 (11.ª sessão 1992): Violência contra mulheres (Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres - CEDAW, 1992)

É também no âmbito da atuação da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres que decorreu, em Viena no ano de 1991, uma reunião do grupo de peritos/as sobre violência contra as mulheres e da qual surgem as primeiras linhas do que será a Declaração sobre a eliminação da violência contra as mulheres, evidenciando assim a particular importância e atuação estratégica deste instrumento a esse nível.

Precisamente, em 1993, é proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1993) a qual se manifesta:

Preocupada com o facto de a violência contra as mulheres constituir um obstáculo, não só à realização da igualdade, do desenvolvimento e da paz conforme reconhecido nas Estratégias de Futuro de Nairobi para o Progresso

das Mulheres, nas quais se recomendou a adoção de um conjunto de medidas destinadas a combater a violência contra as mulheres, mas também à plena aplicação da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres. (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1993)

A Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres é também interpretada como um complemento à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW), na medida em que integra preocupações transversais aos dois instrumentos jurídicos. Não obstante, observa-se uma maior preocupação e atuação em matéria de violência contra as mulheres, do qual resulta no seu artigo 1º

Para os fins da presente Declaração, a expressão “violência contra as mulheres” significa qualquer ato de violência baseado no género do qual resulte, ou possa resultar, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico para as mulheres, incluindo as ameaças de tais atos, a coação ou a privação arbitrária de liberdade, que ocorra, quer na vida pública, quer na vida privada (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1993)

Destaca-se, também com particular pertinência, a Conferência Mundial de Pequim realizada em 1995 (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género , 2013) onde a violência contra as mulheres foi reconhecida internacionalmente como um problema social, adquirindo uma definição clara no contexto dos direitos humanos e da igualdade. No âmbito desta conferência foram enunciadas recomendações aos Estados-Membros para que desenvolvessem medidas tendo em vista a intervenção ao nível deste fenómeno, referindo-se:

Para alcançar esse fim, se exortam os governos, a comunidade internacional e a sociedade civil, inclusive as organizações não-governamentais e o setor privado, a adotarem medidas estratégicas nas seguintes áreas críticas de especial

preocupação: (...) • Todas as formas de violência contra a mulher. (Organização das Nações Unidas, 1995)

Em Portugal, é na década 90 que surge uma maior consciencialização sobre a gravidade e dimensão do problema da violência nas relações de intimidade, nomeadamente a violência de género contra as mulheres e a violência doméstica, desde logo por via da criação da primeira lei nacional (Lei n.º 61/91, de 13 de Agosto, 1991) com o objetivo de prevenir a violência contra as mulheres vitimadas, denominada *lei de proteção às mulheres vítimas de violência*. Esta lei previa a criação de um sistema de prevenção e apoio às mulheres vítimas de crimes de violência, a criação de um gabinete de emergência com atendimento telefónico, a criação de secções de atendimento junto dos órgãos de policia criminal, mecanismos de promoção para a criação e funcionamento de associações de mulheres com fins de defesa e proteção e um sistema de garantias adequadas à cessação da violência e à reparação dos danos ocorridos, sendo por isso mesmo um marco histórico fundamental nas políticas públicas nesta área .

É no final dos anos 90, mais especificamente em 1997 (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género , 1997), que em Portugal surgem os primeiros planos de ação, imbuídos de toda agitação dos movimentos sociais e da participação do Estado Português nos instrumentos internacionais acima mencionados, enquanto instrumentos de política pública nacional, com particular relevância para as questões da violência contra as mulheres, em particular a violência doméstica.

Após consolidada parte da intervenção em matéria de violência doméstica e de género, ou seja, decorridos mais de dez anos de experiência de políticas públicas sociais e de intervenção nesta área em Portugal, surge um dos instrumentos de direitos humanos centrais, até à atualidade, nesta área, ou seja a Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e a Violência Doméstica, também denominada de Convenção de Istambul (Conselho da Europa, 2011).

1.2.2. Estratégias de atuação e planos de ação

A Resolução do Conselho de Ministros nº 49/97 de 24 de março aprova o Plano Global para a Igualdade de Oportunidades, sendo este o primeiro instrumento nacional de ação nesta área, o qual prevê num dos seus 7 objetivos e, em particular, no seu objetivo 2 relativo à prevenção da violência da garantia da proteção ajustada às mulheres vítimas de crimes de violência. O referido objetivo, assume assim o primeiro momento estratégico que releva para a intervenção comunitária em matéria de violência contra as mulheres, assumindo medidas de prevenção e proteção (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 1997).

Já no decorrer do ano de 1999, no âmbito da Resolução do Conselho de Ministros nº 55/99 de 15 de junho, é publicado o I Plano Nacional Contra a Violência Doméstica, com um de vigência de 3 anos, de 1999 a 2002 (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 1999). Não obstante a integração da área da violência no Plano Global para a Igualdade de Oportunidades de 1997 enquanto um dos seus objetivos, o I Plano Nacional Contra a Violência Doméstica assume um maior compromisso estratégico na medida em que autonomiza esse objetivo (do Plano Global para a Igualdade de Oportunidades de 1997), num plano de ação autónomo e conseqüentemente revela maior compromisso político, mas também uma maior abordagem estratégica e holística sobre as questões da violência contra as mulheres, em particular a violência doméstica e de género. Importa também destacar que este é também o primeiro momento em que concetualmente se identifica o conceito de violência doméstica de forma explícita.

Desde então Portugal tem desenvolvido planos de ação específicos em matéria de violência doméstica, tendo-se seguido o II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica 2003-2006 (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2003), o III Plano Nacional contra a Violência Doméstica 2007-2010 (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2007), o IV Plano Nacional contra a Violência Doméstica 2011-2013 (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2011), o V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género 2014-2017 (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2014).

É no decorrer do II Plano Nacional contra a Violência Doméstica 2007-2010, que a nível do ordenamento jurídico português, em particular do Código Penal, a Lei n.º 59/2007, de 4 de setembro (2007) vem introduzir o crime de Violência Doméstica, não estando até então previsto como tal. Ainda que desde 2000 estivesse previsto noutros moldes jurídicos, referindo a “mesma pena é aplicável a quem infligir ao cônjuge, ou a quem com ele conviver em condições análogas às dos cônjuges, maus-tratos físicos ou psíquicos” (Lei n.º 7/2000 de 27 de Maio, 2000). Atualmente, no Código Penal (Lei n.º 15/2024, de 29 de janeiro, 2024), mantém-se a designação no artigo 152º de Violência Doméstica, integrando aliás uma vasta jurisprudência sobre este crime, que é em termos jurídicos um crime público.

É também no decorrer do IV Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2011-2013) e na transição para o V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género, (2014-2017), que surge a Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica, também denominada Convenção de Istambul (Conselho da Europa, 2011), tendo sido adotada em Istambul, a 11 de maio de 2011, aprovada pelo governo português a 16 de Novembro de 2012, ratificada pela Assembleia da República a 21 de Janeiro de 2013 e entrou em vigor em Portugal a 1 de Agosto de 2014, tendo aliás Portugal sido “o primeiro Estado-membro da União Europeia a ratificar este instrumento internacional, sendo inquestionável o compromisso do Estado português com o cumprimento deste instrumento de Direito Internacional” (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2018). A Convenção de Istambul é aliás, desde a sua ratificação, absolutamente central em matéria de política pública nacional, e em particular na definição, implementação e avaliação dos diversos planos de ação nacionais. Passa a traduzir um conjunto de padrões mínimos transversais aos Estados membros no que refere à prevenção e intervenção nesta área de atuação.

Atualmente em Portugal, e desde 2018, encontra-se em vigor uma nova abordagem relativa aos planos de ação, na medida em que se integra uma abordagem temporal de ação de longo prazo correspondente a 12 anos, de 2018 a 2030, concretizada

pela Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação 2018-2030 – ENIND (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2018).



Figura 3 - Evolução dos instrumentos de planeamento estratégico na área da violência doméstica e de género em Portugal

Fonte: elaboração própria

A Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação (ENIND) começa por enunciar 3 linhas transversais da sua abordagem com particular relevância para o que é a intervenção comunitária nesta área, em particular dos serviços de proximidade local nos territórios a nível nacional, a destacar:

- **Interseccionalidade**, ou seja, a perspetiva da interseccionalidade revela que a discriminação resulta da interseção de múltiplas dimensões identitárias e ainda ao nível da articulação com outras estratégias, planos e programas nacionais existentes dirigidos a determinados grupos;

- **Territorialização**, ou seja, perspectiva a dimensão da territorialidade como prioridade, que visa a adequação das políticas públicas às características e necessidades territoriais do país o que impacta ao nível das intervenções comunitárias. Nesse sentido visa reforçar e potenciar o trabalho local, em rede e parceria, atendendo à proximidade à população. Evidencia ainda o destaque para a importância das autarquias locais e sua rede de parcerias como agentes estratégicos locais;
- **Promoção de Parcerias** que assenta a sua atuação em parcerias estratégicas, reconhece o papel e o contributo das universidades, do setor privado empresarial (fins lucrativos) e do setor da economia social.

No âmbito da Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação (ENIND) estão previstos três planos de ação que definem objetivos estratégicos e específicos e medidas concretas, em particular, o Plano de Ação para a Igualdade entre Mulheres e Homens (PAIMH), o Plano de Ação para o combate à discriminação em razão da Orientação sexual, Identidade e Expressão de género, e Características sexuais (PAOIEC) e o Plano de Ação para a prevenção e o combate à Violência contra as Mulheres e à Violência Doméstica (PAVMVD).

Os três planos de ação da Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação (ENIND) preveem um conjunto de medidas que visam a atuação na área da Saúde e/ou em parceria, onde se incluem medidas relacionadas com os comportamentos aditivos e dependências (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2018):

- a. Plano de ação para a prevenção e o combate à violência contra as mulheres e à violência doméstica (PAVMVD)

Objetivos Específicos	Medidas (2023-2026)
OE 13 - Qualificar para a prevenção da VMVD.	Criação de protocolos de articulação da RNAVVD com os restantes serviços de proximidade e apoio à população, como

	serviços de atendimento e acompanhamento social, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) ou outros, existentes na comunidade.
OE 14 - Melhorar a qualidade de cuidados e respostas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na área da prevenção da violência no ciclo de vida, incluindo violência doméstica, através da operacionalização do Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida.	Aumento da afetação horária dos elementos pertencentes aos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e Equipas de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA).
	Reforço da intervenção pela Rede EPVA.
OE 32 - Consolidar, alargar e avaliar a intervenção com pessoas agressoras.	Definição de protocolos de atuação e referenciação que visem o acesso a serviços de reabilitação por parte das pessoas agressoras, nomeadamente, nas áreas das adições e saúde mental.
OE 41 - Qualificar públicos estratégicos	Qualificação de profissionais dos sistemas de justiça, saúde, segurança social e do emprego, educação, forças e serviços de segurança, e outros/as profissionais da AP com intervenção em matéria de VMVD
OE 51 - Harmonizar as estatísticas setoriais de acompanhamento da VMVD	Melhoria dos sistemas de registo de saúde na área da violência interpessoal, incluindo VMVD, garantindo monitorização do rastreio, deteção, intervenção e sinalização de casos.
OE 61 - Reforçar a prevenção das práticas tradicionais nefastas - PTN	Alargamento e consolidação do Programa Práticas Saudáveis: Fim à MGF a outras zonas geográficas do país, com prevalência de MGF
OE 65 - Qualificar a intervenção de públicos estratégicos para a prevenção e o combate às práticas tradicionais nefastas - PTN	Realização de cursos de pós-graduação com especialização em MGF dirigidos a profissionais de saúde
	Qualificação de profissionais dos sistemas de justiça, saúde, segurança social e do emprego, educação, forças e serviços de segurança, e outros/as profissionais da AP com intervenção em matéria de PTN.

Tabela 1- Objetivos Específicos e Medidas do PAMVD (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2018)

Fonte: elaboração própria com base no Plano de ação para a prevenção e o combate à violência contra as mulheres e à violência doméstica (PAVMVD)

b. Plano de Ação para a Igualdade entre Mulheres e Homens (PAIMH)

Objetivos Específicos	Medidas (2023-2026)
OE 63 - Promover a perspetiva da IMH na investigação e desenho das políticas e medidas de saúde.	Introdução da dimensão das relações sociais e interpessoais entre rapazes e raparigas, designadamente sexualidade, hábitos alimentares, consumos, atividade física e questões de imagem nos planos locais de saúde.
	Implementação de programas sobre o impacto dos comportamentos aditivos e dependências na gravidez e no feto.
	Promover a implementação do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde.
	Incluir a dimensão IMH e prevenção do sexismo em campanhas de informação e sensibilização produzidas pela saúde.
	Implementar planos de igualdade de género nos serviços de saúde

Tabela 2 - Objetivos Específicos e Medidas do PAIMH (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2018)

Fonte: elaboração própria com base no Plano de Ação para a Igualdade entre Mulheres e Homens (PAIMH)

- c. Plano de ação para o combate à discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais (PAOIEC)

Objetivos Específicos	Medidas (2023-2026)
OE 24 - implementação e monitorização da Estratégia de Saúde para as Pessoas LGBTI+.	Capacitação de profissionais de saúde e equipas de família sobre cuidados de saúde para pessoas LGBTI+.

Tabela 3 - Objetivos Específicos e Medidas do PAOIEC (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2018)

Fonte: elaboração própria com base no Plano de ação para o combate à discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais (PAOIEC)

O Plano de Ação para a prevenção e o combate à Violência contra as Mulheres e à Violência Doméstica (PAVMVD), no âmbito da Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação (ENIND), esteve em vigor de 2018 a 2021, tendo sido aprovada a sua renovação para o período de 2023 a 2026.

Na atualidade, este é o principal instrumento orientador de toda a política e ação nacional na área da violência doméstica e de género, motivo pelo qual assume particular relevância, por via dos seus seis objetivos estratégicos (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2018):

1. “Prevenir e erradicar a tolerância social às várias manifestações da VMVD, conscientizar sobre os seus impactos e promover uma cultura de não violência, de direitos humanos, de igualdade e não discriminação” (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2018);
2. “Apoiar e proteger — ampliar e consolidar a intervenção” (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2018);
3. “Intervir junto das pessoas agressoras, promovendo uma cultura de responsabilização” (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2018);
4. “Qualificar profissionais e serviços para a intervenção” (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2018);
5. “Investigar, monitorizar e avaliar as políticas pública” (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2018);
6. “Prevenir e combater as práticas tradicionais nefastas, nomeadamente a mutilação genital feminina (MGF) e os casamentos infantis, precoces e forçados” (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2018).

1.2.3. Os serviços de intervenção comunitária

Em termos práticos, grande parte da intervenção em matéria de violência de género, contra as mulheres e violência doméstica a nível nacional, traduz-se na intervenção de base territorial e comunitária da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD), cuja supervisão é da responsabilidade da Comissão

para a Cidadania e Igualdade de Género, e que se traduz em termos práticos em três tipos de respostas específicas distribuídas pelo país:

- Estruturas de Atendimento – “Respostas com equipas multidisciplinares que prestam, presencial e telefonicamente, informação jurídica apoio psicológico e social, de forma gratuita” (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2019);
- Casas de Abrigo – “Unidades residenciais para acolhimento de vítimas, até 6 meses, acompanhadas ou não de filhos/as menores, ou maiores dependentes com deficiência” (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2019);;
- Respostas de Acolhimento de Emergência – “Unidades residenciais para acolhimento urgente de vítimas, acompanhadas ou não de filhos/as menores, ou maiores dependentes com deficiência” (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2019).

Em 2021, foram criadas ainda as Respostas de Apoio Psicológico para Crianças (RAP) e Jovens Vítimas de Violência Doméstica, por forma a colmatar as necessidades existentes a este nível no sistema formal de respostas à problemática da violência doméstica, em particular sobre crianças e jovens, através do reforço das equipas técnicas da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) com profissionais de Psicologia. Estes serviços encontram-se integrados em Estruturas de Atendimento.

Em termos legais, a Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) está devidamente legitimada na sua constituição por via da Lei nº 112/2009, de 16 de setembro (2009), em particular por via do Artigo 53º, o qual refere que são entidades/respostas da rede, a par das respostas acima identificadas (Estruturas de Atendimento, Casas de Abrigo e Respostas de Acolhimento de Emergência), o organismo da Administração Pública responsável pela área da cidadania e da igualdade de género, neste caso a CIG-Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, e ainda o ISS, I. P – Instituto de Segurança Social.

Já ao nível da atuação, a Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) encontra-se vinculada ao Decreto-regulamentar nº2/2018, de 24 de janeiro (2018) e à Portaria n.º 197/2018, de 06 de julho sendo na prática os instrumentos legais que regulamentam “as condições de organização e funcionamento das estruturas de atendimento, das respostas de acolhimento de emergência e das casas de abrigo” (Portaria n.º 197/2018, de 6 de julho, 2018).

De acordo com o previsto no Decreto Regulamentar n.º 2/2018, de 24 de janeiro (2018), tornou-se ainda necessário proceder à aprovação dos seguintes modelos de instrumentos técnicos obrigatórios a utilizar pela Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD). Tendo-se verificado a aprovação dos modelos infra referidos em 2020 por via do Despacho n.º 5374/2020, de 11 de maio (2020):

- Ficha única de atendimento às vítimas de violência doméstica;
- Avaliação das necessidades sociais da vítima de violência doméstica a
- Plano de segurança a utilizar pelas estruturas de atendimento;
- Relatório de encaminhamento a utilizar pelas entidades encaminhadoras das respostas de acolhimento de emergência ou casas de abrigo;
- Plano individual de intervenção a utilizar pelas estruturas de atendimento e pelas casas de abrigo.

A par do enquadramento e vinculação legal sobre a atuação e serviços da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD), foram definidos, em 2026, os requisitos mínimos de atuação no âmbito da publicação Guia de Requisitos Mínimos de Intervenção em situações de Violência Doméstica e Violência de Género (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2016), por parte da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. Este instrumento assume central relevância considerando que visa definir padrões base de atuação dos serviços da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica tendo em vista a qualidade dos serviços por si prestados, nomeadamente ao nível de princípios orientadores da intervenção, onde se refere os seguintes princípios:

- Princípio da defesa dos Direitos Humanos

- Princípio da igualdade e da não discriminação
- Princípio da autonomia da vontade e do consentimento
- Princípio da confidencialidade e do anonimato
- Princípio da segurança
- Princípio da qualidade
- Princípio da cooperação
- Princípio da gratuidade

E os seguintes requisitos mínimos:

- Requisitos mínimos para a intervenção
- Requisitos mínimos para a estrutura
- Requisitos mínimos para os recursos humanos
- Requisitos mínimos para a articulação interinstitucional e cooperação

A evolução da legislação e das respostas institucionais em torno da violência de género, contra as mulheres e violência doméstica em Portugal, evidenciada na estrutura e regulamentação da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica, representa um importante reforço na proteção e apoio às vítimas. Esta evolução trouxe também uma maior visibilidade na agenda pública e política, ou seja, traduz uma assunção da violência nas relações da intimidade como um problema social e não da esfera privada, como durante vários anos foi interpretado. Daqui resulta também uma mudança de paradigma no que se refere à alteração de um discurso culpabilizador das mulheres vítimas de violência doméstica, a par, de um maior estudo científico sobre o fenómeno, bem como, no aumento da perceção dos elevados custos sociais, económicos e de saúde, ou seja, todo este processo traduz uma maior consciencialização sobre a gravidade da violência doméstica e de género.

De salientar que a Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD), sob supervisão da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG), abrange um conjunto de respostas que permite o apoio jurídico, psicológico e social, além

de garantir a segurança física através de casas de abrigo e respostas de acolhimento de emergência. É muito importante garantir a segurança física das mulheres, sobretudo em situações de emergência, mas é ainda mais importante não esquecer a necessidade de apoio durante todo o processo, não só jurídico como psicológico e social. Atualmente, com a crise na habitação que se vive em Portugal, a Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género dispõe de vários protocolos com municípios em Portugal para apoiar na transição e saída de casa abrigo. Porém, apesar dos esforços da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género e dos vários municípios, as respostas continuam escassas, mostrando-se, assim, indispensável uma mudança de políticas públicas que não coloquem as mulheres em situações ainda mais vulneráveis. De facto, uma manifestação da discriminação interseccional pode ser definida como uma discriminação interseccional estrutural.

A evolução da legislação demonstra um compromisso de Portugal com a melhoria da proteção e apoio às vítimas de violência doméstica e de género. A legislação reflete uma abordagem sistémica atenta às multífaces da violência, permitindo assim que as respostas sejam adequadas às necessidades específicas das vítimas. É de sublinhar a inclusão de crianças e jovens nas respostas de apoio tornando-se bastante relevante, visto que as crianças e jovens eram frequentemente vistas como vítimas indiretas da violência doméstica, mudando assim o paradigma de intervenção para vítimas diretas e em consequência um maior apoio para estas.

Em suma, a legislação e regulamentação em torno da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) e suas respostas são um grande progresso que requerem um compromisso político constante para garantir a efetividade plena na proteção das vítimas e na prevenção da violência doméstica e de género em Portugal.

1.3. A dimensão (conhecida) do fenómeno – estatísticas de referência em Portugal

Portugal centra muito da sua estratégia de políticas públicas em matéria de violência nas relações de intimidade, em particular da violência doméstica, tendo por base a informação disponibilizada pelos Relatórios Anuais de Segurança Interna (RASI),

tratando-se, contudo, de estatísticas criminais relativas ao reporte do crime de violência doméstica junto das polícias (PSP ou GNR). É no ano de 2000 que a violência doméstica assume a natureza de crime público, por via da Lei n.º 7/2000, de 27 de maio (2000), pelo que a análise dos dados ao abrigo do RASI se sugere com início no referido ano.

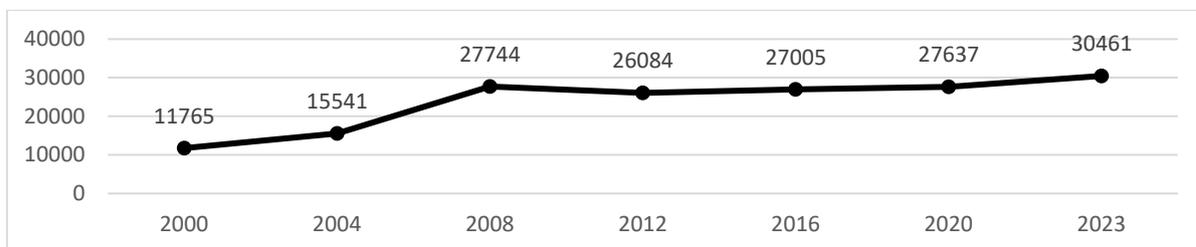


Figura 4 - Nº totais ocorrências criminalidade participada por Violência Doméstica
 Fonte: elaboração própria com base RASI 2000, 2004, 2008, 2012, 2016, 2020 e 2023

Com base na análise dos RASI relativos a um espaçamento temporal de 4 em 4 anos, excepto relativo à transição de 2020 para 2023 (o último disponível), verifica-se, um aumento crescente das ocorrências por violência doméstica junto das polícias em Portugal, desde 2000 até 2023, correspondendo a um crescimento de mais 61,4% de situações. A diferença crescente mais significativa decorreu entre 2004 e 2008, com um aumento de 44% das ocorrências. De facto, no que refere à criminalidade participada, o crime de violência doméstica tem vindo a configurar-se no top 3 dos RASI, sendo aliás, em alguns anos (ex. 2022) o crime mais participado a nível nacional, demonstrando o impacto do fenómeno.

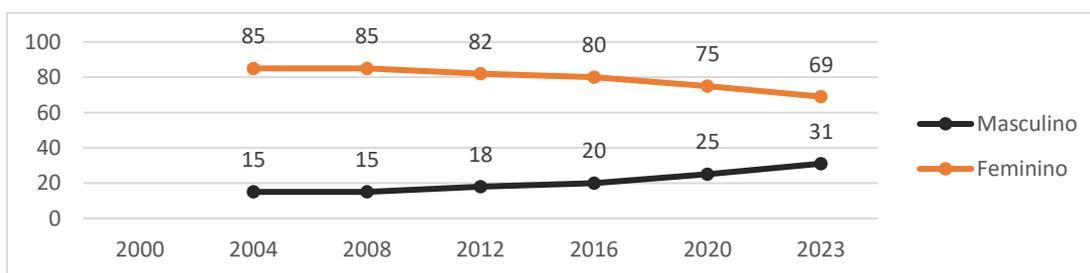


Figura 5 – % de vítimas em função do sexo criminalidade participada por Violência Doméstica
 Fonte: elaboração própria com base RASI 2000, 2004, 2008, 2012, 2016, 2020 e 2023

Numa análise estatística dos dados evidenciados pelo RASI, conclui-se com particular significado que os dados acima apresentados estão alinhados com a tese

explicativa das bases da violência nas relações de intimidade e da violência doméstica, relativa à influência dos estereótipos de género e do sistema sexista face às expectativas sociais do que é ser homem (mais associado à agressão) e do que é ser mulher (mais associado à vitimação). Ao longo dos anos são as pessoas do sexo feminino que apresentam a larga maioria das pessoas vitimadas em contexto de violência doméstica. Não obstante, importa destacar a evolução ao longo dos anos, no sentido de maior aproximação da vitimação relativa a pessoas do sexo feminino e do sexo masculino, ou seja, entre 2004 e 2023, a vitimação no masculino aumentou 16%, enquanto a vitimação no feminino decresceu 16%, o que talvez possa estar alinhado com a tese relativa à crítica emergente em torno do conceito de violência bidirecional (Capinha, et al., 2022).

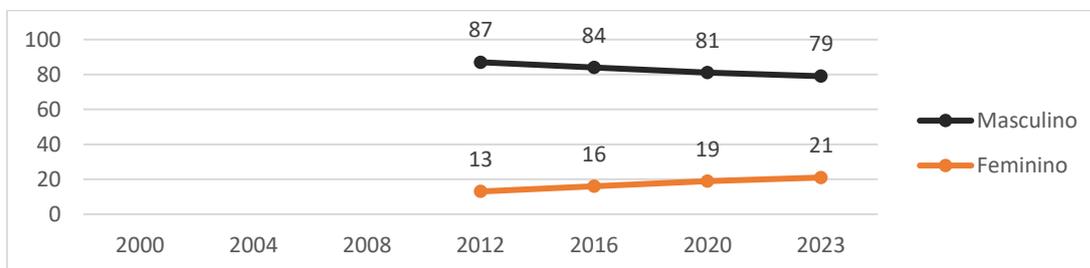


Figura 6 – % de denunciados/as em função do sexo criminalidade participada por Violência Doméstica

Fonte: elaboração própria com base RASI 2000, 2004, 2008, 2012, 2016, 2020 e 2023

No que refere às pessoas denunciadas, verifica-se com base nos dados disponíveis desagregados por sexo e por ano, entre 2012 e 2023, que a maioria são pessoas do sexo masculino, o que mais uma vez parece alinhado com a tese relativa ao papel dos estereótipos de género como base da violência. Em todo o caso, nos últimos 11 anos, verifica-se um aumento das pessoas denunciadas do sexo feminino (+8%), a par do decréscimo das pessoas denunciadas do sexo masculino (-8%).

Não obstante os dados acima apresentados, a sua leitura, análise e generalização carece de cautela científica, mas também relativa à influência sobre as políticas públicas em matéria de violência doméstica em Portugal. Os dados do RASI, embora hegemónicos na atuação nacional sobre a violência doméstica, traduzem única e exclusivamente a informação reportada sobre a participação de um crime de violência doméstica junto da

PSP ou GNR. Ora, em bom rigor, essa informação decorrerá do que é a realidade conhecida sobre o fenómeno, contudo, não traduz a totalidade do universo do fenómeno. Ficam a faltar as pessoas vítimas que não apresentam denúncia, as pessoas que beneficiam de apoio junto de serviços privados, as condicionantes relativas à influência dos estereótipos de género e da construção da masculinidade na auto percepção dos homens como potenciais vítimas (Silva, 2022), ou seja, aqueles que têm maior dificuldade em se identificar como vítimas na medida em que não é socialmente expectável que os homens sejam vítimas em contexto da intimidade. Os dados também não traduzem também os suicídios decorrentes da vitimação em violência doméstica (Kavak, et al, 2018). A par destas limitações, sabe-se que persistem diferenças relativas a amostras comunitárias face às estatísticas criminais em função das questões de género, agressão e vitimação (Capinha, et al., 2022). Nesse sentido, decorrente de um estudo em contexto comunitário, recentemente publicado pelo Instituto Nacional de Estatística (Instituto Nacional de Estatística, 2023), ainda que relativo às percepções sobre a existência de violência ao longo da vida, enuncia-se um contributo interessante e complementar para a análise do fenómeno.

Percepções sobre a violência	Sim	Não
Percepção do quão comum é a violência contra as mulheres por parte dos maridos/companheiros	44,8%	55,2%
Muito comum	41,1 %	29,8 %
Comum	41,2 %	40,7 %
Pouco comum	13,1 %	18,8 %
Nada comum	2,0 %	4,0 %
Percepção do quão comum é a violência contra os homens por parte das mulheres/companheiras	44,8 %	55,2 %
Muito comum	10,8 %	7,1 %
Comum	36,2 %	30,8 %
Pouco comum	42,8 %	46,6 %
Nada comum	7,0 %	8,6 %

Tabela 4 - Percepções sobre a violência

Fonte: INE, Inquérito sobre Segurança no Espaço Público e Privado, 2023

De acordo com o estudo decorrente do Inquérito sobre Segurança no Espaço Público e Privado (Instituto Nacional de Estatística, 2023), é possível aferir uma visão distinta da evidenciada nos relatórios do RASI, nomeadamente sobre as perceções da população portuguesa relativa à existência de violência por parte de companheiros sobre as companheiras e de companheiros sobre os companheiros, conclui-se pelo mesmo peso percentual nas duas situações, ou seja, 44,8% da população considera que ambas são circunstâncias comuns. Tais indicadores aproximam-se do que evidencia a tese relativa à violência bidirecional, num sentido de maior simetria entre homens e mulheres ao nível da agressão e vitimação (Capinha, et al., 2022), como a eventual dinâmica de violência doméstica mais comum. Não obstante, quando analisada a frequência, destaca-se que na violência perpetrada por eles sobre elas a perceção da maioria (82,3%) considera ser comum ou muito comum, já o contrário, a violência perpetrada por elas sobre eles, a maioria (79%) considera ser pouco comum ou comum.

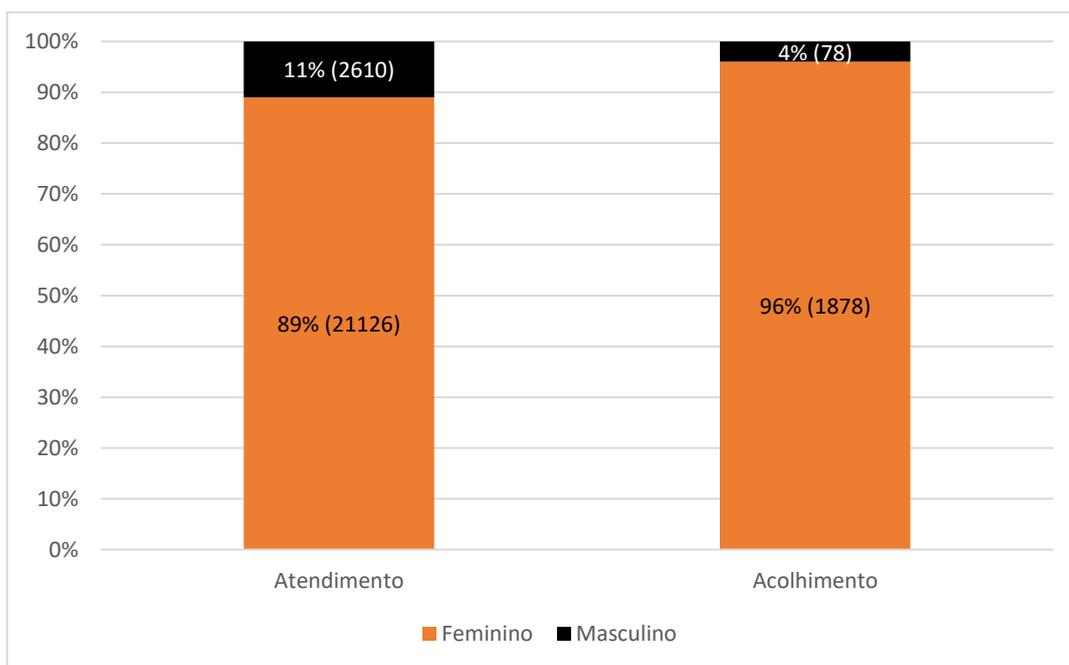


Figura 7 – Atendimento e acolhimento da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica

Fonte: elaboração própria com base CIG, Relatório 2023 - Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica

De acordo com o último relatório nacional sobre a atuação da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2024) foram realizados 132 225 atendimentos a um total de 23 736 pessoas vítimas de violência doméstica nos serviços das Estruturas de Atendimento, das quais 21 126 (89%) era do sexo feminino e 2 610 do sexo masculino (11%). Relativamente aos serviços de acolhimento, nomeadamente Casas de Abrigo e Respostas de Acolhimento de Emergência, considerando apenas as pessoas adultas acolhidas nas referidas respostas (ou seja, não integra as crianças e/ou jovens dependentes que acompanhem em sede de acolhimento e que traduzem cerca de 46% do total das pessoas acolhidas em 2023) identificam-se um total de 1 956 acolhimentos de pessoas adultas, das quais cerca de 96% eram do sexo feminino.

Por um lado, estes dados demonstram de forma explícita o impacto do fenómeno da violência doméstica nos serviços de atendimento e acolhimento, bem como a forma como este fenómeno afeta desproporcionalmente as pessoas do sexo feminino. Simultaneamente estes dados evidenciam a importância estrutural de atuação da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) na prevenção e proteção de base comunitária das vítimas. Não obstante, importa refletir sobre o facto de que historicamente o conjunto das respostas e da atuação da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD), bem como das políticas públicas nesta área, privilegiaram e traduzem no terreno a existências de respostas comunitárias mais ajustadas para as mulheres (Dias, 2017), ainda que as Estruturas de Atendimento devam atender qualquer pessoa, e no caso das Casas de Abrigo e Respostas de Acolhimento de Emergência evidenciam uma maior número de respostas para as mulheres, na prática existe apenas uma Casa de Abrigo para homens a nível nacional. Em todo o caso, o paradigma da vitimação continua ainda a afetar, com base nos dados oficiais disponíveis, com maior expressão as mulheres.

Ao nível dos comportamentos aditivos e dependências, os dados que resultam do V Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2022 (Balsa, Vital, & Urbano, 2023) evidenciam a apresentação da informação

desagregada por sexo o que permite uma leitura de género em função dos objetivos aqui pretendidos.

Substância	Sexo	2012	2022
Álcool	Total	73,6	75,8
	Masculino	85,1	84,1
	Feminino	62,6	68,0
Tabaco	Total	46,2	51,0
	Masculino	60,2	61,6
	Feminino	32,8	41,0
Sedativos	Total	20,4	13,0
	Masculino	12,8	9,0
	Feminino	27,6	16,9
QSI	Total	9,6	12,9
	Masculino	14,8	18,8
	Feminino	4,6	7,4
Canábis	Total	9,4	12,2
	Masculino	14,6	17,5
	Feminino	4,4	7,1
Cocaína	Total	1,2	1,1
	Masculino	1,8	1,6
	Feminino	0,6	0,5
Anfetaminas	Total	0,5	0,3
	Masculino	0,7	0,6
	Feminino	0,3	0,1
Ecstasy	Total	1,3	0,9
	Masculino	2,0	1,6
	Feminino	0,6	0,4
Heroína	Total	0,6	0,4
	Masculino	1,1	0,7
	Feminino	0,1	0,2
LSD	Total	0,6	0,4
	Masculino	0,9	0,7
	Feminino	0,3	0,0
Cogumelos A.	Total	0,6	0,3
	Masculino	0,8	0,5
	Feminino	0,3	0,2
NSP	Total	0,4	0,3
	Masculino	0,6	0,4
	Feminino	0,3	0,2

Tabela 5 - % comportamentos aditivos e dependências, em função do sexo

Fonte: Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral - Portugal 2022

Tendo por base os dados do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, relativamente a 2012 e a 2022, verifica-se que as pessoas do sexo masculino têm maior expressão de consumos de quaisquer substâncias, exceto, no que refere à dependência de sedativos, no qual as pessoas do sexo feminino apresentam maior expressão de adição e/ou dependência. Tal circunstância evidencia o alinhamento com as práticas e comportamentos de risco mais associados aos homens, decorrentes da estereotipia de género e das expectativas sociais sobre o que é ser homem, que acabam por remeter mais para práticas e comportamentos de risco (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2020), nomeadamente relativos à saúde (Amâncio, 2004). Por outro lado, as pessoas do sexo feminino evidenciam, nos dois períodos analisados relativos a 2012 e 2022, comportamentos aditivos e dependências face à diversidade de substâncias apresentadas.

Os dados apresentados na tabela 5 demonstram a expressão de comportamentos aditivos e dependência em função dos tipos de substâncias, ora, os dados desagregados em função do sexo são fundamentais para o desenho de políticas públicas ajustadas e com perspectiva de género. Contudo, diversa investigação (Hernández, et al., 2022) aponta para o facto de que os serviços comunitários de intervenção nesta área estejam pouco preparados para intervir com mulheres, nomeadamente as que sejam vítimas de violência doméstica e de género, tenho aliás daí resultado o relatório sombra, em 2022, à 82ª sessão do Comité para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), preparado pelas organizações não governamentais Consumidores Associados Sobrevivem Organizados (CASO), Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT) and the Women and Harm Reduction International Network (WHRIN), alertando para tais circunstâncias (CASO, GAT & WHRIN, 2022).

Conclui-se, da pesquisa de informação estatística oficial que releve para a interseção sobre os comportamentos aditivos e dependências relativos a mulheres vítimas de violência doméstica e/ou género, pela inexistência de dados que permitam aprofundar uma leitura do fenómeno. Desde logo, dos dados aferidos junto da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) não existe a aferição de qualquer informação sobre comportamentos aditivos e dependências, e por outro lado, dos dados

oficiais em matéria de comportamentos aditivos e dependências não resulta a disponibilização de informação sobre a relação com eventuais dinâmicas de vitimação em contexto de violência doméstica e/ou de género.

1.4. Intervenção comunitária e interseção - violência doméstica e género e comportamentos aditivos e dependências

No seguimento da Segunda Guerra Mundial, decorrente da experiência relativa à austeridade económica que daí resultou, emergiu com particular intensidade uma atuação relativa a formas de apoio social no Ocidente. Após o seu término e até aos anos 70, é uma época reconhecida como particularmente relevante ao nível do Estado-Providência. Este contexto histórico, é caracterizado por uma abordagem alinhada estrategicamente com a criação de um Estado Social que vise apoiar e promover direitos sociais relativos a todas as pessoas, e paralelamente, emerge um consenso político dos Estados em torno da importância do emprego, economia mista e apoio social (Silva, 2013). É neste contexto que Portugal, nos anos 60, evidencia passos mais estruturados relativos a um sistema de proteção social, tendo culminado em 1984 com a aprovação da primeira lei de bases da Segurança Social. A primeira lei de bases da Segurança Social dá origem à regulamentação de um conjunto diversificado de outras medidas, nomeadamente, relativas ao desemprego, doença, maternidade e paternidade, invalidez e velhice. Nos anos 90 assiste-se ao desenvolvimento e alargamento das vias de apoio prestadas pelo sistema de segurança social. É também neste contexto e processo histórico-político, que emerge um sentido de atuação mais estratégico no que refere à intervenção comunitária.

A intervenção comunitária pode ser interpretada enquanto um conjunto de práticas sociais e/ou processos de intervenção ativos que visam a melhoria do bem-estar e das condições de vida das pessoas, comunidades e sociedade, por via da mobilização de recursos financeiros, humanos, emocionais, intelectuais e organizacionais centrada na promoção dos direitos humanos e da igualdade e não discriminação. Implica a promoção do exercício de uma cidadania ativa e participada das pessoas diretamente visadas, das comunidades e das instituições (públicas e não governamentais) por forma a gerar processos e dinâmicas, nomeadamente de base territorial local, mas também regional e

nacional, focados na mudança e justiça social (Antunes & Mendes, 2021). Não obstante, a intervenção comunitária, em particular, relativa aos comportamentos aditivos e dependências, tal como hoje existe, nem sempre se verificou. A histórica criminalização de tais práticas e consumos, encontrou-se durante vários anos alicerçada numa tensão entre uma visão alinhada com a promoção do Estado Social e uma visão mais alinhada com a criação de um Estado Penal (Wacquant, 2000). De facto, a abordagem alinhada com o Estado Penal vigorou durante vários anos em Portugal através da reação, nomeadamente mais centrada nas classes precarizadas e vulneráveis, com recurso a abordagem punitiva e criminalizadora por via da atuação policial e do encarceramento prisional, o que sustentou até aos dias de hoje o estigma (Goffman, 1988) sobre as pessoas com comportamentos aditivos e dependências.

Embora minimizados os desafios do passado, atualmente, a visão assente numa lógica mais humanizadora das pessoas com comportamentos aditivos e dependências, e as políticas sociais bem como a intervenção comunitária intervêm com base numa análise holística e sistémica da realidade, das especificidades e recursos de cada pessoa. É neste sentido, que o cruzamento relativo aos comportamentos aditivos e dependências e a violência doméstica e de género implica necessariamente um aprofundamento do conhecimento relativamente aos desafios atuais que daí decorrem. Tal cruzamento faz emergir um problema social complexo (Marques, 2017) pelo que a intervenção comunitária deve assentar numa visão holística e sistémica sobre as dinâmicas, mas também do que são as respostas decorrentes das políticas sociais e da intervenção técnica, que envolve uma multiplicidade de agentes de setores distintos.

Neste âmbito, importa recuar ao fundamental papel dos movimentos feministas que assumiram particular importância na visibilização da violência doméstica e de género, procurando trazer para o centro da agenda pública e mediática, a necessidade de intervenção sobre um problema, muitas vezes perspetivado como do foro privado de uma relação íntima, a par de um sentido de coresponsabilização sobre tais práticas. Será durante a referida segunda vaga feminista, entre os anos 60 e 70, que emerge uma maior problematização sobre o fenómeno. É neste momento histórico que surgem estudos a problematizar a violência doméstica e de género, assente numa perspetiva feminista, ou

seja, uma visão centrada e crítica sobre as estruturas sociais patriarcais bem como sobre as relações de poder e dominação sustentadas pela construção social de género do que é ser homem e ser mulher (Dias, 2017).

Importa distinguir conceptualmente os conceitos estruturais relativos à dimensão da violência doméstica e de género. Nesse sentido, entende-se, de acordo com a Convenção de Istambul, por violência doméstica “todos os atos de violência física, sexual, psicológica ou económica que ocorrem na família ou na unidade doméstica, ou entre cônjuges ou ex-cônjuges, ou entre companheiros ou ex-companheiros, quer o agressor coabite ou tenha coabitado, ou não, com a vítima” (Conselho da Europa, 2011).

A abordagem feminista dominante, influencia a agenda das políticas públicas nesta área, assente no pressuposto de que as normas de género e a estereotipia de género são a base da violência doméstica, ou seja, com base na expectativa e na construção social em torno do homem associado a ideia de força, virilidade, racionalidade e competição, e por outro lado, em torno da mulher associada à ideia de fragilidade, emoção e submissão (Amâncio, 1993; 1994; Cunha, 2018, citado por Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2020). É a partir desta abordagem que emerge o conceito de violência de género, traduzindo-se na

Violência dirigida contra uma pessoa devido ao seu sexo, à sua identidade ou à sua expressão de género, ou que afete de forma desproporcionada pessoas de um sexo em particular. Pode traduzir-se em danos físicos, sexuais, emocionais ou psicológicos, ou em prejuízos económicos para a vítima. A violência baseada no género é considerada uma forma de discriminação e uma violação das liberdades fundamentais da vítima, e inclui, entre outras, a violência nas relações de intimidade, a violência sexual (nomeadamente violação, agressão e assédio sexual), o tráfico de seres humanos, a escravatura e diferentes formas de práticas perniciosas, tais como os casamentos forçados, a mutilação genital feminina e os chamados «crimes de honra» (União Europeia, 2012).

Ora, com base numa abordagem feminista, emerge a partir dos anos 80 o que pode ser denominada como a terceira vaga feminista (Tavares, 2008), uma abordagem mais plural e interseccional que faz emergir a conceptualização da interseccionalidade (Crenshaw, 1989) cujo termo foi pela primeira vez utilizado por Kimberlé Crenshaw (Nogueira, 2017), nomeadamente decorrente de uma crítica feminista à visão feminista *mainstream*, que aliás prevalece até aos dias de hoje. A teoria da interseccionalidade assenta na visão holística e sistémica relativa ao cruzamento de vários sistemas de opressão e mecanismos de discriminação, ou seja,

Uma análise interseccional captura diferentes níveis de diferença, revelando, por exemplo, como formas de discriminação e opressão interseccionais criam oportunidades, benefícios sociais e materiais para aqueles/as que gozam de estatutos normativos ou não marginalizados, sendo o exemplo típico o de homens brancos, heterossexuais ou de classe alta (Steinbugler, Press & Dias, 2006, citado por Nogueira, 2017, pp. 26).

De facto, a existência de mulheres, com comportamentos aditivos e dependências, com experiências de vitimação em contexto de violência doméstica e de género implica que se reconheça a complexidade da interpretação dos seus desafios específicos, bem como a necessidade do reajuste das políticas públicas sociais e da intervenção comunitária prestada pelos serviços, mas também, do conhecimento sistémico que os/as profissionais detêm. Do cruzamento desta experiência, resulta precisamente a multiplicidade que a caracteriza. É de acordo com este pressuposto que a interseccionalidade se concentra na multiplicidade sociocultural de experiências que moldam as posições dos indivíduos na sociedade. Esta abordagem reconhece que as identidades das pessoas não são singulares, mas são compostas por múltiplos fatores que se cruzam e influenciam a sua posição social e experiências de desigualdade (Sinevaara-Niskanen, 2022). É a partir desta abordagem teórica, que resulta num sentido de compromisso com “a justiça social e procuram mudanças significativas nas relações de poder” (Hankivsky et al., 2010, citado por Nogueira, 2017, pp. 12) que emerge a necessidade de se perspetivar a teoria e novas práticas profissionais de intervenção comunitária em particular relativa às mulheres com

comportamentos aditivos e dependências com experiências de vitimação em contexto de violência doméstica e de género.

Na prática, as políticas públicas e sociais e a intervenção comunitária no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências apontam para a ausência da integração de uma perspectiva de género interseccional, ao mesmo tempo que resulta evidente que as mulheres com comportamentos aditivos e dependência enfrentam um duplo estigma por tais comportamentos e por serem mulheres, na medida em que tais práticas, e do ponto de vista de género, implicam uma rutura com as expectativas e normas sociais de género do que é ser mulher (Mutatayi, et al., 2022). Tais circunstâncias, resultam em impactos diretos no acesso a serviços de apoio, ou seja, perante tal estigmatização pode resultar a redução do acesso a serviços de intervenção comunitária (OEDT 2015; Evans-Lacko et al., 2018; Harrop e Marlatt 2010; Tirado-Munoz et al., 2018, citados por Mutatayi et al., 2022)

Paralelamente, e a partir de uma análise interseccional de género, vários estudos evidenciam a prevalência de diversas formas de violência doméstica e de género entre as mulheres com comportamentos aditivos e dependências (UNODC, 2016; Lozano-Verduzco et al., 2016; Athena Foundation, 2016; Weaver et al., 2016; Athena Foundation, 2016; Weaver et al., 2016; Athena Foundation, 2016; Weaver et al. al., 2015; Valencia et al., 2020; Shirley-Beavan et al., 2020, citados por Hernández, et al., 2022). A prevalência de tais indicadores aponta, de acordo com uma investigação recente, para que 88% das mulheres com comportamentos aditivos e dependências experienciaram violência psicológica, 71% foram vítimas de violência física pelo menos uma vez por parceiros íntimo e 49% experienciaram ao longo da sua vida alguma forma de violência sexual (Valencia, et al., 2020).

A violência doméstica e de género, particularmente no contexto de comportamentos aditivos e dependências, apresenta uma interação complexa de vulnerabilidades, especialmente entre as mulheres. A investigação indica que as mulheres que consomem substâncias enfrentam riscos acrescidos de violência doméstica e de género o que exige abordagens de tratamento sensíveis às questões de género nos serviços

das adições e dependências (Hernández, et al., 2022). Não obstante, tal abordagem relativa à necessidade de traduzir na prática uma intervenção comunitária ajustada às especificidades de mulheres em circunstâncias de vitimação por violência doméstica e de gênero e com comportamentos aditivos e dependências, ou seja, uma abordagem sensível ao gênero, é ainda pouco expressiva e simultaneamente revela a urgência da sua criação (Valencia, et al., 2020). Neste sentido, uma revisão sistemática destacou que apenas 18,75% dos estudos sobre violência doméstica e gênero integram uma abordagem relativa aos comportamentos aditivos e dependências, evidenciando uma lacuna significativa nas intervenções sensíveis ao gênero (Romo Avilés, et al., 2023). Paralelamente, verificam-se experiências limitadas na intervenção comunitária relativa aos serviços de tratamento dos comportamentos aditivos e dependências que integrem uma resposta na área da violência doméstica e de gênero, ou seja, há uma lacuna significativa no atual panorama do tratamento, que muitas vezes ignora as necessidades específicas das mulheres com comportamentos aditivos e dependências e vitimizadas neste contexto (Romo Avilés, et al., 2023).

A vulnerabilidade acrescida caracteriza as circunstâncias de muitas mulheres com comportamentos aditivos e dependências e vitimizadas, aliás “A violência de gênero é desproporcionalmente mais elevada nas mulheres que consomem substâncias. Esta população vulnerável está também em desvantagem no acesso aos serviços de redução de danos.” (Moir, et al., 2022, p. 1). Contudo, o conhecimento detalhado sobre a interseção destas duas dimensões é ainda insuficiente, o que evidencia a necessidade de investigação e intervenções que abordem simultaneamente as adições e dependências intervencionadas com a violência doméstica e de gênero devendo esta abordagem ser sensível às diferenças de gênero e não ignorar e/ou invisibilizar os desafios específicos enfrentados pelas mulheres (Romo Avilés, et al., 2023).

A vitimização em contexto de violência doméstica e de gênero em pessoas com comportamentos aditivos e dependências evidencia, a partir da leitura interseccional de gênero, evidencia diferenças do tipo de vitimização quando perspectivada do ponto de vista da experiência das mulheres e dos homens, ou seja, verificam-se diferenças de gênero estruturais nas experiências e preditores de violência. As mulheres estão mais propensas

e sujeitas a serem vitimizadas por parte de conhecidos, parceiros íntimos e clientes, em contexto de atividades sexuais com outras pessoas em troca de dinheiro ou outros benefícios, resultando daí dinâmicas e experiências de violência doméstica com o parceiro íntimo e violência de gênero pelo facto de serem mulheres, enquanto que os homens estão mais sujeitos a ser vítimas de violência por parte de pessoas terceiras e por parte das polícias (Marshall, et al., 2008). Tais evidências, encontram alinhamento teórico quando correlacionadas com o estudo da vitimização na perspectiva de gênero transversal, ou seja, as mulheres são maioritariamente vitimizadas em espaço privado por companheiros/parceiros íntimos, o que se evidencia muito estruturado e alicerçado na função dos estereótipos e normas sociais de gênero, as quais impactam diretamente na legitimação da violência contra as mulheres (Grembi, et al., 2024) enquanto os homens são mais vitimizados no espaço público por terceiros, muitas vezes pessoas desconhecidas (Lisboa, 2009), não obstante, a dimensão do assédio sexual no espaço público afetar desproporcionalmente as mulheres. Embora, seja importante também dar nota de que nem todas as mulheres são afetadas igualmente, pelo que nem todas as mulheres vítimas de violência doméstica e de gênero são têm comportamentos aditivos e dependentes, e vice-versa. A relação entre estas duas dimensões é complexa e não é universalmente aplicável a todas as experiências e situações (Simonelli, Pasquali, & Palo, 2014).

A pluralidade das dimensões da vitimação complexifica a capacidade e o conhecimento da intervenção técnica de proximidade, neste sentido, Benoît & Jauffret-Roustide (2015) citados por Hernández, et al. (2022), concluíram pela existência de diversos tipos de violência experienciados por mulheres com comportamentos aditivos e dependências:

- **Violência Interpessoal:** Refere-se à violência por parceiro íntimos em contexto de violência doméstica por exemplo e à violência durante a infância. Por vezes, o recurso a drogas serve como forma para lidar com os traumas criados pela própria experiência de violência. Por outro lado, os companheiros/cônjuges podem justificar a violência que perpetraram em função dos comportamentos aditivos e dependências das suas companheiras, o que traduz vulnerabilidades acrescidas sobre as mesmas;

- **Violência Institucional:** refere-se à violência no contexto de recurso e acesso aos serviços de saúde e sociais. As suas experiências são muitas vezes ignoradas e podem ser responsabilizadas pela violência de que são vítimas. Os serviços podem estigmatizá-las como "más mães" e não promover a proteção adequada, minimizando a experiência de vitimização e os seus impactos. Traduz-se na descredibilização e mecanismos de revitimização. Por outro lado, há o risco das mulheres serem vítimas por parte de outros utentes e de profissionais dos serviços, em particular por homens, de assédio sexual e violência o que leva a um afastamento dos serviços de apoio.
- **Violência relativa ao meio social:** Refere-se ao risco de as mulheres serem vítimas de violência em contextos relacionados com a compra ou venda de drogas. Muitas vezes são coagidas a ter relações sexuais em troca de drogas ou dinheiro. O risco de violência traduz-se em situações de exploração sexual e tráfico de seres humanos, que afetam especialmente as mulheres migrantes;
- **Violência sociocultural:** Refere-se às mulheres com comportamentos aditivos e dependências em função do estigma social e dos estereótipos de género. São vistas como rompendo com os papéis tradicionais de género e são mais estigmatizadas do que os homens, levando a um maior risco de discriminação e violência.

A interseção da violência doméstica e de género com os comportamentos aditivos e dependências evidencia múltiplas relações bidirecionais (James et al., 2004; Lorvick et al., 2014; citados por Romo-Avilés, et al., 2023) que devem ser perspectivadas de forma holística e sistémica. Esta interseção gera processos e contextos de vulnerabilidade para as pessoas, em particular mulheres vitimizadas (Simonelli, Pasquali, & Palo, 2014). Existem outras dimensões relativas às dinâmicas de vitimização em contexto de violência doméstica e de género sobre as mulheres com comportamentos aditivos e dependências que têm sido enunciadas na investigação, nomeadamente a auto-culpabilização pelas experiências de vitimização Valls et al., 2013; Da Silva Carvalho et al., 2019; citados por Hernández, et al., 2022), fenómeno transversal no que refere às dinâmicas de violência

doméstica e que o explica o facto de estas mulheres não se considerarem merecedoras de proteção dos serviços da polícia e outros meios institucionais de apoio, mesmo quando são vítimas do crime de violência doméstica (Jessell et al., 2015; citado por Hernández, et al., 2022).

Na prática, há um conjunto de barreiras e riscos específicos para as mulheres por comparação com os homens, incluindo, os riscos mais elevados de transmissão de doenças relacionadas com o consumo de substâncias, infeções bacterianas e exposição à violência sexual e física (Meyers, et al., 2020). No que se refere a serviços de tratamento nas adições e dependências verifica-se a existência de riscos continuados na intervenção comunitária que apontam para falhas na satisfação das necessidades específicas e nas oportunidades perdidas de intervenção. Os serviços existem, contudo, as necessidades específicas das mulheres, particularmente vítimas de violência doméstica e género, não estão a ser devidamente tidas em conta na intervenção comunitária, resultando assim na falta de envolvimento e recurso a estes serviços (Moir, et al., 2022).

Os serviços comunitários de intervenção na área dos comportamentos aditivos e dependências foram desenhados e implementados historicamente a partir de uma abordagem neutra do ponto de vista das questões de género. A intervenção visa tradicionalmente “responder às necessidades dos homens, com pouca atenção às necessidades específicas das mulheres” (Andersson et al., 2021; Webb et al., 2022; citado por Romo-Avilés, et al., 2023, p. 2). Contudo, resulta atualmente claro que existem diferenças que influenciam os comportamentos aditivos e dependências bem como a intervenção técnica junto das pessoas. Segundo a ONU (2021) citado por Romo-Avilés, et al., (2023, p. 2) “entre as pessoas que usam drogas, as mulheres com comportamentos aditivos e dependentes de drogas sofrem impactos negativos na saúde a um ritmo mais rápido do que os homens”. Neste sentido, Moir, et al. (2022) concluem pela existência de um risco continuado de falhas nas respostas prestadas, bem como nas oportunidades de intervenção perdidas, ou seja, ainda que os serviços estejam disponíveis, reitera-se a falta de ajuste às especificidades mulheres, particularmente vítimas de violência doméstica e género. Comumente, verifica-se também a existência de abordagens desajustadas, moralizadoras e culpabilizadoras sobre as circunstâncias da vitimação interseccionadas

com as adições e dependências (Benoît e Jauffret-Roustide, 2015; citados por Hernández, et al., 2022).

Existem, portanto, um conjunto de barreiras estruturais em resultado particular também da invisibilidade do fenómeno da violência doméstica e de género sobre as mulheres que recorrem a serviços de intervenção nas adições e dependências. A este nível destacam-se, por exemplo, a questão do estigma, o medo de perder os/as filhos/as, vergonha, experiências de intervenção anteriores negativas, o que de facto se traduz, na prática da intervenção de proximidade e comunitária, na ausência de dados, mas também no desconhecimento das suas experiências (Moir, et al., 2022) de vulnerabilidade, discriminação e opressão. Tudo isto parece apontar para que o fenómeno conhecido da interseccionalidade destas duas dimensões do estudo, possa ser maior do que é atualmente conhecido. Segundo Moir, et al. (2022) “significa que o que sabemos sobre as experiências das mulheres, e as necessidades complexas que apresentam, provavelmente será a ponta do iceberg” (p. 2). A própria experiência de vitimação e em contexto de violência doméstica e de género é também ela própria um dos obstáculos de acesso aos serviços (Romo Avilés, et al., 2023) a par da ausência de formação especializada das equipas técnicas (Hernández, et al., 2022) que traduzem o desconhecimento e a desvalorização que permitam identificar situações de violência doméstica e de género e proceder ao seu encaminhamento devido para serviços de apoio às vítimas.

O estigma social sobre as mulheres com comportamentos aditivos e dependências traduz condicionantes no recurso a serviços de apoio, desde logo porque colide com a expectativa social do que é ser mulher. Ora, tal discriminação estrutural, combinada com a experiência de vitimação por violência doméstica e de género, resulta numa circunstância de particular vulnerabilidade acrescida. Este estigma social é, nas pessoas com comportamentos aditivos e dependências maior sobre as mulheres do que sobre os homens (Ospina-Escobar, 2020; citado por Romo-Avilés, et al., 2023). Neste caso, podemos referir-nos a um estigma interseccional que é premente e integra as estruturas e respostas comunitárias de apoio. Por outro lado, associado ao estigma social, resultam barreiras estruturais ao nível das políticas públicas e sociais que excluem as mulheres com adições e dependências da própria esfera pública no que refere ao financiamento de

projetos e programas, mas também das próprias discussões políticas, resultando daí a fraca expressão e/ou inexistência de intervenção comunitária ajustada do ponto de vista de género (Meyers, et al., 2020). Neste sentido, emergem recomendações relativas às políticas públicas e sociais na área dos comportamentos aditivos e dependências, na medida em que devem as mesmas incorporar dimensões que identifiquem e abordem as desigualdades sociais, incluindo as decorrentes da violência doméstica e de género, sendo tal abordagem crucial para a criação de sistemas de saúde equitativos (Romo Avilés, et al., 2023) e não discriminatórios.

Segundo Romo-Avilés, et al. (2023) é preciso criar uma abordagem multidimensional da violência doméstica e de género em consonância com as recomendações da Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e à Violência Doméstica no que refere à área de intervenção nos comportamentos aditivos e dependências. Na prática, podem daqui traduzir-se a criação de protocolos de articulação e fluxogramas de atuação técnica nos diferentes territórios em função das organizações e áreas técnicas de domínio específicas. Tais práticas devem estar alinhadas com as estratégias e planos de ação de intervenção nas duas áreas, incluindo, o alinhamento de planeamento estratégico com as medidas previstas na Estratégia para a Igualdade de Género 2018-2023 (Comissão Europeia, 2020). Estas medidas incluem a conceção de protocolos de ação específicos, a realização de um acompanhamento regular e a sensibilização dos profissionais de saúde para as dificuldades que as mulheres enfrentam no acesso ao tratamento.

A par da dimensão estrutural das políticas públicas sociais, importa na prática da intervenção comunitária e de proximidade, repensar e reajustar a intervenção técnica na perspetiva de género, desde logo, porque resulta hoje mais claro a existência dos impactos psicológicos, emocionais, e físicos da violência doméstica e de género e das adições e dependências ao nível da saúde das mulheres e, conseqüentemente, os impactos sociais, e económicos (Simonelli, Pasquali, & Palo, 2014), bem como de que a prática da intervenção na área dos comportamentos aditivos e dependências não estar ajustada às necessidades das mulheres, não existindo modelos de intervenção adequados (Romo Avilés, et al., 2023). O caminho de transformação deve traduzir a abordagem integrada,

holística e sistêmica, por via de programas sensíveis ao gênero (Meyers, et al., 2020; Musayón, et al., 2007; Romo-Avilés, et al., 2023; Marshall, et al., 2008; Moir, et al., 2022; Hernández, et al., 2022), assentes inclusive no modelo ecológico proposto pela organização mundial de saúde (Musayón, et al., 2007), o qual prevê a compreensão do fenômeno da violência nos níveis individual, familiar, coletivo e sociais (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2020). Esta abordagem é crucial para abordar as necessidades específicas e as barreiras enfrentadas pelas mulheres. A intervenção técnica comunitária deverá:

- disponibilizar espaços monitorizados para o consumo de drogas em instalações que possam ser securitárias para mulheres vítimas de violência doméstica e de gênero, permitindo minimizar riscos de revitimização (Marshall, et al., 2008);
- promover a capacitação e o emponderamento das mulheres para que possam assumir um papel ativo nos seus cuidados de saúde (Musayón, et al., 2007);
- implicar uma abordagem de gênero passível de compreender o trauma, o estigma e a violência doméstica e de gênero (Moir, et al., 2022);
- implicar a articulação com serviços de apoio na área da violência doméstica e de gênero (Moir, et al., 2022);
- integrar uma abordagem multidisciplinar (Simonelli, Pasquali, & Palo, 2014);
- considerar as experiências de vulnerabilidade acrescida das mulheres (Marshall, et al., 2008);
- formação especializada de profissionais (Moir, et al., 2022);

Segundo Grella (2008) e Smith et al., (2017) citados por Meyers, et al. (2020)

A literatura científica descobriu que os programas de tratamento de drogas apenas para mulheres e os esforços de redução de risco estão associados a melhores resultados (por exemplo, maior conclusão do tratamento, redução do uso de substâncias, redução dos sintomas de saúde mental, melhoria da saúde auto-referida e redução dos comportamentos de risco ao HIV), provavelmente devido à maior autonomia que as mulheres têm sobre o seu próprio comportamento nesses ambientes. (p. 4)

O que parece colidir com as práticas profissionais atuais de intervenção comunitária, cuja análise resulta na ausência de intervenção específica sensível ao gênero e às questões relativas à violência doméstica e de gênero (Romo Avilés, et al., 2023). Destacam-se também, as conclusões decorrentes de uma pesquisa realizada por Becker & Duffy (2022) citados por Simonelli, Pasquali, & Palo (2014), a qual refere que

Sobre a perspectiva do tratamento, os serviços devem oferecer espaços bem desenhados e atenção específica às necessidades das mulheres, dadas também as barreiras e lacunas que foram identificadas como inexistentes. Em particular, a falta de estruturas de acolhimento de crianças e questões de direitos e proteção de crianças, fraca expressão de intervenção sobre a maternidade e intervenção especializada com mulheres pertencentes a minorias étnicas, rede de apoio social vulnerável, escassez de serviços exclusivamente dedicados às mulheres e atitudes negativas de profissionais em relação a estas. (p. 6).

Nestes termos é passível de concluir que a violência doméstica e de gênero é uma dimensão estrutural da desigualdade no que refere ao tratamento e intervenção comunitária com mulheres com comportamentos aditivos e dependências, pelo que a ação transformativa deve basear-se numa “abordagem feminista e de gênero. Ou seja, partindo do contexto de opressão sociopolítica e cultural sistémica/estrutural dos homens face às mulheres e a outras identidades de gênero dissidentes” (Valls et al., 2013; Benoît & Jauffret-Roustide, 2015; Roig Forteza, 2018; Shirley-Beavan et al., 2020; UNODC, 2018; EMCDDA, 2017; Altell & Mollón, 2020; Hansen, 2020; Goldenberg, 2020; citados por Hernández, et al., 2022, p. 18).

Parte II

2. O Estudo Empírico

O presente capítulo visa à luz explorar a interseção entre a intervenção e a prática profissional dos serviços de intervenção comunitária relativos ao apoio prestado a mulheres com comportamentos aditivos e dependências e experiências de violência doméstica e de gênero.

Inicialmente serão apresentados os objetivos da investigação, nomeadamente o objetivo geral e os objetivos específicos, que servem de rumo à análise interpretativa dos resultados obtidos.

Posteriormente são apresentadas as opções metodológicas que orientam e definem o processo de investigação de forma correlacionada com os objetivos definidos.

Em seguida, a partir da apresentação e discussão dos resultados, apresentaremos uma síntese descritiva das entrevistas realizadas, destacando informações de maior relevância, e procederemos à análise interpretativa das entrevistas com base nas categorias definidas.

Por fim, o capítulo evidencia uma discussão aprofundada alinhada e correlacionada com o quadro teórico de referência, identificando dimensões relevantes para a compreensão do objeto de estudo.

Este capítulo apresenta uma análise detalhada dos processos e resultados, com base na correlação do quadro teórico com as informações recolhidas em função da metodologia e objetivos definidos.

2.1. Enquadramento Metodológico

A investigação realizada propõe-se a observar e analisar o cruzamento de dois sistemas de intervenção comunitária: um relativo à intervenção na área dos

comportamentos aditivos e outro relativo à intervenção em violência doméstica e de género. Ora, tal abordagem parte do pressuposto teórico de que tais fenómenos são “problemas sociais” à luz da conceptualização de Blumer (1971) citado por Marques (2017, p. 24), ou seja, são fenómenos identificados pela sociedade e pelas instituições, reconhecendo-se simultaneamente a necessidade de intervenção sobre os mesmos. Não obstante, a leitura de tais fenómenos implica uma abordagem holística e sistémica dos mesmos, e neste caso, correlacionada entre dois sistemas sociais, pelo que é nesta linha que emerge a interpretação dos mesmos enquanto problemas sociais complexos (Marques, 2017), ou seja, também a análise e pesquisa sobre tais fenómenos deve implicar uma visão holística da complexidade das dinâmicas e interações relativas ao objeto de estudo.

A partir desta visão assume-se que este estudo é uma “investigação social” (Bryman, 2016) considerando que pretende realizar uma análise, à luz das ciências sociais sobre fenómenos sociais, suportada no que são os elementos do processo de investigação, nomeadamente, a revisão da literatura, o domínio dos conceitos e teorias, a definição das questões de investigação, definição da amostra, recolha de dados e análise de dados.

2.1.1. Objeto de estudo

A investigação assume como objetivo central aferir as interseções, quer ao nível das políticas públicas, quer ao nível das práticas profissionais, em particular de base comunitária, entre os serviços de proximidade e comunitários da saúde dos comportamentos aditivos e dependências, em particular das Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) e os serviços da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD).

A opção por este objeto de estudo, decorre da experiência profissional que se detém de 22 anos em intervenção social e comunitária, tendo no decorrer das diversas funções exercício funções profissionais em contexto de Casa de Abrigo para vítimas de violência doméstica, com famílias multidesafiadas em contextos comunitários, com crianças e jovens em acolhimento, e mais recentemente como técnica superior na equipa de prevenção do centro de respostas integradas (CRI) porto oriental da Administração

Regional de Saúde do Norte (ARSNorte) do Ministério da Saúde, contextos nos quais o fenómeno da violência doméstica e de género bem como os comportamentos aditivos são áreas de constante intervenção. Ao longo desse percurso emergiu um conhecimento empírico que permitiu enunciar os alicerces deste estudo. Por outro lado, pretende-se contribuir para uma melhor intervenção comunitária e articulação dos diversos serviços que cruzem as duas dimensões de intervenção.

A proposta de estudo configura-se numa questão central que exige a análise de duas dimensões relativas a dois sistemas específicos, um relativo à intervenção comunitária em Comportamentos Aditivos e Dependências e outro relativo à intervenção comunitária em Violência Doméstica e de Género. Desta forma, enuncia-se a pergunta de partida deste estudo: Qual a interseção entre os serviços de saúde em Comportamentos Aditivos e Dependências e os serviços de intervenção em Violência Doméstica e de Género?

2.1.2. Objetivos

A partir da pergunta de partida define-se o objetivo geral deste estudo: Compreender a intersecção entre os serviços de saúde em Comportamentos Aditivos e Dependências e os serviços de intervenção em Violência Doméstica e de Género.

Ancorados no objetivo geral definem-se os objetivos específicos deste estudo:

1. Conhecer as intersecções institucionais entre serviços comunitários dos Centros de Respostas Integradas (CRI) e da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD);
2. Conhecer as especificidades e riscos associados à vulnerabilidade acrescida de mulheres com comportamentos aditivos e com experiências de violência doméstica e de género;
3. Contribuir para a melhoria da intervenção comunitária com mulheres com comportamentos aditivos e com experiências de violência doméstica e de género.

2.1.3. Opções metodológicas

Face aos objetivos propostos e a partir da revisão da literatura, a investigação empírica centrou-se numa visão exploratória através de uma abordagem qualitativa, na medida em que é uma abordagem que permite

Explorar e compreender o significado que indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano. O processo de pesquisa envolve questões e procedimentos emergentes, dados tipicamente recolhidos no contexto do entrevistado, análise de dados construída indutivamente a partir de temas específicos para temas gerais, e o investigador realiza interpretações do significado dos dados (Creswell, 2009, p. 22).

A investigação qualitativa, no âmbito deste processo de investigação, assume particular relevância na medida em que se pretende uma visão exploratória relativa à relação da violência doméstica e de género e os comportamentos aditivos, particularmente em mulheres, em contexto nacional, ao nível dos serviços de saúde de base comunitária nos comportamentos aditivos e de intervenção com vítimas de violência doméstica. Esta é aliás uma abordagem que permite “desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares, propicia a criação de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação” (Cavalcante, et al, 2018, p. 14).

Considerando a abordagem qualitativa e os objetivos definidos neste estudo, recorreu-se à utilização da técnica de entrevista semiestruturada, como técnica privilegiada considerando que permite a flexibilidade necessária para reajustar a entrevista face às especificidades partilhadas pelas pessoas entrevistadas, o que neste caso, se releva como particularmente útil face à necessária exploração da relação entre dois sistemas, que embora distintos, se pretende aferir das suas interseções. A entrevista semiestruturada permite ao entrevistado que fale abertamente, sem necessidade de o investigador seguir a ordem de perguntas do guião que elabora, por outro lado, o investigador terá essencialmente de orientar a entrevista tendo em conta os objetivos do estudo, e sempre que necessário e/ou quando o entrevistado se afaste dos objetivos da

mesma, recentrar o discurso (Quivy & Campenhoudt, 1998). A entrevista semiestruturada suporta-se no instrumento guião de entrevista elaborado por forma a permitir a recolha de informação empírica, centrado em duas dimensões de análise:

1. Interseção entre as políticas públicas e os serviços de proximidade e comunitários da saúde dos comportamentos aditivos e dependências, em particular dos Centros de Respostas Integradas (CRI) e os serviços da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD).
2. Especificidades e vulnerabilidades acrescidas das mulheres vítimas de violência de género e violência doméstica com comportamentos aditivos e dependências;

A entrevista semiestruturada realizou-se junto de uma amostra intencional, ou seja, “A amostragem intencional corresponde àquela em que o responsável pela amostragem escolhe, deliberadamente, determinados elementos para pertencer à amostra, em função de seu juízo de valor sobre a representatividade da população” (Escola Nacional de Administração Pública, 2015), pelo que neste trabalho a amostra foi escolhida intencionalmente tendo em consideração o conhecimento específico dos/as participantes sobre as áreas em estudo, bem como as condições materiais, humanas e temporais relativas à realização da investigação. A amostra intencional é particularmente ajustada em estudos exploratórios como o que é aqui apresentado. A definição da amostra intencional centrou-se na identificação de interlocutores privilegiados com domínio relativamente à intervenção comunitária em torno da relação da intervenção em comportamentos aditivos e em violência doméstica e de género.

O número de entrevistas realizadas teve em consideração o critério de saturação da informação, na medida em que se identificou que a partir de determinado momento “não surgem factos novos e que todos os conceitos da teoria estão bem desenvolvidos. Os conceitos e ligações entre os conceitos que formam a teoria foram verificados e nenhum dado adicional é necessário.” (Ribeiro, et al., 2018, pp. 3-4), ou seja, realizaram-se um total de cinco entrevistas, tendo daí resultado o ponto de saturação teórica da informação

recolhida, na medida em que deixaram de emergir novas informações e/ou dimensões de análise que justificassem a continuidade da recolha de dados, tendo em vista os objetivos do presente estudo.

De acordo com os procedimentos metodológicos, resultaram a realização de entrevistas semiestruturadas a profissionais do Programa Nacional da Prevenção da Violência no Ciclo de Vida da Direção Geral de Saúde, de Centros de Respostas Integradas e da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.

As entrevistas foram realizadas, com recurso a um guião de entrevista, no formato online com recurso de videochamada na aplicação zoom, de acordo com a conciliação de agenda realizada com cada uma das pessoas. As entrevistas online permitiram uma maior rentabilização de tempo bem como da facilitação de conciliação das agendas dos/as entrevistados/as. A colaboração de cada uma das pessoas foi de adesão livre, mediante consentimento informado, tendo-se procedido ao pedido de autorização para gravação áudio, a qual foi aceite, para posterior transcrição e análise.

2.2. Apresentação e discussão dos resultados

Este capítulo tem como principal finalidade apresentar os principais resultados da pesquisa qualitativa, decorrentes da análise dos dados recolhidos através das diversas entrevistas. Num primeiro momento, são apresentados e analisados, separadamente, os conteúdos das entrevistas e, num segundo momento, é realizada a análise e a discussão dos principais resultados da pesquisa com a teoria mobilizada do enquadramento teórico, refletindo-se criticamente acerca desta conjugação.

2.2.1. Síntese descritiva das entrevistas realizadas

A recolha de dados através das entrevistas teve como principal finalidade dar resposta a uma investigação sobre mulheres com comportamentos aditivos e dependências com experiências de violência de género e o papel da comunidade.

Recordando, foram realizadas cinco entrevistas, as quais se identificam:

- Entrevista 1 – profissional da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género;
- Entrevista 2 - profissional do Centro de Respostas Integradas da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências
- Entrevista 3 - profissional do Centro de Respostas Integradas da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências
- Entrevista 4 - profissional do Programa Nacional da Prevenção da Violência no Ciclo de Vida da Direção Geral de Saúde
- Entrevista 5 – profissional da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.

Inicialmente, as entrevistas foram transcritas e, posteriormente, foram categorizados os resultados através da técnica da análise de conteúdo, aplicando uma grelha de análise¹. Emergiram das narrativas das entrevistas quatro grandes categorias de análise, a saber: Especificidades e vulnerabilidades acrescidas das mulheres vítimas de violência de género e violência doméstica com comportamentos aditivos e dependências; Interseção entre as políticas públicas e os serviços de proximidade e comunitários da saúde dos comportamentos aditivos e dependências, em particular da Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD), e os serviços da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD); Práticas profissionais ao nível dos cuidados de saúde da Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD); e Influência dos comportamentos aditivos nas práticas profissionais dos serviços da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD).

Apresenta-se, de seguida, o conteúdo de cada uma das entrevistas.

- Entrevista 1- profissional da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género

¹ Ver anexo 8

A entrevista 1 com profissional da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, aborda de forma profunda e detalhada a interseção entre o consumo de drogas entre mulheres e a violência doméstica. Começa por afirmar que as mulheres que consomem drogas não são intrinsecamente mais vulneráveis, mas que o consumo as coloca em situações de maior vulnerabilidade e dependência *“não é que as mulheres sejam mais vulneráveis, mas o consumo de drogas as coloca numa posição de vulnerabilidade e dependência”*. Essa condição pode ser exacerbada se o agressor também for um consumidor, o que pode levar a uma dependência económica e à necessidade de obter substâncias, aumentando ainda mais essa vulnerabilidade. Destaca, assim, que a *“dependência económica e a necessidade de obter a droga aumentam essa vulnerabilidade. A condição emocional, física e psicológica decorrente do consumo de drogas também as torna alvos mais fáceis de agressão e, às vezes, elas mesmas se tornam agressoras”*.

Enfatiza, ainda, a importância de um trabalho conjunto entre serviços especializados em Comportamentos Aditivos e Dependências e aqueles que lidam com a violência doméstica. Ele menciona que os técnicos que trabalham com consumos (nas DICAD) são especialistas em lidar com drogas, enquanto outros são especialistas em processos de vitimização. Portanto, é necessária uma maior inter-relação para compreender melhor esses dois mundos e evitar conflitos entre eles. Ele reforça que o agressor é geralmente o homem, conforme estatísticas, caracterizando-se como uma violência de género. No entanto, reconhece que não existem muitos estudos específicos sobre a taxa de violência entre pessoas que consomem drogas, embora seja sabido que as drogas podem potencializar comportamentos violentos *“não há muitos estudos específicos sobre a taxa de violência entre pessoas que consomem drogas. As drogas podem aumentar a vulnerabilidade e a aceitação da violência”*

Concomitantemente, o vice-presidente da CIG aborda a questão das relações de poder e dominação de género, mencionando que, em situações de consumo, a violência é frequentemente dirigida à mulher, o que revela uma construção social de género por trás desses atos de violência. Ele observa que, quando o homem é o utente de serviços de

apoio, as mulheres, geralmente mães ou esposas, estão presentes e apoiam, mas o contrário não ocorre com a mesma frequência, evidenciando que as mulheres continuam a ser as principais cuidadoras e que isso se reflete na dinâmica de apoio social.

A entrevista também aborda outras vulnerabilidades e discriminações enfrentadas por mulheres que consomem drogas. Explica que o impacto do consumo de drogas vai além das relações íntimas, afetando o trabalho, as relações sociais, a identidade pessoal e até mesmo a educação dos filhos “*o impacto do consumo de drogas vai além das relações íntimas, afetando o trabalho, as relações sociais, a identidade pessoal e até mesmo a educação dos filhos*”. Ele ressalta que ser mulher, negra, cigana, deficiente ou pertencer a qualquer outro grupo vulnerável aumenta ainda mais essas vulnerabilidades.

Critica a falta de inter-relação entre diferentes serviços e a abordagem muitas vezes fragmentada dos problemas, mencionando a dificuldade de acolher vítimas de violência doméstica com consumos ativos em estruturas de acolhimento, devido à falta de competências e formação para lidar com a síndrome de abstinência e outros problemas relacionados ao consumo de drogas. Ele argumenta que é necessário um trabalho prévio de desintoxicação antes de inserir essas mulheres em estruturas de acolhimento, caso contrário, o problema torna-se cíclico.

Por fim, defende a importância da articulação entre serviços e a necessidade de uma reflexão mais ampla sobre as práticas de intervenção. Ele critica a tendência de autoproteção das instituições e a falta de uma abordagem colaborativa que coloque a pessoa no centro da intervenção. Conclui que “*é fundamental trabalhar de forma mais integrada e aberta para encontrar soluções comuns que atendam às necessidades das pessoas em situação de vulnerabilidade*”

- Entrevista 2 - profissional do Centro de Respostas Integradas da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

A entrevista aborda as complexidades e interseções entre a vulnerabilidade das mulheres com Comportamentos Aditivos e Dependências e a violência doméstica e de gênero.

A entrevistada 2 enfatiza que as mulheres com comportamentos aditivos estão significativamente mais vulneráveis à violência doméstica e de gênero devido a uma série de fatores de risco que se entrecruzam. Esses fatores incluem *“a pobreza, a exclusão social, o trabalho sexual e o consumo de substâncias psicoativas”*. Identifica que estas mulheres frequentemente não conseguem perceber ou identificar a violência doméstica devido à normalização desses comportamentos nas suas vidas e na cultura ao seu redor. *“Muitas vezes, as suas referências são outras mulheres que sofreram violência, perpetuando a ideia de que tais abusos são normais”*.

Segundo a entrevistada 2, a violência de gênero é uma forma predominante de violência que essas mulheres enfrentam, muitas vezes sem a percepção de que estão a ser vítimas *“Muitas dessas mulheres, devido à necessidade de consumo, acabam se submetendo a relações abusivas para obter proteção ou sustento, o que as torna ainda mais vulneráveis”*. Além disso, as mulheres com comportamentos aditivos e dependências frequentemente acabam por se envolver em dinâmicas de trabalho sexual, aumentando ainda mais a sua exposição à violência e ao abuso - *“as mulheres que consomem substâncias psicoativas frequentemente acabam se envolvendo em trabalho sexual”*.

No mesmo seguimento, a entrevistada 2 destaca a inter-relação entre a desigualdade de gênero e outros determinantes sociais de saúde, como a pobreza e a exclusão social. Explica que essas desigualdades agravam a situação das mulheres com comportamentos aditivos e dependências, dificultando ainda mais a sua capacidade de reconhecer e reagir à violência - *“A marginalização e o isolamento social dessas mulheres contribuem para a perpetuação de comportamentos abusivos, já que elas não têm acesso a redes de apoio adequadas ou a intervenções preventivas e terapêuticas”*.

A entrevista também aborda a interação entre os serviços do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD) e a Rede Nacional de Vítimas de Violência Doméstica. A entrevistada 2 menciona que, apesar de haver reconhecimento da importância dessa interseção nas políticas públicas e grandes linhas de orientação, na prática, essa relação é pouco operacional. *"Faltam linhas de orientação claras e uma visão estruturada para todos os técnicos que trabalham na área dos comportamentos aditivos"*. As intervenções comunitárias, segundo ela, têm mais capacidade de atuar diretamente onde os problemas ocorrem, mas ainda há muito a ser feito, especialmente na área da prevenção, sendo que *"as intervenções comunitárias têm mais capacidade de atuar diretamente onde os problemas ocorrem"*. Refere que as associações de bairro, serviços de proximidade e carrinhas de saúde pública têm desempenhado um papel crucial na intervenção direta com essas mulheres, mas ressalta que é necessário um maior esforço preventivo e terapêutico. A falta de protocolos estruturados entre o SICAD e as casas de acolhimento para vítimas de violência doméstica é um obstáculo significativo, dificultando a referência e a colaboração efetiva entre os serviços *"a falta de protocolos estruturados entre o SICAD e as casas de acolhimento para vítimas de violência doméstica é um obstáculo significativo"*.

Para terminar, recomenda uma maior integração e coordenação entre os serviços dos comportamentos aditivos e dependências e as redes de apoio à violência doméstica, além de um enfoque mais robusto em intervenções preventivas e terapêuticas específicas para mulheres com comportamentos aditivos, dado ser *"necessário um maior esforço preventivo e terapêutico"*. Destaca a necessidade de formações e linhas de orientação claras para os técnicos, visando uma abordagem mais compreensiva e eficaz no atendimento a essas mulheres vulneráveis.

- Entrevista 3 - profissional do Centro de Respostas Integradas da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

A entrevistada 3 forneceu informações pertinentes sobre a relação entre o uso de drogas e a vulnerabilidade das mulheres à violência. Destacou que as mulheres que com

comportamentos aditivos e dependências são extremamente vulneráveis à violência devido aos estigmas associados aos consumos e à prostituição.

A entrevistada 3 explicou que as mulheres com comportamentos aditivos e dependências são frequentemente vistas como "*mal comportadas*" e estigmatizadas pela sociedade. Elas carregam o estigma da prostituição, o que aumenta a sua vulnerabilidade à violência. Na comunidade terapêutica, muitas esforçam-se para se distanciar dessa imagem, tentando demonstrar que não se prostituíram, apesar de algumas terem recorrido à prostituição em momentos de necessidade - "*não só não cumprem como estão nos antípodas desse papel esperado. Desde logo ficam, acho que ficam, sozinhas muito mais cedo. Chegam com o estigma da suposta prostituição para além dos estigmas das drogas ou do álcool*". Refere-se ao conceito de "*duplo estigma*" – ser mulher e com comportamentos aditivos e dependências – e como isso pode exacerbar a vulnerabilidade dessas mulheres à violência. Apontou o machismo como a principal causa da violência de género – "*aquelas que estão mais... Costuma-se falar em duplo estigma, não é? O estigma de ser mulher o estigma de ser mulher com drogas aquilo por cima. [...] O que leva é o machismo. Já se sabe*".

Detalhadamente, fez uma distinção entre violência de género e violência doméstica, observando que a violência de género está mais relacionada com a expressão de género e afeta desproporcionalmente um género. Destacou que as mulheres que com comportamentos aditivos e dependências enfrentam maior violência de género do que violência doméstica - "*muito mais a violência de género que a violência doméstica. Em termos de violência doméstica vou tentar voltar à primeira. Deixa-me pensar... Eu só as vejo sozinhas sinceramente. Com histórias claro. Com histórias de parceiros de consumos em conjunto etc. Mas vejo-as muito mais sozinhas*".

A entrevistada 3 afirmou que a intervenção técnica e profissional em Portugal ainda não aborda suficientemente a relação entre os comportamentos aditivos e dependências e a violência sofrida pelas mulheres. Sugeriu a necessidade de uma melhor articulação entre os serviços das adições e dependências e a Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) é necessária, incluindo orientações

específicas para os técnicos. *"Eu tive a oportunidade de fazer formação em igualdade de género em saúde do programa de formação do SICAD.. Agora para além da questão da formação não conheço por exemplo nenhuma carta com procedimentos para as instituições por exemplo. Acho que fazia falta"*.

A título de exemplo, a entrevistada 3 partilhou uma história concreta de violência, na qual uma mulher com comportamentos aditivos e dependência de álcool teve o seu cabelo cortado pelo marido como forma de punição após envolver-se com outro homem na comunidade terapêutica. Este exemplo ilustra a violência de controlo e castigo que essas mulheres podem enfrentar - *"uma mulher ela já estava aí nos 50 tinha um belíssimo cabelo grisalho grande, uma pessoa com pouca escolaridade abuso de álcool [...] E o marido apercebeu-se e num dos fins de semana em que isto tudo tinha acontecido, a seguir a tudo isto ter acontecido ela foi de fim de semana, então, a casa e voltou com o cabelo cortado pequenininho. [...] Foi um castigo por causa dela se ter envolvido com outro"*.

De facto, a entrevistada 3 oferece uma visão profunda das dificuldades e estigmas enfrentados pelas mulheres com comportamentos aditivos e dependências, realçando a necessidade de intervenções mais sensíveis e específicas para prevenir a violência doméstica e de género junto de mulheres em situação de vulnerabilidade acrescida.

- Entrevista 4 - profissional do Programa Nacional da Prevenção da Violência no Ciclo de Vida da Direção Geral de Saúde

A entrevistada 4 abrange uma série de dimensões críticas sobre a interseção entre saúde, violência doméstica, e comportamentos aditivos e dependências, embora a afirme que, atualmente, não existem muitos dados empíricos disponíveis. Menciona um instrumento recente de recolha de dados que tem recebido pouca atenção dos/das profissionais de saúde, resultando em cerca de 600 a 700 registos em dois anos e meio. Destaca que, considerando os milhões de contactos anuais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a violência doméstica deveria ser detetada com mais frequência. Aponta para o facto de que muitos profissionais de saúde não registam casos de violência para não se

comprometerem - *“neste momento o único instrumento que temos de recolha desse âmbito... temos um instrumento que é recente e que ainda tem pouco atenção pelos profissionais de saúde”*.

A entrevistada 4 relata experiências pessoais com pacientes que apresentavam graves problemas de alcoolismo e outras adições, destacando que a violência doméstica é frequentemente desvalorizada ou não abordada adequadamente nos serviços de saúde. Refere que os consumos de substâncias muitas vezes são vistos como uma forma de escape para situações de vitimização ou trauma. Argumenta que focar a intervenção apenas no comportamento aditivo sem explorar questões emocionais e histórias de vida não é suficiente. Além disso, enfatiza a necessidade de uma abordagem mais integrada e sistémica, transcendente à abordagem individual, para mitigar e prevenir os efeitos da violência, evidenciando a falta de articulação entre os serviços do DICAD e os cuidados de saúde primários, o que prejudica a eficácia do atendimento - *“há pouca articulação entre os serviços da DICAD e os cuidados de saúde primários... com as nossas equipas”*. A entrevistada 4 expressa preocupação com as crianças envolvidas em contextos de consumos e violência, ressaltando a importância de considerar a vivência e o bem-estar emocional dessas crianças.

Neste seguimento, sugere que a violência pode estar presente na história de vida das pessoas e que essa ligação ainda não está bem estudada pelos serviços, embora seja abordada pela academia. Ela acredita que os consumos muitas vezes não são o problema principal, mas sim uma estratégia de *coping* não adaptativa. A entrevistada 4 também menciona a diferença de tratamento entre homens e mulheres em contextos de violência e consumo de substâncias. Ela acredita que as mulheres vítimas de violência doméstica com comportamentos aditivos e dependências enfrentam uma maior vulnerabilidade e muitas vezes não são compreendidas ou não recebem empatia, apontando que o consumo é frequentemente visto como uma escolha, e não como uma doença, o que contribui para a estigmatização.

Por fim, destaca a importância de intervenções na primeira linha de atendimento, tanto na saúde quanto na educação, e a necessidade de uma maior articulação entre as

diversas entidades que trabalham com as famílias. Sugere que as famílias muitas vezes são revitimizadas pelo excesso de intervenções de diferentes entidades, o que pode ser contraproducente propondo, assim, a figura de um gestor de caso para coordenar as intervenções e apoiar as famílias de maneira mais eficaz.

Em suma, a entrevistada 4 aborda questões complexas, interligadas e relacionadas à violência doméstica e de gênero associada a comportamentos aditivos e dependências e à resposta dos serviços de saúde, propondo uma abordagem mais integrada, sistêmica, holística e compreensiva para melhor apoiar as vítimas e as suas famílias.

- Entrevista 5 – profissional da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género

O entrevistado 5 aborda diversos aspetos complexos da interseção entre violência doméstica e de gênero comportamentos aditivos e dependências e a vulnerabilidade específica das mulheres nessa situação.

O entrevistado 5 destaca que a violência doméstica e de gênero, conforme tipificada na Convenção de Istambul e no Código Penal Português, é predominantemente sofrida por mulheres, especialmente aquelas com comportamentos aditivos. Ele enfatiza que os comportamentos aditivos e dependências acentuam a complexidade e a vulnerabilidade dessas mulheres, tanto na vitimação quanto na dinâmica de violência doméstica. Afirma que *"as mulheres com consumos aditivos... acentuam a complexidade e a própria vulnerabilidade do que é a vitimação e do que é de estar num contexto e numa dinâmica de violência doméstica"*.

Ademais, aborda a falta de respostas especializadas para mulheres vítimas de violência doméstica que também têm os comportamentos aditivos e dependências. Identifica que a ausência dessas respostas especializadas acentua a vulnerabilidade dessas mulheres, dificultando uma abordagem holística e sistêmica do problema, comentando que *"a falta de respostas especializadas para mulheres que possam ser vítimas de violência doméstica e simultaneamente tenham comportamentos aditivos... acentua*

também o que são as circunstâncias da vulnerabilidade destas próprias mulheres". A complexidade da intervenção junto a estas mulheres também é destacada, ao explicar que a intervenção com mulheres que têm comportamentos aditivos e dependências não é simples e exige que os serviços estejam devidamente sensibilizados e preparados. Refere que "isso complexifica no fundo também o que pode ser a intervenção e o acompanhamento e isso implica também que os serviços têm que estar devidamente sensibilizados e preparados para intervir". Outro ponto relevante abordado é a violência de género em contextos de comportamentos aditivos e dependências. O entrevistado 5 amplia o conceito de violência de género, incluindo assédio sexual e outras formas de violência em contextos precários e vulneráveis. Menciona que "em contextos mais precarizados e vulnerabilizados... as questões da violência de género para além da violência doméstica... devem de alguma forma potenciar ainda mais... a vulnerabilidade também sobre as mulheres que utilizam as drogas", traduzindo uma visão da interseccionalidade dos fenómenos e problemas sociais.

Por fim, o entrevistado 5 menciona a ausência de dados específicos sobre comportamentos aditivos nas estatísticas da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD). Refere que seria importante recolher essa informação para obter uma visão mais completa da realidade e das necessidades dessas mulheres, indicando que "ao nível da atuação da rede nacional não há informação aferida... sobre comportamentos aditivos ou consumos por parte das pessoas que recorrem aos serviços... valia a pena perceber... pelo menos ter uma fotografia sobre o que pode ser esta realidade ao nível da RNAVVD". Estes pontos destacam a complexidade e a necessidade de uma abordagem mais integrada e sensível às particularidades das mulheres que vítimas violência doméstica e com comportamentos aditivos e dependências, enfatizando a importância de políticas públicas e intervenções mais eficazes e abrangentes.

2.2.2. Análise interpretativa das entrevistas com base nas categorias construídas

As entrevistas revelam uma interseção crítica e complexa entre doméstica e de género e comportamentos aditivos e dependências, especialmente no que diz respeito às mulheres que enfrentam estas múltiplas formas de vulnerabilidade. Essas mulheres não

só enfrentam os desafios decorrentes da violência doméstica e de gênero, mas também uma série de estigmas e barreiras adicionais relacionados com os comportamentos aditivos e dependências, exacerbando sua vulnerabilidade risco de discriminação e marginalização, incluindo pelos serviços de apoio.

Portanto, no que diz respeito à categoria “especificidades e vulnerabilidades acrescidas das mulheres vítimas de violência de gênero e violência doméstica com comportamentos aditivos e dependências”, segundo o entrevistado 1 da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, a dependência económica e emocional da pessoa agressora é uma das principais razões que aumentam a vulnerabilidade dessas mulheres. Os comportamentos aditivos e dependências agravam essa situação, tornando-as mais suscetíveis a abusos continuados, pois os comportamentos aditivos e dependências frequentemente as impede de procurar ajuda ou de conseguir sair do ambiente abusivo. Além disso, a saúde emocional, física e psicológica dessas mulheres está gravemente comprometida, o que agrava ainda mais a sua situação.

A entrevistada 2, ressalta que muitas dessas mulheres não conseguem identificar os atos de violência devido à normalização dos comportamentos abusivos na cultura dos comportamentos aditivos e dependências. A dependência não só as prende em relacionamentos abusivos, como também as torna mais vulneráveis a agressões, visto que frequentemente necessitam de apoio ou proteção para manter o consumo. Esse ciclo vicioso de dependência e violência é difícil de romper, especialmente sem o apoio adequado e a intervenção de profissionais especializados. Por outro lado, a entrevistada 3, observa que essas mulheres enfrentam estigmas adicionais, sendo frequentemente vistas como "*mal comportadas*" ou envolvidas em atividades como a prostituição. No fundo é como se os consumos por parte das mulheres fossem uma “transgressão” de gênero. Isso aumenta a sua marginalização social e dificulta ainda mais o acesso a serviços de apoio, o estigma traz a vergonha associada e o receio de ser julgada. A entrevistada 4, destaca que, durante a gravidez, essas mulheres enfrentam uma estigmatização adicional e necessitam de intervenções que considerem sua saúde integral e apoio contínuo em termos de parentalidade. A estigmatização e a falta de apoio adequado dificultam ainda mais a superação das barreiras que enfrentam. Assim como o

receio de que os serviços de proteção para a infância e juventude ponderem o acolhimento institucional para si e /ou para o seu bebê.

Já o entrevistado 5 destaca que as mulheres vítimas de violência de gênero e doméstica com comportamentos aditivos e dependências enfrentam uma dupla estigmatização. Os comportamentos aditivos e dependências aumentam a complexidade da violência sofrida e torna mais difícil o acesso a serviços de apoio devido ao estigma associado. A invisibilidade dessas necessidades específicas nos serviços de saúde e apoio agrava a sua situação, requerendo uma abordagem holística e integrada para tratar tanto a violência quanto os comportamentos aditivos de forma eficaz.

No que respeita a categoria “interseção entre as políticas públicas e os serviços de proximidade e comunitários da saúde dos comportamentos aditivos e dependências, em particular da Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD), e os serviços da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD)”, é consensual entre os cinco entrevistados que a interseção entre as políticas públicas e os serviços de saúde especializados em comportamentos aditivos e os serviços de apoio a vítimas de violência doméstica é essencial, mas atualmente insuficiente. O entrevistado 1 da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género enfatiza a necessidade de uma maior colaboração e formação conjunta entre os serviços, para lidar eficazmente com casos que envolvem ambas as questões. Ele observa que, embora exista um reconhecimento da importância dessa integração, as políticas ainda não são implementadas de maneira eficaz, resultando em lacunas na assistência prestada.

A entrevistada 2, afirma que a interseção entre os serviços é limitada e pouco operacional na prática. Ela ressalta que falta uma visão operacional clara e orientações específicas para os técnicos que trabalham diretamente com essas populações, o que resulta numa articulação deficiente e na dependência de iniciativas individuais dos profissionais, o que não é suficiente para garantir um atendimento adequado e integrado. A falta de uma política clara e bem implementada cria barreiras adicionais para a coordenação efetiva entre os serviços. A entrevistada 4, reforça que a articulação entre os serviços de saúde e os serviços de apoio a vítimas de violência doméstica e de gênero não

está suficientemente clara ou integrada, apontando que são necessárias políticas públicas mais específicas que promovam uma colaboração mais estreita e estruturada. Já, a entrevistada 4, destaca que a falta de uniformidade nos conceitos e sistemas de informação entre as diferentes entidades é um obstáculo significativo, defendendo a capacitação contínua dos profissionais para assegurar que todos possuam o conhecimento necessário para lidar com essas situações complexas de forma eficaz. No mesmo pensamento, o entrevistado 5, refere que embora existam exemplos isolados de colaboração, essas iniciativas não são padronizadas, sendo que a ausência de políticas públicas coordenadas resulta em intervenções fragmentadas e ineficazes, tornando-se crucial o desenvolvimento de estratégias integradas para melhor apoiar essas mulheres.

Relativamente às “práticas profissionais ao nível dos cuidados de saúde da Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD)”, estas precisam de adaptação para considerar as vulnerabilidades específicas das mulheres com comportamentos aditivos. O entrevistado 1 da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género destaca a necessidade de maior integração entre os serviços de saúde especializados em comportamentos aditivos e os serviços de apoio a vítimas de violência, indicando que as práticas atuais muitas vezes não contemplam adequadamente a violência de género, sendo que a falta de integração impede que as mulheres recebam um atendimento abrangente e sensível às suas necessidades específicas.

A entrevistada 2, por sua vez, observa que muitas vezes as práticas profissionais não consideram de forma adequada a violência de doméstica e de género, resultando na invisibilidade das mulheres com comportamentos aditivos no sistema de saúde. Ela aponta que essa falta de visibilidade contribui para que as suas necessidades específicas não sejam atendidas de maneira eficaz, sendo que a invisibilidade das mulheres com comportamentos aditivos também perpetua a marginalização e dificulta o acesso aos serviços de apoio. Neste seguimento, a entrevistada 3 e o entrevistado 5, sugerem a criação de estruturas que garantam a segurança e a privacidade das mulheres, como comunidades separadas por género, bem como a necessidade de formação contínua e capacitação dos profissionais da DICAD para lidar com a interseção entre comportamentos aditivos e violência de género. Isso ajudaria a evitar as dinâmicas de

poder desiguais que podem surgir em ambientes mistos. A entrevistada 4, enfatiza a importância de práticas voltadas para a detecção precoce e intervenção em casos de mães grávidas com comportamentos de risco, apontando a necessidade de um trabalho mais integrado, que leve em consideração tanto os aspectos de saúde física quanto mental dessas mulheres, promovendo uma abordagem holística e sensível às suas necessidades.

Por fim, na última categoria – “influência dos comportamentos aditivos nas práticas profissionais dos serviços da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD)”, percebeu-se que os comportamentos aditivos criam desafios ao atendimento e a proteção das vítimas de violência doméstica e de gênero, exigindo respostas mais coordenadas e especializadas. Começando pelo entrevistado 1 da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, o mesmo menciona que o consumo de drogas pelas vítimas exige uma resposta coordenada que muitas vezes não é possível devido à falta de formação e recursos adequados, evidenciando que a complexidade dessas situações requer uma abordagem multidisciplinar que envolva profissionais de diferentes áreas, mas a falta de coordenação e formação específica frequentemente impede essa resposta eficaz.

A entrevistada 2, neste contexto, aponta que a falta de conhecimento específico e a ausência de protocolos claros dificultam a resposta eficaz às necessidades dessas mulheres. Sem uma formação adequada, os profissionais muitas vezes não estão preparados para lidar com os desafios específicos que as vítimas com comportamentos aditivos apresentam o que, por sua vez, resulta numa abordagem generalizada que não considera as particularidades e vulnerabilidades dessas mulheres, comprometendo a eficácia do atendimento. A entrevistada 3 e a entrevistada 4 reforçam a necessidade de formação específica e estratégias para lidar eficazmente com os casos de mulheres com comportamentos aditivos e dependências. A entrevistada 3 sugere que os serviços de apoio a vítimas de violência doméstica incorporem práticas adaptadas que considerem o impacto dos comportamentos aditivos e dependências e, a entrevistada 4, destaca a importância da capacitação contínua dos profissionais para assegurar que todos tenham o conhecimento necessário para lidar com essas situações complexas argumentando que, sem essa formação e adaptação contínuas, os serviços de apoio não podem oferecer a

proteção e o apoio adequados para essas mulheres. Por fim, o entrevistado 5, enfatiza que a falta de estratégias claras e de formação específica para lidar com estas situações limita a eficácia do apoio oferecido, evidenciando a importância da existência de protocolos integrados e a partilha de informações entre serviços para superar as barreiras e proporcionar um suporte abrangente às mulheres afetadas.

Em suma, as entrevistas sublinham a necessidade de uma abordagem multifacetada e coordenada que envolva políticas públicas de forma integrada e estratégica, reconhecendo-se a intersecção destas como fundamental, tal como referido pela entrevistada 2 *“Está absolutamente claro que esta intersecção é importantíssima de trabalhar e tem havido formação inclusivamente de organismos públicos nesta área. No entanto, na prática dos técnicos e nas unidades em que se trabalha diretamente com estas pessoas, homens e mulheres com comportamento aditivo, isto é muito, muito, muito pouco operativo”*. Já a entrevistada 3 sobre o conhecimento da relação entre as políticas públicas na área dos comportamentos aditivos e dependências e na área da violência doméstica e de género refere *“Tanto quando parece, não. Então nas políticas de saúde ainda menos”*, paralelamente a entrevistada 4 menciona que *“(...) ainda temos que trabalhar muito mais nesse sentido”* e o entrevistado 5 que *“(...) não está claro também esta relação, nomeadamente, especialmente sobre a questão dos comportamentos aditivos, eu diria que ela é invisível ao nível do plano de ação”* e que *“(...) me parece também uma vulnerabilidade do ponto de vista do planeamento estratégico das políticas públicas em Portugal na área da violência doméstica e da violência contra as mulheres.”*

As entrevistas identificam também a particular relevância na área da formação específica para os profissionais, concluindo-se pela sua inexistência, tal como referido pelo entrevistado 1 *“Primeiro não têm competências para trabalhar com uma situação dessas, nem têm formação, nem pessoal para trabalhar com uma situação dessa, mas simultaneamente pelo reconhecimento estrutural do contributo que a formação pode ter na prática profissional tal como mencionado pela entrevistada 2 “Eu acho que o que falta é fazer essa articulação e para isso seria necessário imenso investimento na formação”*, pela entrevistada 4 que argumenta *“E a nossa ideia também com o SICAD é construir o programa de formação conjunto”* e pelo entrevistado 5 que refere *“(...) admito que haja*

peessoas com formação especializada, mas, em todo o caso, isso será redutor face ao universo total do que são profissionais desta área. E, portanto, enfim, esta intervenção não existirá de forma estruturada e sistematizada”.

Por outro lado, emergem das entrevistas referências à necessidade de estratégias integradas para enfrentar a interseção entre violência doméstica e de gênero e os comportamentos aditivos e dependências, tal como referido pelo entrevistado 1 “(...) *tem que haver aqui uma inter-relação penso que maior para percebermos os dois mundos e não conflituarmos com os dois mundos*”, neste sentido a entrevistada 4 aponta para a centralidade do trabalho em rede ao mencionar “*Portanto, eu acho que sem esta ligação em rede não se consegue. Agora, eu acho que tem que mudar um bocadinho o paradigma da forma como as instituições também se posicionam perante os casos. Os casos não são delas. E eu falo todas as instituições, inclusive a da saúde. O caso não é nosso, o caso é de todos.*” e o entrevistado 5 refere que se verifica “(...) *a falta de respostas especializadas para mulheres que possam ser vítimas de violência doméstica (...) acentua também o que são as circunstâncias da vulnerabilidade destas próprias mulheres que acabam, no fundo, enfim, por não ter respostas ajustadas à complexidade e, enfim, a uma abordagem mais holística e sistémica sobre o próprio problema da violência doméstica e que, evidentemente, enfim, merece ser mais bem preparado e trabalhado e pensado*”. Assim, somente através de uma resposta integrada e sensível será possível oferecer o apoio adequado e efetivo às mulheres que enfrentam essas múltiplas formas de vulnerabilidade.

2.2.3. Discussão dos dados

“O trabalho do investigador qualitativo tem legitimidade própria e não é simplesmente um saco misterioso onde cabem todas as coisas que não são quantitativas” (Kirk & Miller, 1986, citado por Amado, 2013, p. 353), pelo que chegando aqui, vamos ao longo das próximas páginas discutir os resultados provenientes desta pesquisa exploratória, tendo em conta a revisão de literatura e os resultados obtidos através das diferentes entrevistas. Contudo, é possível indicar, desde já, que grande parte das informações recolhidas através das entrevistas encontram alinhamento teórico-científico

com base na literatura mobilizada no enquadramento teórico. Podemos começar por tecer algumas conclusões com base nas entrevistas.

As entrevistas revelaram uma interseção crítica e complexa entre a violência doméstica e de gênero e os comportamentos aditivos e dependências, evidenciando alinhamento com o referido por (Simonelli, Pasquali, & Palo, 2014), especialmente no que diz respeito às mulheres que enfrentam essas múltiplas formas de vulnerabilidade, evidenciando alinhamento com o quadro teórico da investigação. Os comportamentos aditivos e dependências aumentam significativamente a vulnerabilidade dessas mulheres, não apenas devido aos efeitos diretos das adições, mas também pelo estigma e marginalização associados, estando esta informação alinhada com o estudo desenvolvido por Valencia (2020) e pelo trabalho realizado por Hernández, et al (2022). A dependência econômica e emocional da pessoa agressora, exacerbada pelo consumo de drogas, impede muitas dessas mulheres de procurar ajuda ou de sair de ambientes abusivos e, por isso, a invisibilidade das suas necessidades específicas nos serviços de saúde e apoio resulta numa ausência de intervenções adequadas e coordenadas.

Além disso, as entrevistas evidenciam que as mulheres vítimas de violência doméstica e de gênero com comportamentos aditivos e dependências enfrentam uma dupla marginalização. Os comportamentos aditivos e dependências potenciam significativamente a sua vulnerabilidade, tornando-as mais suscetíveis a abusos contínuos e dificultando o acesso a serviços de apoio. Autores como Benoît & Jauffret-Roustide (2015) e Shirley-Beavan et al. (2020) citados por Hernández., et al. (2022) corroboram essa visão, afirmando que as mulheres com comportamentos aditivos e dependências são frequentemente estigmatizadas e marginalizadas, o que impede a visibilidade das suas necessidades específicas, alinhadas e descritas no relatório publicado por CASO, GAT & WHRIN (2022). Como sublinham, a entrevistada 2 e a entrevistada 3, é evidente a dificuldade que estas mulheres têm em identificar e denunciar os atos de violência devido à normalização dos comportamentos abusivos no contexto dos comportamentos aditivos e dependências. A estigmatização adicional enfrentada por mulheres envolvidas em atividades como a prostituição agrava ainda mais a sua marginalização social.

Já, a interseção entre políticas públicas e serviços especializados em comportamentos aditivos e violência doméstica é reconhecida como essencial, tal como identificado por Mutatayi (2022), mas atualmente, apresenta algumas lacunas. A falta de uma abordagem integrada e coordenada entre os serviços da Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) e a Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) cria lacunas na assistência prestada a estas mulheres. A ausência de políticas públicas claras e de formação adequada para os profissionais envolvidos resulta numa resposta fragmentada e ineficaz, evidenciando a necessidade urgente de desenvolver estratégias integradas e uniformizadas.

Conforme referem Marchioni (2001) e Lillo y Roselló (2004) a intervenção comunitária deve ser orientada pela promoção dos direitos humanos, algo que parece faltar na atual interseção entre os serviços de Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) e Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD). A entrevistada 2 observa que a interseção entre os serviços é limitada e pouco operacional na prática, enquanto a entrevistada 4 destaca a falta de uniformização nos conceitos e sistemas de informação entre as diferentes entidades, prejudicando a eficácia das intervenções. O entrevistado 5 reforça, assim, a necessidade de políticas públicas coordenadas e de estratégias integradas para oferecer um apoio adequado e abrangente às mulheres.

No mesmo seguimento, reconhece-se que as práticas profissionais no âmbito dos cuidados de saúde da Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) e dos serviços da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) necessitam de adaptação para melhor atender às mulheres com comportamentos aditivos e dependências. A falta de visibilidade dessas mulheres nos sistemas de saúde perpetua a sua marginalização e dificulta o acesso a serviços de apoio, sendo que a formação contínua e a capacitação dos profissionais são fundamentais para lidar com a interseção entre comportamentos aditivos e violência de género de forma eficaz e sensível, tal como referido por (Moir, et al., 2022). Portanto, a criação de protocolos integrados e a partilha de informações entre os serviços são cruciais para

proporcionar um suporte abrangente e eficaz às mulheres afetadas, garantindo que as suas necessidades complexas sejam atendidas de forma holística e integrada.

Benoît & Jauffret-Roustide (2015) e Shirley-Beavan et al. (2020) citados Hernández, et al. (2022) argumentam que a capacitação dos profissionais de saúde é crucial para oferecer um atendimento eficaz e sensível às necessidades das mulheres com comportamentos aditivos e dependências e, tal como a entrevistada 4, enfatizam a importância de práticas voltadas para a detecção precoce e intervenção em casos de mães grávidas com comportamentos de risco, promovendo uma abordagem holística que considere tanto os aspetos de saúde física quanto mental dessas mulheres.

Em última análise, os comportamentos aditivos e dependências acarretam em si desafios para as práticas dos serviços da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD), resultando em respostas inadequadas e desarticuladas. O entrevistado 1 da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género menciona que a complexidade dessas situações exige uma abordagem multidisciplinar, mas a falta de formação e recursos adequados muitas vezes impede uma resposta eficaz, enquanto a entrevistada 2 aponta a ausência de protocolos claros e de formação específica como obstáculos para a resposta eficaz às necessidades dessas mulheres.

Shirley-Beavan, et al. (2020) citado por Hernández, et al. (2022) e Valencia et al. (2020) destacam a necessidade de formação específica e estratégias adaptadas para lidar eficazmente com os casos de mulheres com comportamentos aditivos. A entrevistada 3 e a entrevistada 4 reforçam a importância da capacitação contínua dos profissionais e a adaptação das práticas dos serviços de apoio para considerar o impacto dos comportamentos aditivos e, por sua vez, o entrevistado 5 enfatiza a necessidade de protocolos integrados e da partilha de informações entre serviços para superar as barreiras e proporcionar um suporte abrangente às mulheres afetadas alinhados com as experiências identificadas por Forteza (2020), Musayón (2007) e Muth (2023).

Concluindo, a discussão dos dados evidencia a necessidade urgente de maior integração entre políticas públicas e serviços comunitários, formação específica para

profissionais de saúde, adaptação das práticas dos serviços para melhor atender às mulheres com comportamentos aditivos e dependências e vítimas de violência. Mostra-se, assim, urgente a criação de uma resposta específica e especializada que cubra as lacunas aqui citadas. O enquadramento teórico e os autores referenciados reforçam a importância de uma abordagem holística e coordenada, centrada na promoção dos direitos humanos e na autonomização das mulheres, para oferecer um suporte eficaz e abrangente às mulheres que enfrentam múltiplas formas de vulnerabilidade. É, desta forma, crucial promover uma abordagem integrada e sensível ao gênero para abordar as complexas interseções entre violência doméstica e de gênero e comportamentos aditivos e dependências. A melhoria da colaboração intersectorial, a formação específica dos profissionais e a adaptação das políticas públicas são fundamentais para garantir que estas mulheres recebam o apoio abrangente e eficaz que necessitam. Para tal é preciso pensar e criar novas respostas comunitárias, integradas e eficazes, que respondam de forma imediata às mulheres com comportamentos aditivos e dependências e com experiências de violência de doméstica de gênero, de forma a garantir a sua segurança imediata para que estas não fiquem em situações de ainda maior vulnerabilidade.

Parte III

3. Proposta de projeto de intervenção comunitária

Neste capítulo apresentamos uma abordagem estruturada relativa à elaboração de um projeto de intervenção comunitária, assente em função de “etapas específicas que devem ser tidas em consideração: Diagnosticar, Definir os Objetivos, Definir as Estratégias, Desenvolver Programa de Atividades, Executar as Atividades e Avaliar.” (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2020, p. 25), tendo em vista responder às necessidades identificadas das mulheres com comportamentos aditivos e dependências e com experiências de vitimização em contexto de violência doméstica e de género.

Iniciaremos pela apresentação e justificação do nome do projeto, seguindo-se a apresentação do diagnóstico de necessidades suportado teoricamente e passível de evidenciar os principais desafios e limitações a intervir.

Posteriormente, será apresentada uma descrição do projeto que demonstra a abordagem do mesmo, seguindo-se da definição das entidades parceiras.

Por fim, são apresentados os objetivos, geral e específicos, sobre os quais se detalha as dimensões relativas a atividades, instrumentos técnicos de referência, equipa técnica afeta, participantes/destinatários/as, número de pessoas abrangidas diretamente, resultados esperados e indicadores de avaliação/monitorização.

Este capítulo apresenta uma visão holística e integrada do projeto de intervenção comunitária.

3.1. Nome do projeto

A denominação de projeto de Lado B resulta do facto de que historicamente na indústria da música existir o lado A e lado B nos álbuns e discos musicais. O lado B dos discos refere-se a um contexto de criatividade e experimentação, onde a criação e a autenticidade muitas vezes ficam invisíveis face às músicas *mainstream*. Ou seja,

representa o lado alternativo alinhado com uma perspectiva da diversidade. Este projeto denominado Lado B dos projetos da intervenção comunitária para mulheres com comportamentos aditivos e dependências e experiências de violência doméstica e de género, enuncia uma abordagem experimental em Portugal, de inclusão da diversidade.

3.2. Diagnóstico

As mulheres com comportamentos aditivos e dependências quando comparadas com os homens, são muito mais sujeitas a experiências de vitimização, incluindo em contexto de violência doméstica e de género e circunstâncias traumáticas (Valencia, et al., 2020). Neste sentido, estão também sujeitas a um duplo estigma (Mutatayi, et al., 2022) o que traduz impactos ao nível da intervenção comunitária, quer na dimensão do tratamento das adições e dependências, quer na dimensão da violência doméstica e de género. Resulta consensual, com base no quadro teórico deste estudo e com base na informação aferida junto dos entrevistados, que as mulheres nestas circunstâncias se encontram em particular situação de vulnerabilidade resultando em desvantagens no acesso aos serviços de redução de danos (Moir, et al., 2022) e no tratamento adequado por parte de profissionais, que podem desvalorizar a própria experiência de vitimização (Hernández, et al., 2022). O próprio consumo de drogas em contexto de vitimização por violência doméstica e de género apresenta correlação entre si (Simonelli, Pasquali, & Palo, 2014), podendo inclusive servir como forma de lidar com a própria violência.

Os serviços que compõe a Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) também evidenciam particulares barreiras no apoio a mulheres vítimas com comportamentos aditivos e dependências, nomeadamente no que refere a respostas de acolhimento previstas (Casas de Abrigo e Respostas de Acolhimento de Emergência) nos termos previstos na Lei n.º 112/2009, de 16 de setembro que estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e à assistência das suas vítimas e no Decreto Regulamentar n.º 2/2018, de 24 de janeiro, veio estabelecer as condições de organização e funcionamento das estruturas de atendimento, das respostas de acolhimento de emergência e das casas de abrigo que integram a Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD). Ou seja, embora não

se vislumbre na legislação atual qualquer referência, em contexto de acolhimento, enquanto medida de proteção a vítimas de violência doméstica e de gênero para situações de particular risco de segurança e até de vida ou morte, ao acesso a tais respostas (Casas de Abrigo e Respostas de Acolhimento de Emergência) por parte de mulheres com comportamentos aditivos e dependências, na prática resulta como um fator de vulnerabilidade acrescida e que apontam para uma abordagem discriminatória destas mulheres, reforçando a sua circunstância de vulnerabilidade, exclusão e opressão. Estas respostas de proteção, no âmbito dos seus regulamentos internos e decorrentes da sua autonomia técnica, ainda que alinhada com a legislação aplicável, traduzem de forma transversal enquanto regra de funcionamento a proibição de quaisquer adições e/ou dependências, prevendo-se que qualquer violação de tais regras origine a expulsão do contexto de acolhimento (Cotrim, 2014). Tais práticas, evidenciam uma contradição face ao conhecimento interseccionado entre a violência doméstica e de gênero e os comportamentos aditivos e dependências, o que invisibiliza de forma negligente, o que Stark & Flitcraft (1988) citados por Belchior (2014), concluíram, nomeadamente que as mulheres vítimas de violência doméstica têm nove vezes maior probabilidade de consumir drogas e encontram-se em maior risco de desenvolver comportamentos aditivos e dependências.

Na prática verifica-se a falta de serviços integrados que abordem tanto a violência doméstica e de gênero como os comportamentos aditivos e dependências, o que resulta em barreiras adicionais para as mulheres, deixando-as muitas vezes sem apoio adequado (Shirley Beavan, et al., 2020).

Neste contexto, emergem estudos que apontam para a eficácia dos programas de tratamento de mulheres com comportamentos aditivos e dependências e em contexto de vitimação, quando os mesmos são sensíveis ao gênero (Romo Avilés, et al., 2023), ajustados às mulheres e até exclusivos para as mulheres (Simonelli, Pasquali, & Palo, 2014). Isto implica uma visão holística (Walsh, & Ambar, 2017), sistémica e feminista interseccional (Sinevaara-Niskanen, 2022). Quanto mais tempo alguém permanece num relacionamento abusivo, tanto mais tenderá a agravar a dinâmica e circunstâncias da violência doméstica e de gênero, podendo também agravarem-se os comportamentos

aditivos e dependências, pelo que as respostas de acolhimento de violência doméstica devem trabalhar em estreita colaboração com programas de tratamento e redução de danos (Walsh, & Ambar, 2017). Paralelamente, emergem estudos relativos à intervenção por parte de respostas sociais de apoio a vítimas de violência doméstica e género, em particular de casas de abrigo, os quais recomendam a promoção da abordagens de redução de danos neste tipo de respostas, podendo ser consideradas duas abordagens técnicas, uma relativa à disponibilização do apoio diretamente pelas casas de abrigo recorrendo à integração de profissionais especializados nas áreas da saúde e outra relativa à disponibilização do apoio prestado por entidades parceiras especializadas nos comportamentos aditivos e dependências (Muth, et al., 2023).

3.3. Descrição do projeto

O projeto, criado a partir do diagnóstico apresentado, centra a sua atuação numa abordagem de intervenção comunitária que visa priorizar a segurança e disponibilizar o apoio ajustado a mulheres vítimas de violência doméstica e de género com comportamentos aditivos e dependências, numa perspetiva holística e interseccional que promova o bem-estar e a redução de danos dos comportamentos aditivos e dependências, bem como a capacitação de profissionais com atuação nos serviços de intervenção comunitária da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) e nos serviços de intervenção com comportamentos aditivos e dependências.

O ponto de partida do projeto e inspiração do modelo técnico de intervenção comunitária baseia-se também na experiência do projeto Metzineres: Disponibilizar abrigo para mulheres que usam drogas, sobrevivendo à violência, desenvolvido desde o ano de 2017 em Barcelona, Espanha, como o primeiro programa exclusivo para mulheres e pessoas não binárias em múltiplas situações de vulnerabilidade acrescida, que incluem experiências de violência doméstica e de género e trauma. Desta experiência de intervenção comunitária já validada com base em resultados empíricos, traduz-se o facto de as mulheres terem reduzido comportamentos aditivos e dependências, reconhecerem-se como estando mais saudáveis, participarem em atividades comunitárias, estarem

menos sujeitas ao estigma e serem vistas como agentes de mudança na comunidade (Forteza, 2020).

São princípios chave do projeto:

- Prevenção e intervenção em Violência Doméstica e de Género

A prevenção e intervenção em violência doméstica e de género implica uma abordagem transversal, segundo Krug et al. (2002) citado por Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (2020) é preciso considerar três dimensões específicas de intervenção, as quais integram o presente projeto:

- a) Prevenção primária – toda a ação desenvolvida e que atua, à partida, antes do fenómeno da violência doméstica e género ocorrer, nomeadamente por via da capacitação e programas de prevenção primária de abordagem regular e consistente;
- b) Prevenção secundária – toda a ação desenvolvida que visa responder a situações de violência doméstica e género já identificadas incluindo em junto de pessoas em circunstâncias de vulnerabilidade acrescida;
- c) Prevenção terciária - toda a ação desenvolvida que visa responder ao nível da reabilitação, reintegração, minimização dos efeitos traumáticos e redução de eventuais efeitos resultantes da violência doméstica e género.

- Redução de Danos

Entende-se por redução de danos a ação que visa reduzir os potenciais danos para a sociedade e que integra ações educativas/formativas e de saúde sem julgar os comportamentos aditivos e dependências, com foco na redução do uso de drogas e problemas de saúde relacionados. Centra-se na limitação ou prevenção dos danos causados pelo consumo de drogas, em vez de obrigar ao término do consumo em si. O objetivo é atingir o nível mais baixo possível de efeitos nocivos. Segundo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD) (2016) “A abordagem no âmbito da redução de danos pretende globalmente promover a mudança

dos comportamentos aditivos, com ou sem substâncias, de modo a diminuir os riscos e danos nos casos em que não é possível a sua supressão. As intervenções baseiam-se, assim, num forte compromisso com a saúde pública e com os direitos humanos, com um pendor eminentemente biopsicossocial” (p. 15).

As abordagens de redução de danos que priorizam a redução das consequências negativas do comportamentos aditivos e dependências sem obrigar a abstinência têm sido estudadas em vários cenários, incluindo em contexto de casas de abrigo, e têm demonstrado resultados positivos, como aumento da segurança para as vítimas de violência doméstica e género e redução da estigmatização a que estão estruturalmente sujeitas, contudo a sua implementação parece ainda limitada bem como os estudos específicos em contexto de casa abrigo (Hovey, & Scott, 2019). Integrar uma abordagem da redução de danos em contexto de casa abrigo para mulheres vítimas de violência doméstica, rompe com a abordagem dominante atual de estigmatização, que resulta na prática na não admissão de vítimas em casa abrigo e/ou na sua expulsão, na medida em que os comportamentos aditivos e dependências “é reconhecido e não julgado, promovendo assim relações de respeito e tratando todas as pessoas como dignas e dignas” (Pauly, 2008; citado por Hovey, & Scott, 2019, p. 410).

- Interseccionalidade

A interseccionalidade entre os comportamentos aditivos e dependências e a violência doméstica e de género é evidenciada pelas mulheres em tais circunstâncias. Paralelamente reconhece-se a complexidade multivariável entre estas duas dimensões. A interseccionalidade é ainda mais complexa pelo facto de que a violência não é apenas resultado de se ser mulher, mas é exacerbada por ser uma mulher comportamentos aditivos e dependências. Abordar a interseccionalidade requer uma abordagem abrangente que considere as experiências e necessidades únicas das mulheres vitimizadas e com adições e dependências (Hernández, et al., 2022). A visão e ação interseccional não se trata apenas de acrescentar categorias de análise, mas sim de compreender como diferentes formas de opressão se cruzam e criam experiências sociais complexas e sistemas de discriminação específicos (Crenshaw, 1989; Nogueira, 2017), neste caso,

decorrente da experiência de vitimização de violência doméstica e de género e os comportamentos aditivos e dependências.

3.4. Entidades parceiras

- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG)
- Instituto dos Comportamentos Aditivos e Dependências (ICAD)
- Cooperativa Metzineres (Barcelona – Espanha)

3.5. Objetivo geral

Promover a intervenção integrada, holística e sistémica, com base numa abordagem interseccional, através da prevenção da violência doméstica e de género e da redução de danos decorrentes dos comportamentos aditivos e dependências.

3.5.1. Objetivo específico 1

Criar e implementar um centro integrado especializado na prevenção da violência doméstica e de género e na redução de danos decorrentes dos comportamentos aditivos e dependências, através da disponibilização do serviço de casa de abrigo e de estrutura de atendimento, com recurso a espaços físicos distintos, integrado na Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD)

Atividades

1. Promover um serviço de resposta social de casa abrigo especializada na prevenção da violência doméstica e de género e na redução de danos decorrentes dos comportamentos aditivos e dependências, a qual visa nos termos legalmente previstos pelo Decreto Regulamentar n.º 2/2018, de 24 de janeiro:
 - a) Acolher temporariamente vítimas, acompanhadas ou não de filhos/as menores ou maiores com deficiência na sua dependência;
 - b) Assegurar o acompanhamento das vítimas, acompanhadas ou não de filhos/as;

- c) Proporcionar às vítimas e filhos/as acolhidos/as as condições necessárias à sua educação, saúde e bem-estar integral, num ambiente de tranquilidade e segurança;
- d) Desenvolver, durante a permanência na casa de abrigo, aptidões pessoais, profissionais e sociais das vítimas, no sentido de alcançar a sua plena autonomia;
- e) Promover o restabelecimento do equilíbrio emocional e psicológico das vítimas e filhos/as acolhidos/as, tendo em vista a sua reinserção ou autonomização em condições de dignidade e de segurança

O acompanhamento assenta numa intervenção nas áreas do apoio social, psicológico, educacional, profissional, jurídico e redução de danos, com recurso a um plano individual de intervenção individualizado e ajustado em função das especificidades de cada uma das mulheres. A casa abrigo funciona o ano inteiro, 7 dias por semana e 24 horas por dia, podendo acolher em qualquer horário do dia.

2. Promover um serviço de estrutura de atendimento especializada na prevenção da violência doméstica e de género e na redução de danos decorrentes dos comportamentos aditivos e dependências, a qual visa nos termos legalmente previstos pelo Decreto Regulamentar n.º 2/2018, de 24 de janeiro:

- a) Assegurar o acompanhamento das vítimas de violência doméstica nas vertentes de atendimento psicossocial e de informação jurídica;
- b) Proceder à avaliação e gestão do grau de risco e das necessidades sociais das vítimas de violência doméstica, de forma a assegurar uma intervenção promotora da segurança ou o seu eventual reencaminhamento e acolhimento em condições de segurança;

O acompanhamento assenta numa intervenção nas áreas social, psicológica, jurídica e redução de danos, e, sempre que necessário, na elaboração de um plano individual de intervenção, em consonância com o pedido da vítima e a dinâmica abusiva. A estrutura de atendimento funciona durante os dias úteis entre as 08:00h e as 22:00h.

Instrumentos técnicos de referência

O Despacho n.º 5374/2020, de 11 de maio, aprovou a Ficha Única de Atendimento, de utilização obrigatória por todas as respostas da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica, pelo que obrigatoriamente o centro integrado especializado, por via do serviço de casa abrigo e da estrutura de atendimento utilizará os seguintes instrumentos técnicos:

- Declaração de consentimento informado
- Identificação do/a utente
- Identificação do/a autor/a dos factos
- Caracterização dos factos
- Registo de ocorrências
- Plano de Segurança e Estratégias de promoção da segurança para crianças e jovens a cargo
- Avaliação das necessidades sociais da VVD e plano individual de intervenção
- Relatório de encaminhamento

Paralelamente, são instrumentos técnicos de referência:

- Guia de requisitos mínimos de intervenção em situações de violência doméstica e violência de género (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2016)
- Disponibiliza uma visão geral dos principais temas e objetivos relacionados com a gestão do risco e o apoio às vítimas de violência doméstica e violência de género a partir das seguintes dimensões chave: planos de segurança e gestão, apoio e intervenção especializados, formação e abordagem multidisciplinar, princípio da igualdade e da não discriminação.
- Linhas de orientação técnica para a intervenção em redução de riscos e minimização de danos: competências dos interventores (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, 2016) – Disponibiliza contributos técnicos específicos relativos à redução de danos, tendo em vista a melhoria da sua compreensão e a implementação das estratégias, proporcionando um quadro

transversal para os/as profissionais neste domínio, relativamente ao entendimento das adições e dependências, envolvimento com a comunidade, estratégias de intervenção, envolvimento da comunidade e mobilização de recursos.

Equipa técnica

O centro integrado especializado é composto por:

- Diretor/a técnico/a – um/a profissional com formação superior preferencialmente das áreas das ciências sociais e com formação especializada em técnico/a de apoio à vítima, avaliação e gestão de risco e redução de danos, com funções de coordenar a equipa técnica da casa de abrigo e da estrutura de atendimento, definir as orientações técnicas de acordo com o modelo de intervenção do centro integrado especializado, assegurar a articulação com entidades parceiras, definir o regulamento de funcionamento da casa de abrigo e da estrutura de atendimento
- Equipa técnica da casa de abrigo – três técnicos/as superiores preferencialmente nas áreas das ciências sociais, um médico, dois enfermeiros e cinco auxiliares de ação direta, todos/as com formação especializada em técnico/a de apoio à vítima, avaliação e gestão de risco e redução de danos.
- Equipa técnica da estrutura de atendimento - três técnicos/as superiores preferencialmente nas áreas das ciências sociais e um jurista todos/as com formação especializada em técnico/a de apoio à vítima, avaliação e gestão de risco e redução de danos.

Participantes/destinatários/as

Mulheres vítimas de violência doméstica e de género com comportamentos aditivos e dependências

Número pessoas abrangidas diretamente

- O serviço de casa abrigo é dirigido a um máximo de 30 pessoas em simultâneo;

- O serviço da estrutura de atendimento prevê um máximo de 80 pessoas atendidas anualmente.

Resultados esperados

- Promover o aumento e melhoria da auto-estima das pessoas acolhidas e atendidas valorizando as suas características individuais e as suas competências;
- Promover o sentimento de segurança, bem-estar e a reparação dos impactos decorrentes do trauma gerado pelas dinâmicas de violência doméstica e género;
- Promover a melhoria das condições de saúde, incluindo, no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências;
- Promover a autonomização das mulheres acolhidas em casa de abrigo;
- Promover o acompanhamento regular das mulheres atendidas na estrutura de atendimento.

Indicadores de avaliação/monitorização

- Número total de pessoas acolhidas em casa de abrigo;
- Número total de pessoas atendidas na estrutura de atendimento;
- Número total de atendimentos realizados pela estrutura de atendimento;
- Avaliação da satisfação relativa à prevenção da violência doméstica e género;
- Avaliação da satisfação relativa à redução de danos dos comportamentos aditivos e dependências.

3.5.2. Objetivo específico 2

Implementar um programa de formação especializado na prevenção da violência doméstica e de género e na redução de danos decorrentes dos comportamentos aditivos e dependências.

Atividades

Aplicação de programa de formação certificada e especializada na prevenção da violência doméstica e de género e na redução de danos decorrentes dos comportamentos aditivos e dependências, dirigido a profissionais da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência doméstica e a profissionais com intervenção na área dos comportamentos aditivos e dependências, com recurso ao seguinte referencial de formação:

- Designação: Intervenção em violência doméstica e de género com comportamentos aditivos e dependências - vulnerabilidades acrescidas
- N° de Horas: 25horas
- Modalidade: Formação presencial
- Objetivos Gerais:
 - a) Adquirir conhecimentos sobre violência doméstica e de género interseccionada com comportamentos aditivos e dependências, com base numa abordagem de género interseccional;
 - b) Melhorar a intervenção técnica comunitária na área da violência doméstica e de género interseccionada com comportamentos aditivos e dependências.
- Perfil de Entrada: Profissionais da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) e profissionais com intervenção na área dos comportamentos aditivos e dependências.
- Perfil de saída: Dispor de um conjunto de conhecimentos e competências teórico-práticas sobre prevenção e intervenção comunitária na violência doméstica e de género interseccionada com comportamentos aditivos e dependências.
- Módulos:
 - a) Módulo 1 - Enquadramento conceptual: interseccionalidade, género, violência doméstica e de género e comportamentos aditivos e dependências – 4 horas
 - b) Módulo 2 - Características, especificidades e dinâmicas da violência doméstica e de género – prevenção e intervenção – 6 horas
 - c) Módulo 3 - Características, especificidades e dinâmicas dos comportamentos aditivos e dependências – redução de danos – 6 horas

- d) Módulo 4 - Prática simulada – intervenção especializada com vítimas de violência doméstica e de gênero com comportamentos aditivos e dependências – boas práticas – 9 horas

Equipa técnica

- Um/a coordenador/a pedagógica e gestor/a da formação
- Dois formadores/as: um/a na área das ciências sociais e um/a na área da saúde, todos/as com formação especializada em técnico/a de apoio à vítima, avaliação e gestão de risco e redução de danos

Participantes/destinatários/as

- Profissionais da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD)
- Profissionais com intervenção na área dos comportamentos aditivos e dependências

Número pessoas abrangidas diretamente

Capacitar um total de 125 profissionais anualmente, correspondendo a 5 ações de formação anual.

Resultados esperados

- Promover a formação profissional certificada de profissionais da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD);
- Promover a formação profissional certificada de profissionais na área dos comportamentos aditivos e dependências;
- Promover a melhoria dos serviços prestados na área da violência doméstica de gênero junto de vítimas com comportamentos aditivos e dependências;

- Promover a melhoria da articulação dos serviços de intervenção comunitária da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) e os serviços de saúde na área dos comportamentos aditivos e dependências.

Indicadores de avaliação/monitorização

- Número de formandos/as certificados
- Número de ações de formação realizadas
- Avaliação da satisfação relativa às ações de formação
- Avaliação da aprendizagem e aplicação em contexto de trabalho

4. Conclusões

O objetivo desta investigação foi analisar e interpretar os cruzamentos e as complexidades, a partir de uma abordagem teórico-prática sobre a interseccionalidade (Nogueira, 2017), relativos à intervenção comunitária dos serviços promovidos na área da violência doméstica e de género pela Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD). Estes serviços estão sob a supervisão da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género e na área dos comportamentos aditivos e dependências pelos Centros de Respostas Integradas (CRI) das Divisões de Intervenção e Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD), os quais estão sob a tutela do, já extinto, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD).

No âmbito do desenvolvimento da presente investigação, e tendo em vista a partilha em contexto científico, sobre o processo de trabalho em curso, tendo em perspetiva a recolha de contributos passíveis de melhorar o resultado e processo do estudo, procedeu-se à realização de duas comunicações, uma no âmbito do *V Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde 2023*², promovido pelo Instituto Politécnico de Setúbal, com o título: Quem são e porque não as vemos nem as ouvimos? - Percursos de uma investigação sobre mulheres com comportamentos aditivos e dependências e o papel dos serviços da saúde na comunidade, tendo daí resultado a publicação de um artigo com o mesmo título (Freitas & Medeiros, 2023) e uma no âmbito do *European Conference of Social Work Education 2023*³, promovido pelo Instituto Superior de Serviço Social do Porto e pela European Association of Schools of Social Work.

É a partir da desconstrução do objetivo geral nos objetivos específicos delineados que se operacionalizou o processo de investigação: Retomamos esses objetivos para os correlacionar e interpretar em função das conclusões obtidas.

² https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/48660/1/Atas_V_SVSS_2023.pdf

³ <https://ecswe2023.eventqualia.net/en/home/>

Relativamente ao objetivo específico 1 - Conhecer as intersecções institucionais entre serviços comunitários dos Centros de Respostas Integradas (CRI) e da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD), conclui-se que atuação ao nível da intervenção comunitária na área dos comportamentos aditivos e dependências, ou seja, integrados no setor da saúde e na área da violência doméstica e de género, estão do ponto de vista do planeamento estratégico definidos e ancorados em instrumentos de política social. Enquanto políticas públicas dirigem-se “À resolução de problemas identificados na estrutura e no funcionamento da sociedade e das comunidades que a compõem” (Cardim, 2009, citado por Esgaio, 2011, p. 159). Não obstante no vasto desenvolvimento das políticas sociais públicas com reflexo direto na profissionalização e melhoria dos serviços de intervenção comunitária, identifica-se a ausência de articulação entre os que intervêm com pessoas, particularmente com as mulheres com comportamentos aditivos e dependências e com experiências de vitimização em contexto de violência doméstica e de género. Esta é uma vulnerabilidade identificada na coordenação integrada de proximidade, por via dos serviços comunitários, mas também, relativamente invisibilizada nos instrumentos de política pública das duas áreas. A articulação entre os serviços de saúde para comportamentos aditivo e dependências e os serviços de apoio às vítimas de violência doméstica e de género decorre da arbitrariedade e da sensibilidade dos/as profissionais, e não, de uma abordagem estratégica, definida e alinhada, o que evidentemente coloca particulares desafios para se dar uma resposta eficaz às necessidades das mulheres que se encontram em circunstância de vulnerabilidade acrescida. Há uma ausência de coordenação e articulação estruturada entre os serviços, com impactos evidentes ao nível do trabalho comunitário de proximidade.

No que refere ao objetivo específico 2 - Conhecer as especificidades e riscos associados à vulnerabilidade acrescida de mulheres com comportamentos aditivos e com experiências de violência doméstica e de género, conclui-se, que numa perspetiva global, mas também nacional, as mulheres representam a população que é desproporcionalmente mais vitimizada em contextos de violência doméstica e de género (Dias, 2017) e que, somada à interseccionalidade (Sinevaara-Niskanen, 2022) relativa aos comportamentos aditivos e dependências, se encontra particularmente vulnerável ao risco de

discriminação, marginalização e das experiências, agravadas, de vitimização (Hernández, et al., 2022; Valencia, et al., 2020). A abordagem da interseccionalidade releva particular importância para a mudança de paradigma das práticas profissionais no contexto dos serviços de intervenção comunitária e de proximidade desenvolvidos pelos Centros de Respostas Integradas (CRI) e pela Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD), permitindo assim uma visão e intervenção holística e sistémica sobre o que é um problema social complexo (Marques, 2017) decorrente da interseção das duas áreas estudadas. Reconhece-se a existência de uma multiplicidade de barreiras estigmatizantes (Goffman, 1988) e penalizadoras que impactam negativamente no apoio prestado pelos serviços comunitários, na área dos comportamentos aditivos e dependências e na área da violência doméstica e de género (Muth, et al., 2023; CASO, GAT & WHRIN, 2022; Cotrim, 2014; Valencia, J. et al., 2020; Hernández, et al., 2022; Simonelli, Pasquali, & Palo, 2014), ou seja, pela inexistência de uma abordagem sensível ao género e suas relações (Walby, 2005).

Na prática, será necessário desenvolver processos de trabalho que aprofundem, a par das relações interinstitucionais, o conhecimento específico através de formação especializada, centrada numa abordagem multidimensional da política social pública e da intervenção comunitária. Resulta como central o reconhecimento teórico-científico, mas também, da informação prestada pelos/as profissionais entrevistados/as, os efeitos compostos do género, adições e vitimização, decorrendo daí, a necessidade, urgente e emergente (Mutatayi, et al., 2022), da mudança de paradigma por forma a garantir que as estruturas e serviços de apoio na comunidade estejam preparadas para lidar com essas complexidades, existindo já, práticas interessantes com resultados positivos avaliados (Forteza, 2020), passíveis de serem replicadas e/ou exploradas em Portugal.

Face ao exposto, é com base no objetivo específico 3 - Contribuir para a melhoria da intervenção comunitária com mulheres com comportamentos aditivos e com experiências de violência doméstica e de género que se pretende sugerir orientações passíveis de contribuir para a transformação social, com base, nas conclusões obtidas por via do conhecimento teórico e empírico. Desta forma, tanto mais se pode contribuir para a melhoria da definição das políticas sociais públicas, com reflexo ao nível da intervenção

comunitária, quanto maior e melhor o conhecimento obtido sobre os problemas sociais, ou seja, “(...) é preciso identificar o problema, analisá-lo em detalhe, conhecer a sua dimensão, a sua complexidade e os seus efeitos. De seguida, procurar equacionar as alternativas e as soluções.” (Caeiro, 2011, p. 109). Concluindo-se, em função dos dados aferidos e recolhidos, pela ausência da coordenação e articulação estruturada entre os serviços prestados pelos Centros de Respostas Integradas (CRI) e pela Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD), bem como pela vulnerabilidade acrescida das mulheres vitimizadas em contexto de violência doméstica e de género com comportamentos aditivos e dependências, emerge a necessidade de definir novas perspetivas que relevem para a intervenção comunitária nas duas áreas (Mutatayi, et al., 2022) Desta forma, recomenda-se:

- Promover a melhoria da articulação interinstitucional e de trabalho em rede entre os serviços de intervenção comunitária de apoio, e das políticas sociais públicas, com responsabilidade de intervenção em comportamentos aditivos e dependências e os com responsabilidade em intervenção em violência doméstica e de género;
- Desenvolver protocolos e fluxogramas de ação técnica para melhorar a articulação entre os serviços por forma a melhorar a eficácia das intervenções no apoio às mulheres vítimas de violência doméstica e de género com comportamentos aditivos e dependências;
- Criar um programa de intervenção especializado através da formação técnica de profissionais que atuem nos serviços com intervenção em comportamentos aditivos e dependências e os com intervenção em violência doméstica e de género;
- Criar respostas especializadas de atendimento e acolhimento para vítimas de violência doméstica e de género, integradas na da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD), com domínio específico no atendimento, e no acolhimento, de mulheres vitimizadas

com comportamentos aditivos e dependências, com base em experiências já validadas.

Considera-se, também, necessário referir que esta investigação possui algumas limitações, as quais devem ser tidas em conta, nomeadamente decorrentes da dimensão temporal que impactaram ao nível da definição da metodologia e métodos de pesquisa. Ou seja, o facto de desenvolver o presente trabalho de investigação em conciliação com a vida profissional, enquanto técnica superior na administração pública, e vida familiar/pessoal, traduziu na prática uma condicionante ao nível da definição da estratégia de investigação, em particular, na limitação temporal para aferir e recolher informação direta com mulheres com experiências de violência doméstica e de género e com comportamentos aditivos e dependências, reconhecendo-se que tal abordagem implicaria uma maior disponibilidade de tempo, considerando desde logo as especificidades que relevam da investigação com grupos/pessoas em situação de vulnerabilidade social (Augusto, 2019). Foi por esse motivo definido um caminho centrado na informação prestada por informadores/as privilegiados/as com domínio especializado nos serviços de apoio na área das adições e dependências e na área da violência doméstica e de género.

Em suma, a investigação permitiu identificar as vulnerabilidades da articulação e da intervenção e apoio prestado pelos serviços de intervenção comunitária junto de mulheres com comportamentos aditivos e dependências com experiências de vitimização em contexto de violência doméstica e de género. A proposta de projeto de intervenção comunitária apresentada visa precisamente um modelo que pretende contribuir para a mudança necessária, integrando uma abordagem de género interseccional com as adições e dependências, tendo como base as evidências teórico-práticas. A interseção dos serviços e das práticas profissionais é crucial para superar as desigualdades sistémicas que ainda persistem na intervenção comunitária. Resultam daqui implicações práticas que remetem para a necessidade de uma abordagem holística e integrada face às dificuldades existentes e identificadas, a qual pressupõe a reforma de políticas sociais públicas, coordenação dos serviços de intervenção comunitária e do envolvimento da comunidade, em particular, das mulheres vitimizadas com comportamentos aditivos e dependências. É necessário desenvolver respostas de intervenção comunitária que respondam às suas necessidades

específicas. Só assim poderemos avançar para uma sociedade mais justa, equitativa e solidária, onde todas as mulheres, independentemente das suas circunstâncias específicas de vulnerabilidade, possam encontrar atendimento, acolhimento, apoio ajustados e a possibilidade de reconstruir as suas vidas em condições de segurança, sem discriminação e em liberdade.

5. Bibliografia

- Amado, J. (2013). *Manual de Investigação Qualitativa em Educação*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Amâncio, L. . (2004). *Aprender a ser homem: Construindo masculinidades*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Antunes & Mendes. (2021). (Re) construindo vidas: intervenção comunitária e desenvolvimento humano. pp. 57-69.
- Assembleia Geral das Nações Unidas. (1993). *Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres*. Organização das Nações Unidas.
- Augusto, F. (2019). "Sem Régua e Esquadro" - Desafios e Oportunidades da investigação sobre temas sensíveis e com grupos vulneráveis. *Sociologia On Line*, 20. pp. 97-118.
- Balan, C. et al. (2015). *Sociedade da informação e do conhecimento*. Londrina: Editora e Distribuidora S.A.
- Balsa, C., Vital, C. & Urbano, C. (2023). V Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2022. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Belchior, J. (2014). *Reconstruções Pós Violência Doméstica: Vivências e Significados das Casas Abrigo para Mulheres Vítimas de Violência Doméstica*. [Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto].
- Caeiro, J. (2015). *Estado Social, Políticas Públicas e Política Social*. Lisboa: Instituto Superior e Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa
- Capinha, M. et al. (2022). The Prevalence, Directionality, and Dyadic Perpetration Types of Intimate Partner Violence in a Community Sample in Portugal: a Gender-Inclusive Inquiry. *European Journal on Criminal Policy and Research*.
- CASO, GAT & WHRIN. (2022). SHADOW BRIEFING REPORT: Issues affecting women who use drugs in Portugal.
- Cavalcante, R. et al. (2018). Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, as possibilidades e limitações do método. *Informação & Sociedade: Estudos*, 24(1), pp. 13-18.
- Chaves, M. & Pereira, P. (2019). *Casal Ventoso revisitado: Memórias para imaginar um futuro*. V. N. Famalicão: Húmus.
- Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. University of Chicago Legal Forum

- Comissão Europeia. (1998). A Igualdade em 100 Palavras: Glossário de termos sobre igualdade entre mulheres e homens. Comissão Europeia.
- Comissão Europeia. (2020). Uma União da Igualdade: Estratégia para a Igualdade de Género 2020-2025 . Comissão Europeia.
- Comissão Europeia. (2024). *Estratégia para a Igualdade de Género*. Obtido de Um sítio Web oficial da União Europeia: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-equality-strategy_pt?_gl=1*298kb3*_gcl_au*MTEzMzA4NDUyNy4xNzI2OTQwMjkz*_ga*MTMyODk2MDAzMi4xNzI2OTQwMjkz*_ga_MBTGG7KX5Y*MTcyNjk5OTc0Ny4yLjEuMTcy
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género . (1997). Plano Global para a Igualdade de Oportunidades. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género .
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género . (2013). *Estratégias Internacionais para a Igualdade de Género - a Plataforma de Ação de Pequim (1995-2005)*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género .
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (1999). I Plano Nacional Contra a Violência Doméstica. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2003). II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica . Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2007). III Plano Nacional contra a Violência Doméstica 2007-2010 . Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2011). IV Plano Nacional contra a Violência Doméstica 2011-2013. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2014). V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género 2014-2017. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2016). *Guia de requisitos mínimos de intervenção em situações de violência doméstica e violência de género*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2018). *Conselho da Europa lança guia de perguntas e respostas sobre a Convenção de Istambul*. Obtido de Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género: https://www.cig.gov.pt/2018/11/conselho-da-europa-lanca-guia-perguntas-respostas-convencao-istambul/?_gl=1*k49q0h*_gcl_au*MTEzMzA4NDUyNy4xNzI2OTQwMjkz*_

ga*MTMyODk2MDAzMi4xNzI2OTQwMjkz*_ga_MBTGG7KX5Y*MTcyNzAxMzY0NC4zLjAuMTcyNzAxMzY0NC4wLjAuMA..

- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2018). *Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não-Discriminação – Portugal + Igual* (ENIND. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2018). *Guia: Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres (CEDAW) - Protocolo opcional*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2019). *Rede Nacional de Apoio às Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD)*. Obtido de Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género: https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2019/01/Rede-Nacional-de-Apoio-%C3%A0s-Vitimas-de-violencia-dom%C3%A9stica.pdf?_gl=1*1o0dgrf*_gcl_au*MTEzMzA4NDUyNy4xNzI2OTQwMjkz*_ga*MTMyODk2MDAzMi4xNzI2OTQwMjkz*_ga_MBTGG7KX5Y*MTcyNzAxMzY0NC4zLjEuMTcyNzAxNDMxOS4
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2020). *Guia de Requisitos Mínimos para Programas e Projetos de Prevenção Primária da Violência Contra as Mulheres e Violência Doméstica*. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2024). *Relatório 2023: Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica*. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Conselho da Europa. (2011). *Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e a Violência Doméstica. Convenção de Istambul*. Obtido de <https://rm.coe.int/168046253d>
- Conselho da Europa. (2011). *Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e a Violência Doméstica*. Conselho da Europa.
- Conselho Interministerial do Combate à Droga e à Toxicodependência. (2005). *Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005 – 2012*. IDT.
- Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres - CEDAW. (1989). *Recomendação Geral N.º 12: Violência contra as mulheres*.
- Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres - CEDAW. (1992). *Recomendação Geral N.º 19: Violência contra as mulheres*.
- Cotrim, D. (2014). *Análise qualitativa da experiência de residir numa casa de abrigo para mulheres que sofreram violência conjugal*. [Dissertação de mestrado, ISPA].

- Creswell, J. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches (3rd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. Thousand Oaks: CA: Sage Publications.
- Decreto Regulamentar n.º 2/2018, de 24 de janeiro. (2018). Diário da República n.º 17/2018, Série I de 2018-01-24, páginas 674 - 684.
- Decreto-lei 183/2001, de 21 de Junho. (2001). Diário da República n.º 142/2001, Série I-A de 2001-06-21.
- Decreto-lei 420/70, de 3 de Setembro do Ministério da Justiça. (1970). Diário do Governo n.º 204/1970, Série I de 1970-09-03.
- Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro. (2023). DIÁRIO DA REPÚBLICA - 1.ª SÉRIE, Nº 197, de 2023-10-11, Pág. 3 - 30.
- Despacho n.º 5374/2020, de 11 de maio. (2020). Diário da República n.º 91/2020, Série II de 2020-05-11, páginas 17 - 40.
- Dias, I. (2017). Matrizes Teóricas da Violência de Género. *Violências de Género*, pp. 23-42.
- Domoslawski, A. . (2011). *Política da Droga em Portugal: Os Benefícios da*. Open Society Foundations.
- Escola Nacional de Administração Pública. (2015). Programa Avaliação Socioeconômica de Projetos. *Probabilidades e Técnicas de Amostragem*. Brasília.
- Esgaio, A. (2011). Políticas sociais e cuidados de proximidade. *Teoria da Política Social*, pp. 159-185. Lisboa: Instituto Superior e Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa
- Forteza, A. R. (2020). Metzineres: sheltering and empowering women who use drugs, survivors of violence. *Innovative Approaches to Drug Policy and Incarceration*, pp. 121-191.
- Freitas, A. & Medeiros, P. (2023). Quem são e porque não as vemos nem as ouvimos? Percursos de uma investigação sobre mulheres com comportamentos aditivos e dependências e o papel dos serviços da saúde na comunidade. *Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde*, pp. 32-39
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Greenwald, G. (2009). *Drug decriminalization in Portugal: lessons for creating fair and successful drug policies*. Washington, D.C: Cato Institute.
- Grembi V. et al. (2024). Domestic violence perception and gender stereotypes. *Journal of Population Economics*, pp. 1-32.

- Hernández, L., et al. (2022). *Interleave Research Report - Women who use drugs facing gender-based violence in Europe*. Interleave.
- Hovey, A. & Scott, S. (2019). All Women Are Welcome: Reducing Barriers to Women's Shelters With Harm Reduction. *Partner Abuse*, pp. 409-428.
- Instituto da Droga e da Toxicoddependência. (2007). Plano Operacional de Respostas Integradas. Instituto da Droga e da Toxicoddependência.
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Inquérito à Segurança no Espaço Público e Privado*. Instituto Nacional de Estatística.
- Kavak, F. et al. (2018). The relationship between domestic violence against women and suicide risk. *Archives of Psychiatric Nursing*, 574-579.
- League of Nations. (1912). The International Opium Convention. League of Nations.
- Lei n.º 112/2009, de 16 de setembro. (2009). Diário da República n.º 180/2009, Série I de 2009-09-16, páginas 6550 - 6561.
- Lei n.º 15/2024, de 29 de janeiro. (2024). Diário da República n.º 20/2024, Série I de 2024-01-29, páginas 3 - 6.
- Lei n.º 2118, de 3 de abril, Presidência da República. (1963). Diário do Governo n.º 79/1963, Série I de 1963-04-03, páginas 327 - 332.
- Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro. (2007). Diário da República, 1.ª série — N.º 170 — 4 de Setembro de 2007.
- Lei n.º 61/91, de 13 de Agosto. (1991). Diário da República n.º 185/1991, Série I-A de 1991-08-13.
- Lei n.º 7/2000 de 27 de Maio. (2000). Diário da República — I SÉRIE-A N.º 123 — 27 de Maio de 2000.
- Lillo, N. & Roselló, E. (2004). Manual para el trabajo social comunitario. Madrid: Narcea.
- Lisboa, M. (2009). *Violência de Género: Inquérito Nacional sobre a Violência Exercida contra*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Marchioni, M. (2001). Comunidad, participación y desarrollo: teoría y metodología de la intervención comunitaria. Madrid: Editorial Popular.
- Marques, R. (2017). *Problemas Sociais Complexos e Governação Integrada*. Lisboa: Fórum para a Governação Integrada.
- Marshall, B. et al. (2008). Physical violence among a prospective cohort of injection drug users: A gender-focused approach. *Drug and Alcohol Dependence* 97, pp. 237-246.

- Meyers, S. et al. (2020). Preventing transitions into injection drug use: A call for gender-responsive upstream prevention. *International Journal of Drug Policy*, pp. 1-5.
- Moir, E. et al. (2022). Hidden GBV: Women and substance use. *Frontiers in Psychiatry*, pp. 1-5.
- Musayón, Y. et al. (2007). Mujer, drogas y violencia: complejidades de un fenómeno actual. *Investigación y Educación en Enfermería*, pp. 84-95.
- Mutatayi, C. et al. (2022). *Implementing a Gender approach in drug policies: preventions, treatment and criminal justice: A handbook for practitioners and decision makers*. Estrasburgo: Conselho da Europa.
- Muth, E. et al. (2023). Barriers and Facilitators to Implementing Harm Reduction in Emergency Women's Shelters - Implications for Practice: A Scoping Review. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, pp. 1-27.
- Nogueira, C. (2017). *Interseccionalidade e Psicologia Feminista*. Editora Devires.
- Organização das Nações Unidas. (1995). *Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher*. Pequim: Organização das Nações Unidas.
- Organização das Nações Unidas. (2016). *Guia sobre Desenvolvimento Sustentável*. Organização das Nações Unidas.
- Organização das Nações Unidas. (2016). *Transformar o nosso mundo: Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável*. Organização das Nações Unidas.
- Plataforma Portuguesa para os Direitos das Mulheres. (2016). *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW): O Estado da Arte em Portugal*. Lisboa: Plataforma Portuguesa para os Direitos das Mulheres.
- Portaria n.º 197/2018, de 6 de julho. (2018). Diário da República n.º 129/2018, Série I de 2018-07-06, páginas 2945 - 2957.
- Portaria n.º 6-A/2024 de 4 de janeiro. (2024). Diário da República, 1.ª série, N.º 3, Pág. 13-(2).
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rego, X. et al. (2021). 20 years of Portuguese drug policy-developments, challenges and the quest for human rights. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 16(1), pp. 1-11.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99, de 26 de maio, Presidência do Conselho de Ministros. (1999). Diário da República n.º 122/1999, Série I-B de 1999-05-26, páginas 2972 - 3029.

- Romo-Avilés N., et al. (2023). Addressing Gender-Based Violence in Drug Addiction Treatment: a Systematic Mapping Review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, pp. 1-27.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências. (2016). Linhas de orientação técnica para a intervenção em redução de riscos e minimização de danos: competências dos intervenores. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências . (2013). Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2023). Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências - Horizonte 2024. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2023). Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2030. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Shirley-Beavan, S. et al. (2020). Women and barriers to harm reduction services: a literature review and initial findings from a qualitative study in Barcelona, Spain. *Harm Reduction Journal* , pp. 1-13.
- Silva, F. (2013). *O Futuro do Estado Social*. Lisboa: Fundação Manuel dos Santos.
- Silva, R. (2022). A influência dos estereótipos de género nas relações íntimas de violência bidirecional. *Dissertação de Mestrado*. Universidade Lusófona.
- Simonelli, A., Pasquali, C. & Palo, F. (2014). Intimate partner violence and drug-addicted women: from explicative models to gender-oriented treatments. *European Journal of Psychotraumatology*, pp. 1-12.
- Sinevaara-Niskanen, H. (2022). Intersectionality. *Critical Studies of the Arctic* , pp. 123-142.
- Tavares, M. (2008). Feminismos em Portugal. [Dissertação de mestrado, Universidade Aberta]. Repositório.
- Torres, A. & Gomes, M. (2022). *Drogas e Prisões em Portugal*. Lisboa: CIES/ISCTE.
- União Europeia. (2012). DIRETIVA 2012/29/UE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO de 25 de outubro de 2012. Jornal Oficial da União Europeia.
- Valencia, J. et al. (2020). Gender-based vulnerability in women who inject drugs in a harm reduction setting. pp. 1-9.

- Wacquant, L. (2000). *As Prisões da Miséria*. Oeiras: Celta Editora.
- Walby, S. (2005). The sociology of gender relations. In Calhoun, C.J., Rojeck, C., & Bryan, S. (Eds.), *The Sage Handbook of Sociology* (pp. 367-380). London: Sage Publications.
- Walsh, K. & Ambar, T. (2017). *Sheltering with Care: Tennessee Domestic Violence Shelter Best Practices Manual*. Tennessee Coalition to End Domestic and Sexual Violence.

Anexos

Anexo 1

Guião de entrevista

Estou neste momento a realizar uma investigação no âmbito do Mestrado de intervenção Comunitária na Escola Superior de Educação Paula Frassinetti. A investigação assume como objetivo central aferir as interseções, entre os serviços de proximidade e comunitários da saúde dos comportamentos aditivos e dependências e os serviços da RNAVVD. Nesse sentido gostaria de o/a entrevistar sobre este tema na qualidade de profissional na área dos CAD/ área dos serviços da RNAVVD.

- 1- Tendo conta que violência doméstica abrange todos os atos de violência física, sexual, psicológica ou económica que ocorrem na família ou na unidade doméstica, ou entre cônjuges ou ex-cônjuges, ou entre companheiros ou ex-companheiros, quer o agressor coabite ou tenha coabitado, ou não, com a vítima⁴ como vê a vulnerabilidade entre as mulheres que usam drogas e este tipo de violência?
- 2- Considera-se violência de género a violência contra uma pessoa em razão do género, identidade de género ou expressão de género dessa pessoa, ou violência que afeta pessoas de um determinado género desproporcionalmente. Pode resultar em dano físico, sexual, emocional ou psicológico para a vítima, ou causar-lhe perda económica⁵ como percebe a vulnerabilidade entre as mulheres que usam drogas e este tipo de violência?
- 3- Na sua opinião as mulheres que usam drogas estão mais ou menos vulneráveis à violência do que aquelas que não usam? Porquê?
- 4- De acordo com a sua experiência profissional quem é geralmente o/a ofensor/a?
- 5- O que é leva a este tipo de violência?
- 6- Na sua opinião será uma violência de género? Porquê?

⁴ Convenção de Istambul, 2011

⁵ In EIGE - <http://eige.europa.eu/rdc/thesaurus/terms/1153>

- 7- Para além do uso das drogas existem outros riscos de discriminação que tornam as mulheres particularmente vulneráveis a serem vítimas de violência doméstica e de género? Pode-me falar um pouco sobre esses riscos? (como identidades de género, incluindo ser homem ou mulher e outras não normativas, origem étnica e/ou racial, pobreza, deficiência, saúde mental...)
- 8- De acordo com a sua experiência profissional de que forma a relação entre o uso de drogas e a violência sofrida pelas mulheres tem sido equacionada na intervenção técnica e profissional em Portugal? (Se não, porquê? Quais são os motivos? Se sim a que nível?)
- 9- Ao nível das políticas públicas, considera que esta relação está presente?
- 10- E ao nível da intervenção de base comunitária? De que forma tem sido tomada esta relação o uso de drogas e a violência sofrida pelas mulheres em consideração?
- 11- Como é que vê a interação entre os serviços das DICAD e a RNAVVD ao nível da intervenção comunitária?
 - 11.1- Se existe, está estruturada ou resulta de contatos informais?
 - 11.2- Se não existe, qual a importância que atribui uma articulação mais próxima entre os serviços de CAD e da RNAVVD? Porquê?
- 12- Se pudesse fazer alguma alteração nesta interação o que sugeria?

Anexo 2

Termo de Consentimento Informado

No âmbito da realização do Mestrado em Intervenção Comunitária, na Escola Superior de Educação Paula Frassinetti com o Título “Adições, Violência Doméstica e de Género e Intervenção Comunitária: Uma Abordagem Interseccional”, realizado por Ana Sofia Trindade Freitas, sob a orientação da Doutora Paula Cristina Pacheco Medeiro vimos por este meio solicitar a sua colaboração através da resposta a uma entrevista.

Pedimos ainda a sua permissão para que a mesma seja gravada de forma que seja possível uma posterior análise e transcrição dos dados. Dada a natureza académica do presente trabalho, garantimos que os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para fins de investigação. Garantimos ainda que as gravações serão destruídas após transcrição das entrevistas e anonimização da sua participação.

Salientamos que a participação é totalmente voluntária podendo desistir a qualquer momento e sem qualquer repercussão. Poderá, a qualquer momento, entrar em contacto com a equipa de investigação (através do contacto 2001295@eseopf.pt) caso deseje que as suas respostas não sejam incluídas no estudo.

Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração,

Após a informação supracitada, declaro que aceito participar na investigação apresentada e que autorizo a gravação em áudio da mesma.

Assinatura do/a participante:

Data ___/___/___

Anexo 3

Entrevista 1

E: Bom, a primeira questão tem a ver com a questão da violência doméstica. Se acha que há uma maior vulnerabilidade entre as mulheres que usam drogas e a questão da violência doméstica?

e1: Sim, isso não tenho qualquer dúvida. E puseste bem a questão, não é? É uma maior vulnerabilidade. Às vezes dizem, as mulheres são mais vulneráveis. Não, não são mais vulneráveis. Têm uma maior vulnerabilidade associada ao consumo, que as coloca numa posição de vulnerabilidade e, muitas vezes, de dependência. Quer seja, eventualmente, o agressor, que pode ser consumidor ou não consumidor, mas que, atendendo aos consumos que a pessoa tem, as coloca numa posição de vulnerabilidade. E a dependência, muitas vezes, económica, é uma obtenção do produto. E isso, objetivamente, as coloca numa posição de vulnerabilidade. E também o seu estado decorrente do próprio consumo, emocional, físico, psicológico, seja tudo isto, as coloca sempre numa vulnerabilidade e como alvos mais fáceis, eventualmente, de serem vítimas de uma agressão. E de agredirem, também, não é? Pois há o retorno, muitas vezes. Mas, sim, isso é evidente. Porque eu acho que há aqui um trabalho que seria necessário fazer, especialmente pelos serviços que trabalham, especificamente as áreas dos consumos e também de uma sensibilização para com as pessoas, relativamente aos consumidores e relativamente à própria situação da violência. Nós, há alguns anos, tivemos alguns trabalhos com algumas estruturas que apoiam pessoas que consomem. Nesse sentido, também, de dar algumas ferramentas aos técnicos, para perceberem também, como lidar com as situações de violência. Evidentemente, quem trabalha nos SICADs são os especialistas em lidar com as drogas. Outra malta é especialista em trabalhar com processos de vitimização. Portanto, tem que haver aqui uma inter-relação, penso que maior, para percebermos os dois mundos e não conflituarmos com os dois mundos. Porque, às vezes, os interesses parecem opostos, mas não são os comuns. Agora, temos que olhar para isto de uma forma mais global do que eu acho especificada para o homem, sinceramente.

E: Da sua experiência profissional, quem é que é, geralmente, o ofensor?

e1: Bem, isso é estatística, assassino pró, o macho é o homem, exatamente.

E: E acha que podemos considerar que é uma violência de gênero, em particular com estas mulheres?

e1: Nós não temos muita noção de qual é a taxa de violência que existe entre as pessoas que consomem. Eu não conheço nenhum estudo, há estudos dispersos que apontam para isto, uma especial vulnerabilidade, uma maior aceitação, as drogas potencializam e podem levar a situações de violência, mas não conheço nenhum estudo que nos diga qual é, até, a prevalência na população que consome de violência. Não tenho consciência de nenhum estudo disso. É muito o que se ouve falar, não conheço nenhum estudo, que até seria muito interessante haver um estudo sobre essa matéria, que se calhar, as pessoas que estão em melhor posição para o fazer, até seriam os próprios catos, porque têm a realizar. E perceberem, e conjugarem, lá está a forma desarticulada, cada um olha para si, olha para o seu focinho, para a sua cabanazinha, e não vê a questão como um todo. Mas todos nós sabemos que as drogas podem potencializar comportamentos violentos, ou pelo contrário, estamos todos quietinhos num canto, mas que potencializam e são potenciadores. Se existe um fundo violento às drogas, sejam elas as drogas mais pesadas, ou as drogas mais socialmente aceitas, como seja o álcool, nós sabemos que alguém que consome pode potencialmente agredir, e agredir quando está bêbado, neste caso, ou com droga. Isso é visível. Agora, isto tem por trás uma percepção de toda a construção social do que foi ser homem e ser mulher, e que depois se reflete naquele ato violento. E o que acontece naquele momento é que aquilo foi um desinibidor para a ação. Mas também é muito dirigível. O que é curioso é que, nessas situações, não é ao patrão, não é aos filhos normalmente, não é ao vizinho, é à mulher. O que é curioso também é que isto tem uma construção de gênero, claramente, por trás, uma questão de relação de poder, uma relação de dominação, e que leva a que isso aconteça, e quando há os conflitos, provavelmente expleta de uma forma mais fácil que isto possa acontecer.

E: Para além dessa construção na relação de violência, o que acontece também, por exemplo, nas comunidades terapêuticas, e até nos atendimentos ambulatoriais, é que quando é o homem o utente, as mulheres, mãe ou esposa, estão presentes e apoiam.

e1: Sim, ao contrário, não é? Claro.

E: Estão sozinhas.

e1: Claro, sim. Mas isso é uma realidade social em todo o lado. Se reparar, os apoios sociais atribuídos, e para falar genericamente, têm uma elevada taxa de feminização, os homens não procuram, porque reconhecem-se por não terem sido um falhanço para eles, querem estar a recorrer ao apoio social. E, portanto, as cabeças que vão à frente e que vão fazer o pedido de apoio social, são as mulheres.

E: Para além das questões de consumos, que outras vulnerabilidades ou discriminações acha que estas mulheres podem ter, também, em termos de exceções?

e1: Uma pescadinha, não é? Uma pescadinha virada na boca, isto impacta, os consumos impactam na vida, não impactam só numa relação. Têm um impacto na relação, mas têm um impacto na vida, têm um impacto no trabalho, têm um impacto nas relações sociais, na construção também identitária que as pessoas possam ter, mesmo na parte educacional com os filhos, ou seja, têm um impacto brutal o consumo de drogas, na distribuição, entre outras, muitas vezes, de famílias, por tudo aquilo que implica o consumo de drogas, sejam elas quais forem, e portanto, não há, eu acho que não há uma causa nem uma consequência, há, um conjunto de intersexualidades que se tocam e que podem ser, se associarem a isso, um conjunto de outras vertentes, ser mulher, ser negra, ser cigana, ser deficiente, ser não sei o quê. Isto ainda traduz numa situação que vai causar com que estas pessoas ainda estejam em situações de especial vulnerabilidade em todos os aspetos da sua vida, não numa relação de intimidade com violência, mas sim em tudo o resto, isto é, um patrão, uma entidade empregadora que constantemente alguém falta ao trabalho, não tem justificação, têm comportamentos inadequados devido aos seus consumos no seu local de trabalho, isto provoca toda uma reação em cadeia, que é muitas vezes inevitável, e também muitas vezes por esta falta de perceção do que são as drogas e de como é que elas se podem eventualmente tratar, ou também com esta responsabilidade coletiva de colaborarmos para a solução e não para mais um problema. E isto também, eu acho que, Portugal é apontado sempre como um excelente exemplo do mundo das drogas, vou dizer assim, mas acho que há coisas que ainda falham, porque lá está, mais uma vez, centramo-nos muito, e estou a falar um bocadinho, claro, não conheço tão profundamente o trabalho da droga, bem entendido, mas que me parece que há aqui algumas falhas que são necessárias combater. Porque a explicação do que é o consumo, porque é que as pessoas consomem e das soluções que pode haver para afastar as pessoas do consumo a toda a sociedade enquanto um todo, mas também enquanto aqueles atores que são fundamentais

e quando se identifica um problema numa empresa com consumo, ou não sei o que, que trabalha e que se faz com essa empresa, se calhar faz, e eu desconheço não. Mas é isto que é importante fazer, é exatamente como as questões das violências. Na questão da violência doméstica ou violência de relação à intimidade, não há a relação, sim, não há, não há porque não há, ou seja, como eu te dizia no início, é extremamente complexo uma pessoa acolher uma vítima de violência doméstica que esteja com consumos ativos numa estrutura de acolhimento, porque se já numa comunidade terapêutica alguém que entra com consumos ativos e não entra, é só passado 3 meses de passar por um processo de desintoxicação, é que entra. Imaginem o que é alguém com consumos ativos entrar numa estrutura que tem mais 15, 20 pessoas lá dentro que não consomem, como tudo e tudo que nós sabemos pode acontecer, seja no termo da abstinência, seja no termo da droga ativa, porque não há aqui um trabalho prévio e isto também tem que ser trabalhado, não é que esta pessoa não seja vítima de violência, mas se calhar o primeiro problema a ser abordado é a questão de saúde, é a questão da desintoxicação e que depois trabalha sobre isto, porque senão isto também não vai funcionar, quer dizer, é cíclico, ela vai voltar, ela saiu porque levou “no focinho” desculpa a expressão, mas depois, se calhar passado um dia ela oferece-lhe a dose, ela já voltou, já está tudo. Pronto, é exatamente o que acontece nas relações sem consumos, mas é esta relação, e aqui a relação é bem mais tóxica, e se houver uma interdependência económica para obter o produto, é muito pior. E isto eu acho que as equipas têm de trabalhar mais em conjunto, não é fácil, e eu acho que os casos estão muito fechados sobre si próprios e sobre o seu mundo, e sobre aquilo que é sobrevivência. Autopromovem-se muito no tratamento, mas depois, a sério, eu sinto isto, eu sinto isto, autopromovem-se muito no tratamento, e bem, atenção, não estou com uma crítica sobre isto, mas depois falta esta parte, que é sair do seu mundo e perceber os outros mundos, e como é que estas inter-relações podem ser feitas em função do organismo, e este é sempre o problema que nós temos muitas e muitas vezes, é que não trabalhamos em função da pessoa que está à nossa frente, trabalhamos em função da nossa instituição, ou do nosso ego, ou do nosso qualquer coisa. E isto é complexo, porque colocar os técnicos a refletir-se sobre esta matéria é muito importante, é muito importante, é como quando falamos, e já tive algumas sessões em que tiveram colegas vozes, também sobre as questões da prostituição, associadas às drogas, e depois a legalização da prostituição, o que faria, já ouvi isto, o que faria com que as pessoas não consumissem. São as gavetas

onde nós nos sentimos mais confortáveis para nos instalarmos, e, portanto, estamos lá sossegadinhos e não pensamos que aquela gaveta é aquilo, e aquela gaveta é outra, temos que pensar um bocadinho mais além disso, e isso seria fundamental também pensar, e esta articulação poderia ser feita. Os técnicos conhecem-se, o que é curioso é que os técnicos conhecem-se, e é o que eu à bocado dizia, às vezes resolvem situações na informalidade, mas se calhar tem-se de passar a ter algo mais que a informalidade, porque muitas vezes tenho discussões, por exemplo, com a linha nacional de emergência social, que me ligam às vezes às 3 da manhã a dizer, tenho uma vítima que é toxicodependente e nenhuma estrutura a acolher, e muito bem, e não tem quem a acolher. Tu vais colocar uma pessoa que tem problema de violência, com certeza, não vou descurar isso, nem desvalorizar isso, mas que está com consumo ativo, como é que te queres colocar numa estrutura. Primeiro não têm competências para trabalhar com uma situação dessas, nem têm formação, nem pessoal para trabalhar com uma situação dessas, já perceberam a destabilização, mas lá está, é tentarmos, libertarmos nós do problema para causarmos o problema ao outro, sem pensarmos na situação conjunta, porque isto tem de ser uma resposta, naquele momento é uma resposta de saúde, ponto. Nem que passe por um treinamento compulsivo, para obrigar a alguma desintoxicação. Tem-se de pensar que, nesta relação, nós podemos estar a provocar um processo de maior exclusão, ao não acolher, mas o acolher significa que estamos a colocar em risco todas as outras comunidades que estão. E, portanto, onde é que ficamos? Qual é o valor que fazemos? Eu percebo as instituições quando dizem, não, não posso acolher, se estão com consumo ativo, não posso acolher. E eu percebo isso perfeitamente.

E: Claro. Estas mulheres acabam por ficar aqui num vazio. Vazio, sem resposta. Porque a saúde também não tem resposta.

e1: Exatamente, lá está, e nenhuma comunidade terapêutica, e eu pergunto muitas vezes, mas como é que uma comunidade terapêutica, que supostamente está habilitada a trabalhar com esta população, não percebe uma pessoa. E porque é que tem que ser uma estrutura de casa de acolhimento, que não está habituada a trabalhar com este tipo de problemática, que não sabe como lidar com a síndrome de abstinência, ou seja, uma comunidade terapêutica não percebe, que é especialista, que há aqui um problema de saúde. Sim, sim. Que querem quase obrigar, e é quase, meu Deus, que é um crime, porque não ocorre, desculpa, não pode ser.

E: Colocar a culpa no outro lado.

e1: Não pode ser. Depois já ouvi também, vamos criar casas de abrigos específicas para mulheres toxicodependentes. Vamos criar o que? Um processo de desintoxicação para mulheres? Vamos criar uma clínica, tipo que existe no antigo hospital de Matosinhos, no CRI, para fazer aquele processo prévio para depois entrar na comunidade terapêutica? Não sei se é a solução, sinceramente, não sei se é a solução.

E: Eu também não acho que seja a solução, na minha opinião. Mas cria até um estigma, não é? Casas de abrigos para todas as especificidades seria pior. Portanto, uma das questões era esta que já fomos falando, que é que em Portugal não tem sido muito falada a intervenção técnica CAD e violência doméstica, e a articulação, porque é que não temos falado?

e1: Sem qualquer paixão, eu acho que nunca ninguém refletiu sobre isso. Primeiro ponto. E segundo, acho que é muito mais confortável cada um estar na sua casinha, e, portanto, não vale a pena chatear-nos. Só quando acontece uma situação é que se fala. É como te digo, nunca vi, porque repara a evidência é importante para se tomar alguma ação, até do ponto de vista de medida política.

E: Pois, era a minha próxima questão.

e1: E tu não tens evidência. Nós não sabemos quantas vítimas com consumos existem. Primeiro, não é uma pergunta que se possa fazer objetivamente, mas que vocês, conseguem saber. Porque acompanham, sabem. E, portanto, até essa evidência era fundamental saber-se para percebermos o universo. E percebermos do que é que estamos a falar. Estamos a falar de 5? Estamos a falar de 5 mil? Estamos a falar de quê? No universo de quem consome, quem é que tem esta problemática associada? E perceber se a problemática está associada intimamente ao consumo, ou se está associada a outros fenómenos também, de exclusão e de vulnerabilidade, que aquelas pessoas que estão mais vulneráveis ainda por si e levam a que isso aconteça. Isto não existe, pelo menos que eu conheça.

E: Não, eles estão agora a fazer, que é o Interleave. Existem uns dados da Europa, e eles estão a tentar agora passar aqui uns inquéritos em Portugal, que já estão a começar, para tentar-nos ter esse número mais...

e1: Aqui consegues fazer uma definição certa de política e de uma interação que passa certamente numa boa, e nós, a área, temos uma excelente relação com a saúde,

portanto, se calhar nunca se pensou nisto, percebes? Se calhar nunca se pensou... Pensa-se na consequência, não se pensa... antes. Só se lembra da Santa Bárbara, quando troveja, como se costuma dizer... Portanto, não há esta ligação, não é? Eu nunca lembro, trabalho nisto há 27 anos, já vi coisas soltas de vez em quando, mas nunca vi nada consistente, nem de um lado, nem do outro. Nem de um lado, nem do outro, numa preocupação de tentar perceber isto. A não ser nestes pequenos epifenómenos que acontecem, que têm a ver com a proteção daquela pessoa em função da sua condição. Isto é o que acontece.

E: A saúde, no geral, também nunca olhou muito para as mulheres, não é? Começa agora, devagarinho, a saúde no geral, e agora, até os sinais de AVCs são diferentes entre homens e mulheres, e nós andávamos, não sei quantos anos, a achar que os sinais eram iguais.

e1: E a mulher nunca tinham AVCs. Tinha aquelas coisas gajas, as que iam lá as mulheres dizer que o doía a cabeça, que doía o ombro, que o doía o coração, estava nervosa, correu mal o dia, não é?

E: Só agora, em alguns sítios, é que se começa a olhar para a mulher de uma forma diferente, mesmo em relação aos atendimentos e tudo mais, porque as mulheres chegam em muito menor número, não é? Claro, historicamente, obviamente, os consumos não são só na via pública, demoram mais tempo para chegar ao tratamento, tudo bem. Mas a verdade é que nós não estamos a conseguir chegar a estas mulheres, nem mantê-las no tratamento.

e1: Aquilo que dizias há bocado, um homem que tem um problema de toxicod dependência e tem a mulher, tem o apoio, e ela acompanha, procura fazer parte da solução e ao contrário, isso não existe.

E: Aliás, nas mulheres que eu estive a ver na base de dados, a maior parte dos números de referência são femininos e os utentes são masculinos, ou seja, a maior parte dos homens dá como número de telefone de referência mulheres e mães. Os números de referência, se fizermos uma triagem na base de dados, são quase tudo mulheres, o tratamento é quase tudo homens.

e1: É a cuidadora, continua a ser a cuidadora.

E: Que importância atribui, no fundo, a esta articulação mais próxima entre os CAD?

e1: Eu acho que é super importante, tudo o que seja articulação, eu sou um grande defensor das redes, das articulações, que as pessoas consigam, seja formal ou informalmente, conseguirem, perante um problema, conseguir encontrar soluções

comuns que melhor informem a necessidade daquela pessoa. Para mim, isto é fundamental do ponto de vista da intervenção, é assim que eu vejo a intervenção, comunitária, essencialmente. Portanto, acho que temos que sair das nossas cápsulas e termos a capacidade de refletirmos sobre as nossas práticas, que esse é o defeito que nós temos, porque nós depois fechamos e depois, mesmo quando estamos a falar, ou estamos num grupo e estamos a falar, temos uma tendência de auto protetiva da nossa área. Não pode, para alguma coisa avançar, não podemos estar numa posição auto protetiva, temos de estar numa posição de disponibilidade de ouvir e de analisar e construir, ou seja, a crítica que o DICAD, que o pessoal que trabalha nas drogas, tem para a área da violência, como da área da violência para o pessoal das drogas, têm que se sentar numa mesa e ter estas críticas de forma aberta e construtiva, não defensiva, porque este é outro problema que nós temos, nós temos muita dificuldade em assumirmos o nosso erro, erro que não é propositado, mas o erro de que não poderá não ser assim. Isto é muito difícil, colocamos numa posição defensiva e isto é o pior que pode acontecer, e não é para nós, para nós com certeza também que nos incomoda, mas é para o resultado, e este é sempre o problema. Portanto, eu acho que isto era essencial, que se conseguisse aqui criar um projeto piloto, uma coisa qualquer, mas pode ser a nível da cidade, por exemplo, a nível da cidade do Porto, porque é que não sentam as instituições trabalham na área da violência, com DICADs e vão discutir, sempre as relações de poder, e depois é outro problema, as relações de poder, e alguém que vem, eu já sou professor doutor, e tal, e portanto vou... Conheço alguns lá da tua área, e é muito complicado. Admiro muito o Júlio Roque, que trabalha nas nossas áreas, e tem muito esta perspetiva de trabalho humanitário, de procurar encontrar soluções em função daquela pessoa, e não em função do que quer que seja, mas pronto, não são todos Júlio Roques, pela perceção que eu tenho do trabalho dele e do que ele faz. E é complexo, mas passa-se aí, passa muito por aí, isto que estávamos a falar da questão da cidade do Porto, parece que há barreiras, e depois nem esta questão entre a Câmara, a questão política, e depois vêm DICADS e não sei o quê. Não faz sentido, até não faz sentido para ninguém, melhor, faz sentido para quem se aproveita desta situação, para apanhar as fragilidades e continuar a fazer o que faz, porque as perspetivas podem ser diferentes de intervenção, agora, é importante é sentarem-se sua mesa, sem preconceitos logo na cabeça, e sem ideias completamente, podem ter as ideias, mas que sejam disponíveis para discutir as formas de intervenção, e

não ir logo com modelos, isto é assim, e nós fazemos assim, e mais nada, porque há perspectivas diferentes, a cidade tem uma perspectiva do coletivo e de proteção da cidade, de todos e de todas, e o DICAD se calhar, está preocupado apenas com a questão das drogas. Tem que se olhar o todo, não me choca que haja, de alguma forma, alguma sanção, para que não pareça que numa escola primária, tenha pessoas a consumir em frente e a dar um exemplo completamente errado àquelas crianças. Tem que haver aqui alguma medida, no meio disto tudo, que possa permitir que isto esteja afastado, pela força, não sou apologista da força, mas tem que haver um trabalho aqui, qualquer que é necessário fazer.

E: Sim, em relação a isto, acho que tinha que ser uma coisa gerada, não só nas escolas primárias da Foz, mas por exemplo, em quase todos os bairros. Em todo lado.

e1: Seja no Cerco, seja na Pasteleira, seja na Foz. Agora, a Foz tem uma pressão, se calhar, política diferente e que se calhar faz acontecer de forma diferente, faz impor a sua vontade de forma diferente, mas isto também cabe, lá está, quem trabalha na intervenção comunitária tem que fazer com que estas vozes, que não têm esse poder, possam tê-lo também.

E: Claro, sim. O modelo dos CADs já foi há 20 anos, e parece que parou. É incrível, somos inovadores. Há 20 anos queríamos dizer que somos incríveis.

e1: Exatamente, e dormimos à sombra da bandeira. E temos muitas certezas e poucas dúvidas.

E: É isso, paramos completamente. E há 20 anos, mesmo a nível do tratamento, há 20 anos era outra questão, era a heroína que estava. A heroína tinha uma percentagem muito menor. Subiu agora com a pandemia, mas de qualquer forma é muito menor, mesmo os utentes que temos são muito diferentes, há 20 anos atrás e o modelo tem que se adaptar. A última pergunta, já falou um pouco do projeto piloto, mas que outras teria assim, ou ideias para esta articulação?

e1: Eu acho que a articulação se faz fazendo acontecer, e, portanto, tem que haver vontade de ambas as partes para estar, para sentar e refletirmos sobre isso, e tentarmos encontrar aqui alguma solução, não sei qual, sinceramente não sei qual é, não faço a mais pálida ideia qual possa ser. Eu acho que não pode ser desgarrada, e acima de tudo não pode ser desresponsabilizada, a violência não pode dizer, eu desresponsabilizo-me porque está com consumos ativos, e isto não é um problema meu, como o DICAD, não pode querer

impor que é um problema de violência, portanto não é um problema meu, não. Há aqui responsabilidades comuns na tentativa de encontrar a melhor solução, e tem de se ver qual é o melhor. Encontrar o melhor modelo para a intervenção com este tipo de população, qual é? E isso é o one million dollar question, diria eu, que é a que nós não sabemos, mas pronto, é por aí, acho eu, acho que é por aí.

E: Muito obrigada.

Anexo 4

Entrevista 2

E: Estou neste momento a realizar uma investigação no âmbito do mestrado em intervenção comunitária na Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. A investigação assume como objetivo central aferir as interseções entre os serviços de proximidade da comunidade das saúdes, comportamentos aditivos e dependências e os serviços da rede nacional de vítimas de violência doméstica. Neste sentido, gostaria de entrevistar sobre o tema, aqui como profissional na área dos CAD. Tendo em conta que a violência doméstica abrange todos os atos de violência física, sexual, psicológica ou económica que ocorrem na família ou unidade doméstica, entre cônjuges, cônjuges, companheiros e ex-companheiros, quer o agressor coabite ou tenha coabitado com a vítima, como vê a vulnerabilidade entre as mulheres com comportamentos aditivos e este tipo de violência? Como é que vê a vulnerabilidade destas mulheres com comportamentos aditivos e esta violência, a violência doméstica?

e2: Em primeiro lugar, estão muito mais vulneráveis, muito mais expostas e muitas vezes até porque não conseguem perceber ou não têm a capacidade suficiente de perceber o que é que se entende por violência doméstica, e se um determinado comportamento é ou não violento, porque ele faz parte da sua prática cultural, da prática, digamos, da própria vida dos consumos é por si já violenta e portanto confunde-se e as próprias também confundem muitas vezes violência porque consomem, porque têm determinados comportamentos e atitudes para consumir e então nunca associam à questão da violência doméstica. Por outro lado, estas mulheres ao não perceberem, ao não compreenderem e ao não terem referência, pontos de referência diferenciados do seu status ou da sua situação social na pirâmide e na hierarquia da sociedade, portanto só se relacionam com mulheres idênticas, só têm pontos de referência de mães ou outras mulheres que sofreram o mesmo tipo de violência, vão interiorizando isto como uma coisa normal. Sendo que o facto de precisarem de consumir e terem esta dependência as torna mais premiáveis e mais recetivas a essa violência como uma consequência ou como um obstáculo a ultrapassar para consumir. Portanto, eu tenho que ficar com ele, eu tenho

que ficar nesta condição para ter alguém que me proteja. Normalmente as mulheres que consomem substâncias psicoativas também fazem trabalho sexual. Há aqui um cruzamento destas duas realidades de vários determinantes sociais de risco. Pobreza, exclusão social, trabalho sexual, consumo de substâncias psicoativas, violência doméstica, tudo isto no âmbito da pobreza, estes determinantes entrecruzam-se e potenciam-se mutuamente. Evidentemente que o gênero, sendo por si um determinante social da saúde que conduz e perpetua as situações de desigualdade, nestas circunstâncias e com a interrelação de todos estes fatores, vai agravar ainda mais a situação de desigualdade em que elas se encontram e, portanto, vai condicionar a sua percepção sobre aquilo que é ou não é, ser vítima de violência doméstica, violência de gênero, violência psicológica, todas são vítimas deste tipo de pressão psicológica.

E: Você considera que também é uma violência de gênero?

e2: Sim, sem dúvida, é violência de gênero, sendo que muitas vezes não é violência doméstica por uma razão, porque elas não estão no seio de uma família, normalmente são pessoas em situação de sem-abrigo, ou estão alojadas em casas de pessoas que a troco de algum benefício as deixam ficar e normalmente os benefícios são sexuais ou benefícios que têm a ver com serem correios de drogas, serem capeadoras, portanto são benefícios muito claros para a pessoa que normalmente é um homem, um homem que as protege ou que as deixa ficar, essa pessoa tem benefícios e, portanto, depois também sente-se no direito e exerce esse direito, esse direito que faz parte de uma mentalidade, de um paradigma da sociedade patriarcal, de que o homem o manda ou tem exceção sobre a mulher e, portanto, são vítimas de vários tipos de violência, mas não enquadraria, se calhar, isso na violência doméstica. É a violência de gênero, sem dúvida, e é tradutor da exposição à violência doméstica, provavelmente, de gerações passadas.

E: Portanto, considera que estas mulheres são mais vulneráveis quer à violência doméstica, pelo que disse, pela própria percepção que não têm da própria violência, mas, sobretudo, à violência de gênero, estão mais desprotegidas?

e2: Sim, sem dúvida.

E: Na sua opinião, as mulheres com comportamentos aditivos e dependências estão mais ou menos vulneráveis a este tipo de violência que falámos, do que as que não o usam? Estão mais ou menos vulneráveis as mulheres que não têm comportamentos aditivos e dependências?

e2: Estão muito mais vulneráveis, porque estas mulheres têm uma série de, vamos dizer assim, na área da saúde nós chamamos de comorbilidades, mas eu poderia dizer que há uma série de fatores de risco associados que as tornam mais vulneráveis, quais? São pessoas isoladas, saíram, normalmente saem de casa prematuramente, no início ou fim da adolescência, vai coincidindo com a idade dos consumos, muitas vezes também acabam por ser mães adolescentes, com um companheiro que consome, começam normalmente a consumir com o companheiro, andam normalmente invisíveis, o seu consumo fica invisível durante muitos anos, porque elas comportam-se de forma a corresponder ao estereótipo de gênero, nem que para isso utilizem substâncias psicoativas prescritas, medicamento prescritas nos cuidados primários de saúde, e esse é desde já um dos grandes problemas na identificação deste tipo de situação, porque essas prescrições, esses atendimentos acabam por mascarar o problema da dependência, sendo que as características, normalmente as mulheres têm uma capacidade enorme de adaptabilidade de uma forma mais invisível, correspondendo exatamente ao estereótipo que se preconiza para elas, e, portanto, a vida pública é sempre uma vida mais de aparência e menos de exposição. Então, só muito mais tarde, no contexto das drogas, é que elas se expõem, muito mais tarde, quando começam, no fundo, a necessitar, foram tão isoladas, foram abandonadas para toda a gente, e começam a necessitar de ter um sustento próprio para financiar os consumos. E aí, normalmente, elas aparecem nos serviços de saúde, seja nas equipas de proximidade, seja nos serviços públicos de saúde, é quando já estão numa condição de ter que lutar sozinha contra aquela situação. Quando elas aparecem com os companheiros nos serviços de saúde ou nas equipas de proximidade, ocorrem muitas vezes situações de desistência ou de obstaculização pela parte do companheiro, por exemplo, à ida para uma comunidade terapêutica, a manutenção de um tratamento para abstinência, e mesmo, diria que mesmo nas equipas de proximidade, quando há esse primeiro contacto, muitos deles também se opõem, os companheiros destas mulheres, porque esse primeiro contacto pode significar uma aproximação à rede nacional dos cuidados de saúde e, neste caso, no âmbito dos comportamentos aditivos. E, portanto, há sempre uma certa obstaculização, porque se ela deixar de consumir antes dele, ela vai deixar de fazer trabalho sexual, vai deixar de capear, vai deixar de fazer aquilo que faz, e ele vai deixar de ter o benefício de ter ali uma companheira que, no fundo, assiste os seus

consumos, não é? Assista ou providencia ou encontra, angaria dinheiro para os consumos também dele.

E: De acordo com a sua experiência profissional, quem é geralmente o ou a ofensor ou ofensora?

e2: Normalmente, o ofensor é sempre aquele que desempenha um gênero masculino, mesmo entre casais não binários, aquele que possa corresponder a um dos estereótipos que a sociedade preconizou é sempre o ofensor.

E: O que é que acha que leva a este tipo de violência? O que é que pode levar a este tipo de violência? Quer dizer, já foi falando, já fomos falando.

e2: Quer a violência do gênero, queira a violência doméstica, quer a violência sobre as mulheres ou a violência sobre pessoas supostamente mais frágeis, isto entendido dentro daquilo que é a sociedade patriarcal, é uma coisa ancestral, não é? E, portanto, no fundo, ainda não houve um romper com esse paradigma. Portanto, é uma coisa que se vai reproduzindo de família em família, de geração em geração e o facto de os estereótipos de gênero estarem tão manifestos na educação das pessoas, na cultura e na sociedade faz com que, muitas vezes, esse papel, a invisibilidade, a submissão, o ocupar um lugar mais privado na sociedade e não um lugar tão exposto, a ideia ou a representação que o trabalho tem, supostamente, para uma mulher nesta tal sociedade patriarcal é uma ideia secundária, a qual não deverá dar prioridade tudo isto, vai fazendo com que perpetua uma ideia de que ainda há, ou que existe, uma superioridade no facto de alguém ter um papel de género ou desempenhar um papel de género masculino.

E: Para além dos comportamentos aditivos e dependências, existem outros riscos de discriminação que tornam as mulheres particularmente vulneráveis a serem vítimas de violência doméstica e violência de género. Pode-me falar um pouco mais se acha que há outros, quer dizer, já foste falando das questões também da pobreza, para além de serem mulheres, de serem pobres, mas assim, algumas discriminações que possam colocar ainda mais estas mulheres vulneráveis para além dos comportamentos aditivos e das dependências e da pobreza, que já referiste.

e2: Sim, eu acho que do ponto de vista, vou até falar mais assim, do ponto de vista sociológico, societal, o próprio facto de outras mulheres não conseguirem identificar-se e colocar-se no papel de uma mulher que está socialmente tão distante de si, provoca e reproduz... Estou-me a lembrar aqui de uma coisa, que é uma questão que é culturalmente

aceita e que nos foi inculcada desde muito pequenos e que se reproduz, que as mulheres são muito educadas para trabalhar em competição umas com as outras, a mais bonita, a mais isto, a mais aquilo, a mais inteligente, a mais maternal, a mais dotada, enquanto que na educação dos rapazes se vê muito a questão do trabalho em equipa, dos jogos, da afinidade, etc... nas mulheres criam-se princesinhas, vamos um pouco influenciando a coisa como tu és, a mais bonita, a mais, e isto vai evidentemente ser ressignificado por elas. Podem não ser, muitas vezes nós mulheres não conseguimos ressignificar isso e portanto vivemos em competição, vivemos em disputa por um lugar, por ser a mais apreciada, a questão educacional claramente, o comportamento aditivo em si, o trabalho sexual, e depois outros fatores que eu acho que são mais psicoafectivos, que têm a ver com o facto de elas serem marginalizadas desde logo na própria família e estão isoladas, quando nós vemos nos estudos que fazemos no âmbito do comportamento aditivo, quando fazemos caracterizações e desagregamos dados por género, percebemos claramente que há uma diferença significativa entre o rompimento familiar da família com um homem toxicodependente e um rompimento familiar da família com uma mulher toxicodependente. Como já disse anteriormente, as mulheres toxicodependentes normalmente saem muito mais cheias de casa, porque as famílias não as suportam, não conseguem ajudá-las, não conseguem, no fundo, não aceitam esse comportamento, porque esse é um comportamento também historicamente masculinizado, e a história das drogas diz-nos isso mesmo, as primeiras mulheres que consumiram qualquer substância psicoativa em público, fumar, beber, ou que tiveram manifestação de prazer sexual em público, porque isto também tem tudo a ver com essa questão da objetificação sexual da mulher, foram sempre altamente reprovadas e foram quase que, muitas delas também acabaram por ser linchadas, pode não ser fisicamente, mas emocionalmente ou psicologicamente atacadas por toda a sociedade.

E: Portanto, a pobreza, a questão de ser mulher, a questão da própria percepção do género, a negação do prazer em ser mulher, assim mais alguma, também falaste da saúde mental?

e2: Sim, as questões da saúde mental, evidentemente que para cabermos num tal estereótipo tão apertadinho, muitas pessoas acabam por ter que fazer, como dizíamos, temos uma enorme capacidade adaptativa, e às vezes a adaptação faz-se à conta de muitos sacrifícios, diria emocionais e psico relacionais e afetivos etc.. isso evidentemente que

produz ou trará problemas precoces de saúde mental. Quando vamos ver também os estudos, verificamos que a depressão é uma das situações que aparece mais no âmbito da saúde mental, quando estamos a ver estudos sobre mulheres e comportamento adicto, depressão precoce, idade precoce, adolescência, prescrição de medicamentos no Serviço Nacional de Saúde, nos cuidados primários de saúde e a ausência, vamos dizer assim, de uma intervenção menos médica e mais de desenvolvimento pessoal, ou uma intervenção mesmo psicoterapêutica, isso também é uma coisa à qual raramente têm acesso.

E: De acordo com a tua experiência profissional, de que forma a relação entre o SICAD, comportamentos aditivos e dependências, e a violência sofrida pelas mulheres, tem sido equacionada ou tida em conta na intervenção técnica e profissional em Portugal? A relação entre o SICAD e a Rede Nacional de Violência Doméstica, tem sido equacionada em Portugal?

e2: Tem sido equacionada em fóruns muito restritos, ainda com pouca capacidade de abranger todos os técnicos ou de haver linhas de orientação para todos os técnicos que trabalham na área dos comportamentos adictos. Lembro-me que, e isto é uma história que eu gosto de contar porque acho que clarifica bem aquilo que eu quero dizer. Lembro-me que uma das primárias mulheres que eu atendi foi classificada perante mim, uma explicação cabal, muito hereditária e muito científica, como alguém com comportamento masculinizado. E isso acho que diz tudo, porque o que é ter um comportamento masculinizado? É ter um problema com a mãe, e ter um problema com a mãe é ser masculino ou é não querer corresponder aos estereótipos que aquela mãe pensou para mim? São questões que me foram surgindo ao longo dos tempos e sobre as quais fui pensando. Ainda hoje julgo que existe esse pensamento de uma forma transversal e eu diria que posso vê-lo, por exemplo, quando se faz uma abordagem sobre o tipo de clientes, por exemplo, de mulheres com comportamentos aditivos, com problemas de toxicod dependência. Com problemas de pobreza, com vários problemas associados, são vistas e são queridas dos seus clientes para trabalho sexual. E isso demonstra que a percepção que estes clientes têm é muito semelhante à percepção que a sociedade tem sobre este tipo de mulheres, que há mulheres que são para tudo e há outras que são só para algumas coisas. E os clientes sabem isso perfeitamente, portanto isto está absolutamente interiorizado no universo masculino dos clientes das mulheres que consomem drogas e fazem trabalho sexual. E é claro e evidente que muitos destes clientes fazem parte de

classes sociais muito distintas destas mulheres e têm vidas familiares. E muitos destes clientes abusam psicologicamente destas mulheres, quanto mais não seja pelo facto de quererem e obrigarem a fazer determinado número de serviços que não foram contratualizados e depois que não vão ser pagos. Portanto, isto é violência. Por exemplo, uma mulher, no outro dia contou-me, estava num jaguar com um cliente e contou-me que ele lhe pagou 2,30 euros por um ato sexual, por um sexo oral. 2,30 euros. E, portanto, isto é uma violência terrível e isto, por exemplo, elas percecionam. Percecionam que, umas sobre as outras, não quando estão na situação em si, mas quando estão fora, olhar para a situação fora, que isto é violento, que isto desqualifica-se enquanto trabalhadoras sexuais e que isto não pode acontecer. E depois começa a haver confusão e a haver disputa de território e a haver essa competitividade na rua e esse terrível mal-estar. E portanto, isto cria situações do género, comentários, mesmo entre técnicos, comentários do género, pois são mulheres, mulheres arranjam sempre confusão. E isso vai agravar ainda mais a situação em que elas estão.

E: E ao nível das políticas públicas, achas que esta intersecção entre o SICAD e os equipamentos de violência doméstica está presente nas políticas públicas?

e2: Então, eu acho que está presente nas grandes políticas públicas, nas grandes linhas de orientação. Está absolutamente claro que esta intersecção é importantíssima de trabalhar e tem havido formação inclusivamente de organismos públicos nesta área. No entanto, na prática dos técnicos e nas unidades em que se trabalha diretamente com estas pessoas, homens e mulheres com comportamento aditivo, isto é muito, muito, muito pouco operativo. Não há linhas de orientação, não há às vezes até uma visão clara do quão expostas à violência estas mulheres estão.

E: E ao nível da intervenção de base comunitária, de que forma é que tem vindo a ser tomada em conta esta relação entre o SICAD e a violência sugerida pelas mulheres? Achas que tem sido tomada em consideração na base comunitária? Nas associações?

e2: Eu acho que, curiosamente, acho que as associações de bairro, os serviços de proximidade, as carrinhas de saúde pública, as carrinhas de ação de danos no âmbito dos comportamentos aditivos têm mais instrumentos de trabalho e mais capacidade para intervir diretamente por questão onde as coisas acontecem também. E têm feito aquilo que é possível ser feito agora, claramente que é possível ser feito muito mais. E esse muito

mais que é possível ser feito, eu julgo que reside no âmbito da prevenção e também no âmbito da prevenção, que é a tua área, por acaso. E nós temos intervenções preventivas universais, seletivas e indicadas, e, portanto, as questões de género e os comportamentos aditivos também deveriam ter esses três níveis de intervenção. Na comunidade em geral, nas associações que trabalham especificamente com estas mulheres e, portanto, universal na comunidade, seletiva e depois indicada em situações onde já ocorreu, onde acontece essa violência e poderia ter também um cariz terapêutico, vamos dizer assim, e de apoio jurídico e de apoio social, mas para aquela pessoa ou para aquelas pessoas, especificamente, que já viveram essa situação.

E: Como é que vê a interação entre os serviços da SICAD e da Rede Nacional de Vítimas de Violência Doméstica nesta intervenção comunitária? Como é que vê esta interação? Existe? Está estruturada? Não se passa? São contatos informais? Não existe? A SICAD e as casas de acolhimento para vítimas de violência doméstica, os atendimentos?

e2: Não existe, ou melhor, existe, dependendo da pessoa, vou dizer assim, do técnico que está na situação em si. Poderá existir um ou outro protocolo muito antigo que eu não conheça, não posso dizer se existe ou não, porque eu não tenho conhecimento, mas não existe neste momento nada assim tão estrutural, ou um protocolo tão estruturado, não conheço nada, e quando acontecem as situações, quem tem conhecimento para agilizar essa relação, porque isso também não passa só por perceção, também tem que se ter conhecimento, tem que saber quem são, o que fazem, como é que podemos colaborar, tem que se fazer reuniões, tem que se trabalhar muito para conseguir depois fazer essas referenciações ou existir essa relação por relação àquela pessoa em concreto. Portanto, uma orientação chapéu eu diria que não existe, uma orientação pontual naquela situação existe, nós inclusivamente respondemos a situações de tribunal e outras situações relacionadas com estas mulheres e com as famílias onde elas vêm, ou lugares onde ocorrem situações de violência, mas, como disse, não há uma linha de orientação, provavelmente dois técnicos terão uma atitude diferente.

E: E não existindo, qual é a importância que atribui a uma articulação mais próxima dos serviços da SICAD e da rede nacional de violência de morte?

e2: Sim, eu acho que tem uma importância primordial. Um dos grandes objetivos de desenvolvimento é precisamente a questão da igualdade de género. Várias políticas em Portugal, vários ministérios têm nas suas linhas de intervenção e nos seus planos

estratégicos a questão da igualdade de género, tal como tem o SICAD e o Ministério da Saúde. O que falha aqui talvez seja a operacionalização desses objetivos em cascata até ao local onde ocorrem as interações com essas pessoas, onde ocorre o real trabalho, que é sempre na proximidade, seja ela um serviço público, uma IPSS ou uma equipa de rua ou uma associação de bairro. Eu acho que o que falta é fazer essa articulação e para isso seria necessário imenso investimento na formação e imenso investimento no apoio técnico às instituições e na consultoria às instituições que trabalham em cada território e que trabalham na proximidade com essas pessoas.

E: Então, sendo assim, se pudesse fazer alguma coisa, alguma alteração para esta interação, o que é que sugere? Para além da formação, não é? O que é que sugere mais para haver uma articulação maior entre Cade e a Rede Nacional de apoio a vítimas de violência doméstica?

e2: Olha, a formação, de facto, eu acho que é a primeira coisa. Quando estamos a falar a formação, quando estamos a falar de formação, estamos a falar de formação a todos os técnicos de várias áreas de intervenção. Se nós não conseguimos dividir uma pessoa em partes, não é? Portanto, a pessoa é sempre a mesma, vai ao médico de família ou vai à assistencial num CRI, no Centro de Respostas Integradas, ou vai ao psiquiatra no Hospital de São João ou no Magalhães Lemos, portanto, em diferentes instituições. E uma das coisas mais importantes era que a questão da igualdade de género e tudo o que ela pressupõe fosse ou estivesse no mainstream, toda a gente dominasse o conceito mais ou menos da mesma maneira. Quando eu digo mais ou menos é porque, de facto, há gerações muito dispare a trabalhar e, provavelmente, isso não seria possível e poderia ser uma utopia. Mas nós sabemos claramente o que é que é violar um direito humano. Todas as pessoas, a partir dos direitos universais, conseguiriam perceber, em cascata até à questão do género e, podíamos dizer, em cascata até à questão das crianças, conseguiriam perceber o que é que é violar um direito de alguém. E, portanto, para além da formação, como eu disse, acho que seria necessário estabelecer protocolos de entendimento sobre o conceito, o que é que é violência, o que é violência doméstica, o que é violência de género e porquê que estes dois conceitos são indissociáveis. Porque é a propósito da violência de género que vem a violência doméstica ou é a propósito da violência doméstica que vem? Não, não é? Portanto, temos que compreender como é que as coisas ocorrem. É a violência de género que leva à violência doméstica e, na maior parte dos casos em

Portugal. Ainda que haja violência doméstica, portanto, ainda que haja homens, também vive-se a violência doméstica. Não é a violência de todos os géneros?

E: Claro, existem, apesar da violência doméstica existir algum número ainda de homens vítimas, a violência doméstica é, no geral, em Portugal, uma violência de género.

e2: Exatamente, é a violência de género. E continuará a ser, enquanto continuarmos a educar as nossas filhas e os nossos filhos para desempenharem o papel relacionado com estereótipos, com estereótipos de há séculos e séculos.

E: Portanto, a tua proposta era formação, educação?

e2: Formação, educação, consultoria e apoio técnico.

E: E o que falavas inicialmente que eram as guidelines, não é?

e2: Sim, as guidelines de uma intervenção que tivesse em linha de conta as questões de género e a igualdade de direitos entre homens e mulheres e outros.

E: Muito obrigada!

e2: De nada.

Anexo 5

Entrevista 3

E: Tendo em conta que a violência doméstica abrange todos os atos de violência física, sexual, psicológica ou económica que ocorrem na família ou na unidade doméstica, ou entre os cônjugues e ex-cônjuges, ou entre companheiros e ex-companheiros, quer o agressor coabita ou tenha coabitado, ou não, com a vítima, como vê a vulnerabilidade entre as mulheres que usam drogas a este tipo de violência?

e3: Isso é muito grande.

E: Pois é, só que o que é que acontece?

e3: Bem, eu acho que elas estão extremamente vulneráveis porque são as mal comportadas. Não cumprem com o papel que é esperado, basta isso. Não só não cumprem como estão nos antípodas desse papel esperado. Desde logo ficam, acho que ficam sozinhas muito mais cedo. Chegam com o estigma da suposta prostituição para além dos estigmas das drogas ou do álcool. Mas sobretudo no caso das consumidoras ilícitas, há um pressuposto de que já se prostituíam. E elas próprias assumem isso. Na comunidade terapêutica notava-se a preocupação em virem dizer que não eram dessas, sempre que estavam em situação pública, em contexto de grupos, com os colegas todos. Não estou a falar de atendimentos individualizados. Até porque o facto de muitas vezes, o facto de terem recorrido à prostituição algumas vezes não fazia com que muitas delas sentissem que tivessem sido prostitutas. Porque foram episódios fora da linha que elas próprias aceitam para a vida delas.

E: Sim, foram episódios.

e3: Claro que generalizar é sempre complicado. Estou a falar das impressões que eu tenho das pessoas que conheci. E as impressões que eu tenho são essas. Uma necessidade muito grande de se distanciarem da ideia da prostituição. De se fazerem respeitar, nesse sentido, de querer demonstrar de alguma maneira que os homens que ali estão não podem tratá-las como se elas fossem mulheres que se prostituíram. E isso é um fator de vulnerabilidade muito grande. Porque também há a ideia de que quem se prostituiu tem um corpo público

que pode ser usado a qualquer hora e a qualquer momento. Eu acho que elas sentiam uma necessidade muito grande de se distanciarem dessa ideia, dessa possibilidade.

E: A segunda pergunta é similar num sentido mais relacionado com a violência de género. Assumindo que a violência de género é uma violência contra a pessoa tendo em conta o seu género, a identidade de género ou a expressão de género desta pessoa e que afeta um género desproporcionalmente. Considera exatamente o mesmo ao nível da vulnerabilidade destas mulheres, mas agora em relação à violência de género?

e3: Bem, eu fico a achar, mas é que já falei de violência de género.

E: Pois, as duas, não é? Olhando para a violência doméstica e porque maioritário... Ai, não posso dizer.

e3: Pronto, não digas.

E: Não posso.

e3: Deixa-me só então corrigir-me. Eu acho que aquilo de que estive a falar então se calhar foi de violência de género e não de violência doméstica.

E: Sim, a violência de género tem esta questão da expressão, a violência doméstica não tem... Quanto à expressão de género, a violência doméstica não tem a questão de género em si, sendo que sabemos que em Portugal a violência doméstica o agressor ainda é maioritariamente masculino sobre o sexo feminino. Mas esta questão da prostituição se calhar é mais uma questão de género ou vulnerabilidade agarrada.

e3: Sim, porque se for a pensar no que se passa nestes casos, aliás, eu comecei logo por dizer que elas são muito mais sozinhas, ou seja, as das substâncias ilícitas aparecem muito mais sem companheiro, sem maridos...

E: Pois, portanto, mais a violência de género no fundo, respondeste primeiro a esta.

e3: Muito mais a violência de género que a violência doméstica. Em termos de violência doméstica, vou tentar voltar à primeira. Deixa-me pensar... Eu só as vejo sozinhas, sinceramente. Com histórias, claro. Com histórias de parceiros, de consumos em conjunto, etc. Mas vejo-as muito mais sozinhas. Enquanto que os homens não. Aparecem lá com as suas esposas ou com as suas mães ou com os seus pais. Elas muito mais sozinhas, a ter que ser necessário, porque é preciso haver sempre uma pessoa familiar ou uma pessoa de referência, seja familiar ou não. Mas mesmo a nível dos progenitores, também muito mais ausentes. Muito mais. E com as tais histórias de violência, sim.

E: Então, na tua opinião, as mulheres que usam drogas estão mais ou menos vulneráveis à violência do que aquelas que não usam drogas?

e3: Aquelas que estão mais... Costuma-se falar em duplo estigma, não é? O estigma de ser mulher, o estigma de ser mulher com drogas, aquilo por cima. Mas com o álcool isso também acontece. Também acontece o duplo estigma, claro, com o álcool. Curiosamente, as do álcool apareciam mais vezes com maridos. Com maridos, assim, preponderantes, sabes como é que eu hei de dizer? Controladores.

E: Ok. De acordo com a tua experiência, dirias, de todos esses casais que foram chegando à comunidade, alguns com essas histórias de violência, qual é o género de ofensor mais vezes visto na comunidade?

e3: Sempre, sempre eles. Os ofensores são os homens.

E: No geral, sempre.

e3: No geral, nunca me cruzei com outros casos, não é? Com outras situações.

E: E o que leva a este tipo de violência, a violência de género? Quer dizer, já foste dizendo um pouco, não é? A questão do estigma de ser mulher e transgressora.

e3: O que leva é o machismo. Já se sabe. Agora, tentando assim descer para o particular... Tentando descer para o particular, é maneira depois, como se revela em cada pessoa, em cada unidade familiar, em cada unidade de relacionamento, como se reflete a desobediência e estes papéis de género que são esperados. Não há nada mais oposto a uma mulher convencional do que uma... vou chamar como se costumava dizer, do que uma toxicodependente. São todas as ilegalidades e mais alguma ali reunidas naquela pessoa. Ilegalidades mesmo no que diz respeito à lei e não cumprimento de outras atitudes, papéis que são expectáveis nas mulheres.

E: Para além do uso das drogas, existem outros riscos de discriminação que tornam as mulheres particularmente vulneráveis a serem vítimas de violência doméstica ou violência de género? Acredita? Pode-me falar um pouco sobre... Outros fatores? Outros fatores, outros riscos de discriminação?

e3: Sim. Para além do uso das drogas. Não ser uma mãe extremosa. Não ser uma mulher que põe à frente de tudo a família. O seu homem, os seus filhos. Disputar funções que não são as funções domésticas. Recusar-se a passar as camisas do marido. Estou-me a rir, mas são situações concretas. Recusar-se a passar as camisas do marido, por incrível que pareça, no século XXI.

E: Que mais questões de discriminação podem estar que deixem as mulheres mais vulneráveis? Para além do uso das drogas. Outro tipo de discriminação.

e3: O uso de álcool também. Se pensarmos em álcool como um estatuto diferente das drogas. Embora eu acho que já disse há bocadinho que as que apareciam com problemas de álcool muitas vezes vinham o marido, não é? Até como a pessoa que incentivava, quase que obrigava a fazer o tratamento. Mas com uma vigilância muito grande do comportamento delas lá dentro. Porque aquilo era uma casa com homens e mulheres, com muito mais homens do que mulheres. Com uma vigilância muito grande. E com dificuldades que nós tínhamos muitas vezes de conseguir que elas continuassem a fazer o seu tratamento, quando havia alguma coisa que não lhes interessava assim muito, que observavam ou que achavam que observavam das dinâmicas entre as pessoas que lá estavam internadas. Portanto, mesmo esta coisa de ter direito a ser tratada, ter direito a procurar ajuda para um problema que ali é tido como um problema de saúde, mesmo isso fica posto em questão. Posto aos maridos. Quando os maridos existem, como aconteceu no caso das mulheres com problemas com o álcool.

E: E para além de ser mulher e de usar drogas, assim mais alguma questão de discriminação que possa ainda tornar mais vulnerável a situação.

e3: Tivemos lá algumas com problemas mentais. Mas os problemas mentais eram mais acarinhados. Mais coitadinha, mais pobrezinha, que ela não sabe o que faz. Claro que isto também é discriminatório. Mas não era uma discriminação em que eu visse a violência de uma maneira tão evidente como nos casos de álcool e de substâncias ilícitas.

E: Mas as questões de saúde mental podiam nas pôr mais vulneráveis?

e3: Sim, claro. Menos donas a si próprias, mais sujeitas às decisões alheias, menos voz naquilo que acontece.

E: De acordo com a sua experiência profissional, de que forma a relação entre o uso de drogas, comportamentos aditivos e dependências, e a violência sofrida pelas mulheres, tem sido questionada na intervenção técnica e profissional em Portugal?

e3: Oficialmente, eu acho que nada. Embora, claro, se calhar estou a ser um bocadinho exigente demais. Até porque é verdade que desde sempre existiu aquilo que estávamos a falar com o gravador desligado. O QIAM, que existia num centro de atendimento a toxicólogos dependentes, existia uma violência de atendimento a mulheres, especificamente também para os problemas da mulher, muito ligada à questão também

da saúde, como fazer os Papa Nicolau, os controles das doenças, etc. Mas que também tinha essa vantagem de elas não terem que se cruzar com eles, etc. Portanto, se formos a ver, ok, até havia uma estrutura específica para as mulheres, aqui no Porto, que foi uma coisa que não foi generalizada para o país todo. Desde logo isso, não era algo generalizado. Mas o que acontecia na comunidade terapêutica era que os problemas às vezes eram tão difíceis e tão grandes que eu chegava a preferir que houvesse uma comunidade só para mulheres, ou que aquela comunidade passasse a ser só para homens, pouco importa. Mas separaram-se os géneros. E o argumento era sempre não, porque todas as pessoas têm direito. Portanto, esta ideia de afirmar o direito como se à partida não houvesse nenhum desvio, como se fosse neutro o acesso, não é? Que não é neutro. Mas a ideia de que estar só para homens ou só para mulheres era estar a privilegiar um dos sexos, que era o argumento sempre que era dado. E havia problemas muito grandes de colocar homens e mulheres juntos numa casa pequena e que é muito fácil de criar essas estruturas de poder, mesmo que as pessoas, claro, estão a viver, que inevitavelmente põe as mulheres sempre em desvantagem.

E: E ao nível das políticas públicas, considera que esta relação está presente?

e3: As políticas públicas, em geral...

E: Em geral, as políticas públicas têm esta relação presente?

e3: Tanto quando parece, não. Então nas políticas de saúde ainda menos.

E: E ao nível da intervenção de base comunitária, de que forma tem sido tomada esta relação entre os comportamentos aditivos e a violência sofrida pelas mulheres? Portanto, falamos da sua experiência profissional, das políticas públicas e de base comunitária, haverá esta relação?

e3: Nem estou a perceber muito bem a que é que se refere quando fala em base comunitária.

E: A associações que estão dentro da comunidade que não estão ligadas ao Estado, à saúde ou à violência doméstica, IPSS...

e3: Sim, bem, eu fiz parte da APF, é aquela que eu conheço melhor, e acho que tinha uma função muito meritória nessa relação entre... Quer dizer, aquela ideia da consulta para jovens que foi criada, durante bastantes anos fiz essa consulta, não se chama consulta, é um atendimento a jovens nos anos 90. Era procurado por raparigas, sobretudo. Foi muito, muito raro ter rapazes. Claro que isto também diz alguma coisa negativa, não é?

E: Claro.

e3: Mas o certo é que pelo menos havia ali um espaço que era de fácil acesso e que as raparigas podiam aceder com muito à vontade.

E: E continua a funcionar?

e3: Eu não sei se essa consulta continua a existir, sinceramente não sei.

E: Como é que vê a interação entre os serviços da DICAD ou SICAD com os serviços da Rede Nacional de Violência Doméstica? Se existe ou não? Será que existe?

e3: Não conheço.

E: Se não sabendo ou não conhecendo, qual é a importância que atribui a uma articulação mais próxima entre o serviço dos SICAD com a Rede Nacional de Violência Doméstica? Portanto, não só casas abrigo, como os atendimentos as consultas, quer as jovens, quer as mães.

e3: Tinha que ser digital, não é? Tinha que ser com a saúde mental, tinha que ser com outras áreas. Acho que o SICAD, no seu programa de formação, demonstra alguma preocupação. Eu tive a oportunidade de fazer formação em igualdade de género em saída do programa de formação do SICAD. Agora, para além da questão da formação, não conheço, por exemplo, nenhuma carta com procedimentos para as instituições, por exemplo. Acho que fazia falta.

E: Se pudesse fazer alguma alteração dessa interação, o que surgiria?

e3: Por exemplo, algo escrito que desse orientações aos serviços e aos técnicos com os quais trabalham e que reflète isso, essa política em favor da igualdade de género.

E: Muito obrigada. Tem mais alguma sugestão que quisesse fazer para a alteração desta interação?

e3: Assim de repente, não. Era muito comum acabar a existir envolvimento sexuais ou não sexuais ou amorosos, aparentemente, ou tanto quando sabemos sem sexo, tanto quando sabemos que também não andávamos a vigiar, não andávamos acima deles a ver o que acontecia. Interessávamos mais perceber aquilo a que se chamava de uma cumplicidade negativas, depois dava-se assim estes nomes, ou seja, uma cumplicidade, o que é que era negativa? Eu costumava dizer, bem, cumplicidade, logo à partida, da maneira como é entendida aqui, está a ser entendida como negativa, porque uma cumplicidade dentro do tratamento, que é um tratamento em que se põe em comum muita coisa, uma cumplicidade entre duas pessoas que estão a ser tratadas, é algo que está a

acontecer à parte do tratamento. Portanto, a maneira como o tratamento estava concebido, não havia outra maneira de considerar as cumplicidades, senão como negativas, mas isto é só um à parte. Para explicar também que dava-se o mesmo nome a tudo, houvesse ou não houvesse sexo envolvido, não é? O que é interessante era perceber que havia pessoas que estavam ali mais focadas uma na outra do que propriamente no objetivo...

E: Do tratamento

e3: Sim, de conseguirem alterar alguma coisa, e é muito a respeito aos seus consumos, ou ao que resultava lá, não só da sua vida que resultava nos consumos. E, portanto, isto para dizer que era muito comum e até me parece não só normal, aceitável, mas se calhar até desejável fora daquele contexto, não é? Pessoas encontrarem coisas em comum umas com as outras, o que é bom, não é? Encontrar amizade, encontrar afeto, etc. Mas pronto, obviamente não era desejável nesse contexto. E isto trazia o problema suplementar, nomeadamente no caso das senhoras que tinham parceiros. E recordo-me, em concreto, o caso concreto que eu estava a pensar, que achei uma coisa super violenta. Uma mulher, ela já estava aí nos 50, tinha um belíssimo cabelo grisalho grande, uma pessoa com pouca escolaridade, abuso de álcool, portanto aquilo era o calótipo da mulher alcoólica, pobre, etc. E que se envolveu com um rapaz lá. E o marido apercebeu-se e num dos fins de semana em que isto tudo tinha acontecido, a seguir a tudo isto ter acontecido, ela foi de fim de semana então a casa e voltou com o cabelo cortado pequenininho. Por sugestão do marido, que a levou ao cabeleireiro. Levou-a ao cabeleireiro e cortou-lhe o cabelo pequenininho. Aquilo pareceu-me uma mutilação. Não sei se entendes, não é que eu acho que as mulheres tenham que ter cabelo comprido, bonito, longo ou nada.

E: Não, mas foi a intenção. Mas foi a intenção dele. Foi um castigo.

e3: Foi um castigo por causa dela ser envolvida com outro.

E: Aliás, é um dos castigos que historicamente se fazem às mulheres.

e3: Exatamente. Ainda por cima remete para o agoníssimo da infância e outras situações assim, não é? E a idade média.

E: Exatamente.

e3: Muito mal. Bom... Isto a propósito do caso concreto que eu estava a lembrar-me.

E: Perfeito.

Anexo 6

Entrevista 4

E: E a ideia do mestrado surge disso, que era tentar perceber quais são as interseções aqui entre a saúde, a DICAD e a saúde, com a rede nacional de apoio a vítimas de violência doméstica. E tenho feito aqui algumas entrevistas aos colegas da DICAD, também já fiz aos colegas da CIG. Pronto, é uma entrevista muito curtinha e queria obviamente aqui a sua opinião também sobre estas questões.

e4: Se calhar dados eu não terei, portanto é um bocadinho empírico. Porque neste momento o único instrumento que temos de recolha desse âmbito, por acaso, nem sei se tenho, mas posso confirmar, eu acho, porque agora deu-me uma branca de repente, nós temos um instrumento que é recente e que ainda tem pouco atenção pelos profissionais de saúde. Temos cerca de 3 anos, 3 anos não, 2 anos e meio e 600, 700 entradas, portanto é pouco, não é? Estamos a falar de milhões de contactos por ano, em que o SNS tem certeza que detetaria muito mais violência, portanto. Também há aqui uma série de outros obstáculos que têm a ver com os profissionais, muitas vezes até detetam, mas depois não registam para não se comprometerem, eu não posso dizer isto, mas sabemos que isto acontece. Mas a verdade é que aquilo que eu sinto um bocadinho é que, e também da minha experiência, eu tive pelo menos duas situações assim, de repente estou-me a lembrar delas, de pessoas que uma tinha um alcoolismo gravíssimo e outra tinha uma toxicod dependência, aliás 3 jovens, eu estava-me a lembrar de muitas mais. A verdade é que se a violência doméstica é relativamente desvalorizada ou não abordada nos serviços, com consumos ainda mais. Ou seja, é quase como se, se calhar estou-me a ser um bocadinho injusta, mas põe-se ajeito. Porque também está a ver que ele também perde estribeiros, por exemplo. Portanto, eu acho que legitima um bocadinho nestas questões que ainda roçam muito o estereótipo de género e as desigualdades. Eu acho que ainda há muito esta questão. E eu acho que dos consumos de uma maneira geral, até, e também por isso é que começámos agora o contacto com o DICAD, há aqui dois aspetos. Um que

é, o que eu sinto é que os consumos são muitas vezes um escape para situações de vitimização ou trauma, progressos. Ou seja, o consumo em si, de muitas famílias que acompanhei, não tenho dados, como os consumos eram de facto escapatório, não é? Estratégia de comprimo não adaptativa que a pessoa utiliza. Não é o problema em si. E eu acho que enquanto trabalharmos somente no comportamento em si, no comportamento aditivo, sem explorar as outras questões mais emocionais, mais de história de vida, não vamos muito longe. Eu tenho uma base teórica, bom, um bocadinho complicada porque eu venho de área cognitiva ou comportamental, base académica, mas depois o meu percurso profissional vai muito pela compreensão sistémica e psicanalítica também. Psicanalítica no contacto individual com os utentes, não sou psicanalista, mas depois na abordagem de que estas questões têm que transcender também à abordagem individual, porque nós nunca vamos conseguir mitigar os efeitos da violência e preveni-la. E, portanto, eu acho que, estava eu a dizer então, que eu acho que há esta questão de não ser valorizado os consumos, agora perdi-me na segunda, mas é por isso que eu acho que era importante para nós, também quanto programa da violência, podermos estabelecer esta ligação com o DICAD. Já sei o que é que eu ia dizer, também é uma coisa aqui um bocadinho que nós sentíamos na prática, é que há pouca articulação entre os serviços do DICAD e os cuidados subprimários e aqui em particular com as nossas equipas. E aquilo que as nossas equipas queixam, que obviamente também deve haver muitas queixas às nossas equipas, eu sou muito correta, acho que as coisas têm que ser vistas como são. A verdade é que eu entendo as questões terapêuticas, em que fecham a informação, porque está em causa a reabilitação de alguém e não a punição de alguém, entendo isso tudo, mas a verdade que me preocupa é as crianças que estão envolvidas nesses agregados e que muitas vezes quase que são vistas como coterapeutas dos pais, ou seja, porque se se retirar as crianças naquele momento, que às vezes até era uma questão que desestimava, infelizmente, porque obviamente temos na base uma questão de saúde, mas também temos que olhar para a criança, para aquilo que a criança vivencia, para aquilo que é a indisponibilidade afetiva e até direta dos pais, quando tem consumos, porque não há mentira nenhuma, e depois a aprendizagem dos modelos, que é uma coisa que também é preocupante, que é, ele tem a boa mãe e o bom pai quando não consome, seja o que for, Pois é, mas o problema é que consome, e quando consome, isto para estas crianças gera a vinculação muito desorganizada, não sabemos o que esperar destes pais,

e portanto isto não é fácil, e eu acho que por um lado, a minha articulação com o DICAD também era no sentido de, até dos próprios sistemas de registro também haver interface, porque eu acredito que uma grande parte das situações, até podem não ser atuais, envolvam violência. Pode ser a violência na história e progressa, e eu acho que isso se calhar não está bem estudado nesta ligação, não está bem estudado, está estudado pela academia, não sei se está estudado pelos serviços, pelos DICADs, e, portanto, eu acho que era um tema muito interessante a ser estudado, era as experiências de vitimização ao longo da vida, não só no direto, destas pessoas que fazem consumos, porque eu acredito muitas vezes que o consumo não é o problema principal.

E: Sim, sim. Aliás, das leituras que eu tenho vindo a fazer, debate nas duas coisas que estava a dizer, a primeira que os consumos, sobretudo nas mulheres, são consequência, e que muitas mulheres vítimas de violência doméstica acabam por ter uma percentagem alta de poder consumir, e estes consumos, para além do álcool, ser depois também esta questão dos antidepressivos e até porque os médicos, posso estar a ser injusta também, mas os médicos e as médicas no geral, às mulheres passam mais rapidamente um antidepressivo do que aos homens, com muita rapidez se passa ou se está deprimida.

e4: A depressão apanha-se no ar, costumam brincar, e eu acho que também há um medo, como não se sabe abordar as questões das emoções nas consultas, porque ainda estamos num modelo biomédico, então há aquela tentativa quase de, e também porque há muitas consultas, muitas pessoas, de medicar-se, e então imediatamente a médica medica e resolve, pode continuar a apanhar tarefa lá em casa, ter uma vida desgraçada, mas está a tomar o antidepressivo e está muito feliz. Então eu acho que isto paga-se muito caro, isto nos adultos e nas crianças, é com os metaforidades, que é também assustador, não se passa como se fosse água.

E: Sim, aqui outra questão que lhe queria perguntar era como é que vê a vulnerabilidade destas mulheres que usam drogas à violência doméstica, como é que vê a vulnerabilidade destas mulheres com consumos perante a violência doméstica?

e4: Eu acho que a vulnerabilidade é muito maior a todos os níveis, não é? Acho que reforça, digamos, se elas já são vulneráveis, se uma mulher já é vulnerável por ser vítima de violência, assim como o homem também, mas aqui particularmente as mulheres. A questão dos consumos, eu acho que ainda normativa mais a questão, ou legitima mais a questão da violência, e isso preocupa. Não tenho noção de prevalências, como disse, mas

preocupa-me muito que elas não sejam entendidas, porque uma coisa é, quando há uma vítima de violência, normalmente as pessoas acabam por ter alguma complacência ou alguma empatia, agora quando há consumos, eu acho que é um bocadinho diferente. É quase como se o consumo não é visto como uma doença, é visto como uma opção. Também a violência muitas vezes é vista assim, que é, se ela quisesse ela saía, portanto não é entendida também no sentido daquilo que nós chamamos de uma doença crónica relacionada, não, porque na realidade é isso, e, portanto, eu noto que é muito essa a vulnerabilidade. Depois também, não sei se sabes tudo sobre isso, que é a ligação destas pessoas que o consomem, eventualmente ao background familiar, se também haveria consumos nessas famílias de origem. Isso aqui, para além da questão do coping, também tem a ver com a questão da aprendizagem social, portanto isso desconheço. Mas não tenho grandes dúvidas que a questão dos consumos ainda é o problema maior, e eu acho que no fundo acaba por nos limitar também parcialmente os direitos, não só no apoio enquanto vítimas, mas também a própria questão da parentalidade. Aquilo que disse realmente, eu revejo em muitos discursos que ouvi das senhoras, que é, tenho medo de cometerem os filhos. E eu acho que é isso, também faz muitas vezes que os DICADs depois trabalhem um bocadinho nesta perspectiva, mais do apoio direto às famílias e com muito menos articulação, se calhar comunitário, como outras entidades. Também há um bocadinho este mito de que ao pedir apoio a outras entidades é para retornar os filhos, não é?

E: Sim, exato.

e4: E isso não é só das vítimas, isto também é veiculado nas instituições, até nas próprias saúde. Por exemplo, nós temos baixíssimas, comparado com os adultos, obviamente as crianças são muito mais sinalizadas. Mas temos muito poucas sinalizações comparadas com o universo global daquilo que a saúde atende, e das crianças. E acontece muitas vezes por isto, porque acham que o emocionalizar, por exemplo, uma situação anuclea, nem que seja só para pedir consultadoria ou apoio, eles retiram crianças, porque eles passam que são uma perna da CPCJ, está aqui dentro da saúde, e isto tem que ser desconstruído.

E: Sim, aliás, a maior parte das sinalizações das crianças não são feitas pela saúde, é sobretudo as escolas. A saúde aumentou bastante, na verdade, mas ainda não é aqui o principal sinalizador.

e4: Não, isso é só a CPCJ.

E: Sim, sim.

e4: Mas também temos um dado curioso, e que eu acho que tem que ser bem entendido neste sentido. Também, obviamente, tem que haver outros cristais, mas nós temos a nossa taxa de encaminhamento para a CPCJ, que significa que com 80% nós conseguimos manter o risco e dar resposta. E eu não acredito que seja porque os profissionais têm receio de enviar para as CPCJs, porque os elementos dos núcleos pertencem às CPCJs. Eu acho que tem mesmo a ver com o trabalho efetivo que é feito na primeira linha, e que é pouco entendível, digamos assim, até em termos políticos. Porque neste momento até estamos em negociações com as Secretarias de Estado, a nossa da Saúde e a da Segurança Social, não sei se é assim que se chama, precisamente porque nós, saúde, também temos que ter um papel ativo nas CPCJs, sem dúvida, nas comissões restritas, mas muitas vezes, tendo em conta o volume processual, isso implicaria que o profissional de saúde tivesse a 35 anos. O que significa que também depois não faz o seu trabalho na articulação com... Primeiro deixa de ser profissional de saúde, e depois também não faz esta articulação tão necessária em primeira linha. Portanto, não nos faz sentido, no fundo, despir os núcleos para colocar estas pessoas nas CPCJs. Portanto, aquilo que faz sentido é robusto ser a primeira linha. E a segunda linha, eu sei que nós funcionamos sempre ao contrário, isto é o bom beijo, na reparação dos danos, mas não pode ser.

E: Não, eu concordo, eu acho que o investimento tem de ser todo na primeira linha, tanto na saúde como na escola, como a questão dos CAFAPs, tem de ser sempre a primeira. Ou deveria ser sempre a primeira linha e a segunda é que devia ser mais restrita e só passavam para lá?

e4: Eu acho que é isso que falta. Há muita gente a intervir. Eu hoje em dia acho que às vezes as famílias já são revitimizadas no meio do estudo e multiestados. E no fundo aquela quantidade de gente que faz visita, que faz intervenção, que faz isto, faz aquilo, mas aquilo sume a eficácia daquelas intervenções, sinceramente acho que é pouco. Porque há quase uma promiscuidade, não é? Não há um, digamos, o interesse genuíno em apoiar aquela família. Outras vezes é quase uma coisa meio coerciva, meio de controlo e isso não funciona, não é? A própria família tem que ser levada a refletir sobre o que é que é necessário mudar. Porque aquilo que eu acho, enquanto técnica, é diferente daquilo que a família acha. Nós temos aqui este ato gigante, a família quer uma coisa, quer por exemplo um subsídio, mas eu acho que ela deve mudar não sei o quê. Portanto aquilo não funciona e é difícil sensibilizar-nos e trabalharmos a literacia das famílias também para isso. E isso

tem que ser também um bocadinho mais macro, não pode ser família a família, senão a gente nunca vai chegar.

E: Não, não sai do sítio. Vou fazer só aqui uma parte. Nós, por exemplo, no CAFAP, quando trabalhávamos, o que fazíamos era reunir com todas as equipas que trabalhavam com a família e dizer, ok, quem é que está mais próximo, quem é que faz mais sentido fazer esta intervenção agora? Somos nós, são vocês. Portanto, havia uma equipa que estava muito próximo e os outros estavam todos atrás a fazer o seu papel.

e4: É isso mesmo, há um gestor de casa, na moralidade. Eu acho que é muito importante o papel de um gestor de casa. Nós, até porque estas famílias são caóticas no funcionamento com as instituições, temos que ajudá-las a organizar isto também, porque senão elas aproveitam-se, não é? Com a saúde dizem mal da CPCJ, com a CPCJ dizem mal da educação. A gente conhece isto, não é? E quando depois a rede não funciona bem, isto gera até mal entendimentos entre as instituições. E é muito frequente isto, não é? Uma coisa assim.

E: Sim, sim. Outra questão aqui em relação, de acordo com a sua experiência profissional, geralmente, quem é que costuma ser o ofensor ou a ofensora? É o homem, a mulher?

Ah, é o homem, claro que sim. Agora, é verdade, e nós na saúde temos esta abordagem holística, porque, até com uma questão de igualdade e de equidade, não podemos ter respostas só para mulheres. Sabemos isso, sabemos as questões de género e transferimos esse conhecimento todo nas formações, mas também temos que ter respostas para quando os homens são agressores de violência doméstica. A questão dos homens agressores também é um pouco conhecida. Da mesma forma, se calhar, que a questão das mulheres, quando consomem e são vítimas de violência, também procuram pouco os serviços. Aqui também acontece, porque há as questões todas da masculinidade, não é? O homem, uma mulher quando procura ajuda, não perde a sua feminilidade. Aliás, isso é quase esperado no seu papel social. O homem que procura ajuda é visto como um fraco, não é? Como alguém que, isto tem que ser desmontado, nas escolas, na educação, na questão dos papéis sociais. Eu acho que acontece muito. Agora, cada vez mais se tem falado até aquela associação da violência sexual.

E: Do quebrar o silêncio.

e4: Do quebrar. Portanto, eu acho que tem de mostrar, porque eu sou muito... Também tem a ver com a minha experiência profissional. Nós, em saúde mental infantil, atendíamos três meninos para uma menina. Esta é a prevalência. E depois, quando chegamos à vida adulta, a prevalência muda. Portanto, eu acho que a gente não consegue perceber que há aqui uma ligação nestas questões. Eu acho que os meninos, sobretudo os rapazes, porque têm mais tendência para agir, e as famílias têm menos paciência para meninos mexidos e mal comportados, etc. E os meninos também, por conseguir, identificam-se aos agressores, muitas vezes em contexto familiar. E isto depois acontece, é que eles não são bem entendidos, não são bem protegidos. E depois virão agressores lá mais tarde. Há questão de determinismo. Mas isto acontece muito. Portanto, não se consegue perceber que aqueles agressores muitas vezes foram vítimas. E isto não é para legitimar o que é que faz.

E: Não, claro.

e4: Não é o que isto significa. Mas é uma perspetiva compreensiva e até preventiva. Portanto, nós agora no 25 de novembro arriscámos um bocadinho uma campanha assim fora da caixa. Que foi, bom, 25 de novembro é a violência contra as mulheres. Mas então vamos colocar os homens numa perspetiva de você também pode pedir ajuda para os seus comportamentos. E isto dentro da saúde, não é? Obviamente. Que é, muitas vezes os homens também estão deprimidos. Muitas vezes os homens também têm questões de personalidade. Têm-lhe como experiências de vítima, são lá muito atrasa, de abandono até emocional, que não são bem compreendidos. E depois arrastam-se sobre a forma de consumo, de violência. As mulheres acabam por ter muito mais apoio do que propriamente os homens que o grande apoio que têm do Estado em situações de violência é o crime. E eu falo isto e me é culpa. Nós próprias na saúde ainda não percebemos, temos vindo a trabalhar nesse sentido, que temos que ter respostas também para pessoas agressoras. Mas temos essas respostas na saúde mental, não é? Porque no fundo, muito embora nem todos tenham problemas de saúde mental, mas precisam de respostas na saúde mental. Ou seja, pode parecer um bocadinho estranho o que eu estou a dizer, mas é. Não precisam de um psiquiatra, mas precisam de um psicólogo para poder falar, conversar e se calhar minimizar o atrito e o conflito nas famílias. Já havia muito isso. Eu até brincava a dizer, as crianças chegam-nos. Ainda bem que as crianças dão sintomas. Porque através delas depois a gente consegue ajudar as

famílias. Eu tive muitas situações que depois, obviamente, atrás daquele sintoma de saúde mental da criança, nós descobrimos que havia violência doméstica. Ou até violência cruzada. Que aqui olha existe muita violência cruzada, não é? Ou seja, não há propriamente um agressor e uma vítima. Portanto, há aqui uma... era quase...

E: Mútuo, não é?

e4: Mútua. E, portanto, muitas vezes acabávamos por, à boleia do problema da criança, ajudar os pais. Porque muitas vezes os pais demitiam-se do seu papel de pais. Porque tem mais o que fazer, não é? Porque sempre foi assim. E porque as mulheres também assumem, às vezes.

E: Sim, com cuidado.

e4: E, portanto, muitas vezes, à boleia do problema da criança, acabávamos por ajudar também aquele homem. Não é? Validando, reconhecendo que ele é importante na vida do filho. Às vezes, já fechando um bocadinho os olhos àquelas questões de que batia ou de que fazia. Eu não devo dizer isto, mas eu acho que me entendo. Para conseguir simpatizar com aquela pessoa e ela também conseguir fazer algumas mudanças. Porque era muito mais fácil denunciar a situação. E acabou. Portanto, isso não resolve. Porque, muito sinceramente, ninguém muda comportamentos só na justiça. Não é? Ou quando tem o processo judicial. Se assim fosse, então, era fácil. A questão aqui é que, claro, no fim de linha, as situações dão-nos encaminhadas para a Justiça. Mas eu acho que há um caminho que nós, muitas vezes, não trilhamos antes da justiça. Que é o caminho do apoio e da compreensão. Não sou a Madre Teresa de Calcutá. A verdade é que, muitas vezes, tenho pena que as pessoas não tenham sido ouvidas e apoiadas em tempo, quando eram crianças, muitas vezes.

E: Exatamente, exatamente. E depois acabam na prisão. E a verdade é que as pessoas que nós temos presas tiveram quase todas no sistema. E isso é que nos devia alertar muito. Mas pronto, com tempo chegamos lá.

e4: Eu tive uma vez uma reunião com a Direção-Geral da Segurança Social. Era uma reunião que estávamos a construir. Aquele fatídico Guia da Violência Doméstica das Crianças. Eu digo fatídico porque é aquilo que cada um pensava da sua maneira. E tivemos ali discussões, assim, acesas, mas muito interessantes. Então, eu, dada a altura, perguntei à DGRSP quantas crianças que estão ao abrigo tutelar a educativa foram vítimas de violência doméstica? E ficaram a olhar para mim. E eu disse, é que isso tem que ser

pensado. E esta interface interseccionalidade das violências, como se nós não tivéssemos conseguido provar nunca. Estamos sempre só no aqui e no agora, neste momento. E proteger a vítima, vai para a casa de abrigo, mas ela tem uma dependência gigante. Ela tem uma personalidade dependente. Ela vai reincidir. Uma pessoa vai reincidir. Até pode romper a relação de volta à outra. E estamos sempre nisto.

E: Sim. Aqui, em relação às mulheres com comportamentos aditivos, para além dos consumos, que outro fisco de discriminação acha que podem também estar presentes e tornar ainda mais vulneráveis estas mulheres?

e4: O acesso ao emprego, por exemplo. Acho que o acesso à habitação, o acesso ao emprego, tudo o que tem a ver com direitos globais, para além das respostas, como já falei. Mas acho que, sobretudo, o emprego. Porque acho que há aqui uma ligação também que as vulnerabiliza à pobreza, não é? Não sendo capazes de ter um emprego estável, de se manterem. Também não estamos a pôr tudo no mesmo saco. Também depende das dependências. Mas acho que o emprego é das questões mais difíceis. Mas aqui no duplo espectro, que é, tanto por parte das entidades empregadoras, que se calhar depois vão... Obviamente não nos interessa ter uma pessoa assim com consumptos, quando descobre que assim tem, como também na própria personalidade destas pessoas, que as impede de estabelecer vínculos continuados e no emprego também. Está agora neste emprego, incompatibiliza-se, vai para o outro, vai para o outro, portanto chega tarde, não chega na meia hora, arranja conflitos com os colegas. Isto também acontece com todas as outras pessoas, não é? Mas acho que isso, da minha experiência, isso acontece com muita frequência. O emprego eu acho que talvez seja das áreas mais, como se costuma dizer, não é?

E: De acordo com a sua experiência profissional, de que forma a relação entre o uso das drogas e a violência sofrida pelas mulheres tem sido equacionada na intervenção técnica e profissional em Portugal? Bom, quer dizer, já falou um pouco daqui da ligação com a DICAD agora.

e4: Pois, exato. Falo enquanto saúde, não é? Na saúde temos muita extra preocupação, porque de facto, sobretudo também pela questão, por acaso ainda não falei disto, mas a questão das mães toxicodependentes. Nós temos uma elevada taxa de mães que são... Aliás, eu sou um bocadinho crítica nisto e já vou explicar porquê. Temos uma grande parte... Agora não tenho aqui os dados, mas se quiser posso lhe ajudar. Também estamos

a compilar ainda neste ano. Uma grande parte das sinalizações aos núcleos, ao contrário das CQCJs, decorrem entre os 0 e os 6 anos. E muitas têm a ver com situações de gravidez, ou seja, a mulher grávida que tem comportamentos de risco, nomeadamente consumos, que está a colocar em causa o seu bebé. E o que acontece muitas vezes é que os hospitais já estão muito atentos. Os hospitais sinalizam o núcleo do hospital e o núcleo do hospital depois sinaliza o núcleo dos grandes subprimados, que articula com a equipa de família. Esta ligação está a funcionar, diria muito bem, na maior parte das situações. O que está a funcionar menos bem é a deteção destas mães que são acompanhadas em contínuo nos cuidados subprimários. Ou seja, os hospitais têm mais facilidade em sinalizar estas situações e denunciar também para as CPJs, assim que nasce a criança. Os cuidados subprimários também porque têm uma relação um bocadinho mais paternalistas com as famílias, porque é em continuidade. Muitas vezes têm pena, não é? Eu acho que é mesmo esse motivo. Então não sinalizam. Mas acontece que esta situação das mulheres grávidas é complexa e nós dizemos sempre aos núcleos. Nós obviamente não tentamos intervir na gravidez, não vou mentir, mas não podemos legitimar essa intervenção em caso mítico, por exemplo, porque nós não podemos atender grávidas, que os núcleos é dos 0 aos 18, e não podemos atender grávidas por uma questão simples, porque senão colide também com a própria lei da interrupção da gravidez. Porque se a criança é um sujeito de direito, então, da gravidez ao longo da vida, então não poderia ter nenhuma sinalização. O que acontece em algumas situações, e eu não acho isso propriamente mal, é o abrigo da lei de saúde mental e termos compulsivamente estas mães. Mas aí com critérios, obviamente, muito rígidos. Porque efetivamente são bebés que nascem depois com síndromes de abstinência, com compromissos graves ao nível do seu neuro desenvolvimento, são crianças que vão dar problemas de comportamento mais tarde, muitas delas, e portanto, quanto mais trabalharmos, melhor. Agora, são poucas, esta interface com os DICADs era importante para perceber que estas mulheres, quando engravidam, têm que ter algum tipo de apoio ao nível da sua parentalidade. Não é para retirar crianças, mas têm que ter uma intervenção que transcende, no campo só da saúde, que transcende a questão só dos consumos. É muito mais do que isso, é depois como é que ela própria vai viver. Eu acho que tem que ser trabalhado o impacto desses profissionais, e vamos trabalhar isso também. E a DICAD tem feito através, nomeadamente, da Doutora, agora não me lembro o nome dela, que é uma colega, agora

não me recordo o nome, pronto, não interessa. Mas é uma colega que já trabalhou muito em CPCJ, e tem feito muita formação agora em crianças jovens em risco, aos DICADs .

E: Será a Irene?

e4: Irene, é isso mesmo. É a Irene Reis. A doutora Irene tem feito um trabalho excepcional nesta área, e nós, por exemplo, agora há coisa de meses, fizemos um webinar aqui na RSLVT, para todos os profissionais, ou muitos profissionais, foram muitos, bastantes, do DICAD, mostrando um bocadinho qual era o papel do Programa Nacional, das nossas equipas, e que era importante, porque isto também tem uma história, que tem a ver com o SICAD, ou antigamente, não era o Ministério da Saúde, não era a SNS, peço desculpa, era o Ministério da Saúde, mas não era a SNS. Portanto, agora é integrando. E temos aqui outra questão, que temos vindo a trabalhar também com o SICAD, ainda não começámos, mas temos essa intenção, tem a ver com os sistemas de informação. Tem que haver, por exemplo, da mesma maneira que nós temos, nos cuidados subprimários, uma avaliação do risco familiar para as crianças, estas plataformas de registo, e o registo clínico, têm que ser comuns também ao DICAD. E tem que haver esta interface de comunicação, senão não funciona. Portanto, acho que é muito interessante esta ligação, e é mais que interessante, tem que existir. Não podemos continuar a trabalhar internamente na saúde, também de costas voltadas, cada um a trabalhar no seu... Eu acho que as famílias muitas vezes são espartilhadas. Tem consumo, mas ali só se trata consumo. Ali só se trata não sei o quê. E não pode ser, portanto, esta perspetiva holística, e até das redes, em que estávamos a dizer que tem que haver um gestor de casos, dentro da rede interna do serviço, porque o nosso serviço é muito grande, temos hospitais, centros de saúde, mas depois também dentro, e nós privilegiamos aqui as equipas de família, que são centrais nestas questões. Agora também tem que haver consultas com regularidade, tem que haver outro tipo de intervenção. De tempo, 15 a 20 minutos não dá para nada.

E: E ao nível das políticas públicas, considera que esta relação está presente dos consumos e das mulheres vítimas de violência doméstica?

e4: Diria que estamos a entregar caminho, sim. Mas ainda temos que trabalhar muito mais nesse sentido, sim. Nesta interface, aliás, eu acabei de falar também um bocadinho da política pública, não é? Porque estava falando, temos nacionais, mas também nas regiões, eu acho que sim. Mas ainda está há quem, ainda está muito há quem. Temos que formar e capacitar mais os profissionais. O nosso objetivo também é que os nossos protocolos de

intervenção em violência sejam alargados também aos profissionais do SICAD mas não só do SICAD, também do INEM, estamos a trabalhar muito nisso, até estamos mais avançados com o INEM do que propriamente com o SICAD. E também com a SNS 24. Portanto, toda a rede dentro da saúde tem que saber os protocolos, tem que utilizar a mesma linguagem e tem que saber que existem estas equipas para depois articularem no terreno. Nós privilegiamos o contato terapêutico privilegiado, não é? Portanto, pode ser um profissional do SICAD, pode ser um médico de família, pode ser... Portanto, estas equipas, a ideia não é substituir, a ideia não é ser uma conta solta de porta aberta. Mas é, no fundo, juntar as pontas soltas e estabelecer uma linha coerente de intervenção dentro da saúde e, sobretudo, também fora dela, com os parceiros. Mas até mesmo nós dentro da saúde, por exemplo, com a rede nacional de apoio a vítimas de violência doméstica, com as CPCJ já não. Porque isso melhorou bastante quando um dos elementos do núcleo é das CPCJ. Portanto, a ligação já é mais fluida. Agora, com a rede, por exemplo, ainda há muito pouca ligação entre saúde e rede. E nós conseguimos ter acesso a estes dados a partir do registo clínico de violência a adultos. Porque temos uma área que tem a ver com a articulação intersectorial. E são poucos os casos onde há articulação com a rede. Também temos de trabalhar no sentido... Às vezes, dentro dos serviços, os nossos núcleos de EPVA são conhecidos quanto mais a rede. Portanto, ainda temos um longo caminho a percorrer. Mas sim, aqui nos consumos, eu diria que temos de pensar mais seriamente neles. E a nossa ideia também com o SICAD é construir o programa de formação conjunto. Ou seja, em que nós formamos e eles formam. E um programa de tudo. Não é de faço uma coisa e tu fazes outra. É uma coisa mesmo integrada. Portanto, sistema de informação, literacia e formação e capacitação profissionais. E casuística. Portanto, o sistema de informação profissional. Pretendo também fazer a leitura da casuística daquilo que é atendido no DICAD e uniformizar os conceitos. Estas quatro grandes áreas são os quatro grandes objetivos que articulámos nas duas ou três reuniões com o CIDAD que já tivemos.

E: Fico muito contente, fico mesmo.

e4: Sem prejuízo, depois das regiões, nós temos coordenações regionais articuladas com os próprios DICAD e depois nos locais.

E: Claro, claro. Sim, mas começar do macro, não é? Que é importante. Bom, já foi respondendo, mas só assim para resumir, qual é que acha que é a importância, no fundo,

qual é a importância que atribui a esta articulação mais próxima destes serviços todos, a trabalhar em rede de forma holística na verdade?

e4: Bom, a importância para mim é crucial. É crucial e tem a ver com aquilo que nós chamamos na saúde também de integração de cuidados, não é? E aqui pensando mais nos cuidados e propriamente na justiça, embora a justiça também, de alguma forma, também proteja e indiretamente também presta algum cuidado nesse sentido. Mas eu acho que é absolutamente fulgural. Também para a eficácia das intervenções, para prevenir a revitimização. E, no fundo, para prevenir o fenómeno. Portanto, eu acho que sem esta ligação em rede não se consegue. Agora, eu acho que tem que mudar um bocadinho o paradigma da forma como as instituições também se posicionam perante os casos. Os casos não são delas. E eu falo todas as instituições, inclusive a da saúde. O caso não é nosso, o caso é de todos. Portanto, cada um tem que perceber o que é que pode dar para o caso. E quando eu não posso acrescentar nada, então eu saio. Portanto, aqui tem que ser um bocadinho na linha também daquilo que diz o próprio Sistema de Promoção e Proteção, a intervenção mínima. Portanto, é tentarmos colocarmos no papel dessas famílias e perceber que, de repente, batemos à porta 500 instituições, eu não gostaria de todo, não é? E a verdade é que isto acontece, não é? Eu tive uma família que recebeu, no mesmo dia, três visitas domiciliárias de instituições diferentes. Eu disse assim, mas porquê é que custa alguma coisa pegar-me no telefone? Eu já lhe falo dos protocolos e das redes e do que se assina, que também é importante haver protocolos formais, mas, sobretudo, nós conhecermos quem são os colegas do outro lado. Qual é o e-mail? E, aliás, aquilo que nós dizemos às nossas equipas é, o primeiro passo, quando se constituem e quando se formam e quando recebem formação, não é chegar ao terreno e começar a trabalhar em casa. Nada disso. É montar a rede. Esse é o primeiro passo. A minha volta, quem são as pessoas que me podem ajudar nesta área? E trilhar essa rede formal, mas, sobretudo, também informal, porque eu conheço quem é o PSP e, obviamente, dentro das redes, a gente sabe que há pessoas com mais e menos jeito, não é? E também a gente sabe que tentamos encaminhar da melhor forma. E outra coisa também muito importante nas redes é evitar a parentalização das famílias e promover-lhes mais autonomia, mais capacitação e empoderá-las mais. Porque eu acho que há um bocadinho esta questão paternalista nossa de tentarmos fazer tudo por as famílias. E então, em vez de eu dizer, olha, pode ter com a doutora Sofia, ao DICAD, ou não sei onde, dizer, ah, eu vou lá ou

eu falo com a doutora Sofia. Não, não sou eu que tenho que substituir a família. A família também, isto é um trabalho também de empoderamento e a pessoa sentir-se capacitada. Para as vítimas, então, isto é muito, muito importante. E nós fazemos ao contrário, que é, nós decidimos a vida pelas pessoas, dizemos o que é que é melhor para elas e isto depois corre mal. A decisão não foi delas e nós temos um, a propósito disto, temos um, tipo um certo quadro que ajuda a enquadrar a fase do processo de mudança que a pessoa tem, que se encontra, com aquilo que é necessário do ponto de vista da intervenção, que é para não haver este ato grande de a pessoa nem sequer reconhece que tem um problema e estou-lhe a mandar, vou-lhe sugerir uma casa a abrigo, não é? Porque realmente é muito importante. Nos adultos isto é muito complexo. Eu acho que para sortimos o efeito, também acho que precisávamos mais psicólogos, mais pessoas a trabalhar a saúde mental, se isso se respeita. Mas não só, também educadores sociais, assistentes sociais, acho que poupávamos imenso dinheiro ao Estado. E se isto fosse em primeira linha e não no fim de linha, como muitas vezes fazemos, não sei se, falo muito, não é?

E: Não, eu estou a adorar, confesso, concordo com tudo o que disse mesmo. Porque temos mesmo que apostar na primeira linha. O que estava a dizer das famílias, eu vou-lhe mesmo mandar o manual, porque o manual é tudo isso, é a questão de empoderar as famílias, trabalhar com elas, precisamente pelo que disse, não é? Porque se for eu a impor, quer dizer, é como na área da psicologia, não é? Se eu vou impor alguma coisa a alguém e a pessoa não reconhece, não a interioriza, não a vive, vai cair. Durante uma semana ou duas até faz para fazer, não é? Porque tem que ser. Mas se não interioriza aquilo como uma mudança necessária, não se vai manter no tempo. Então vai voltar outra vez a entrar no sistema porque nós fizemos por ela ou escolhemos por ela o que queria. Para terminar, só se quer acrescentar alguma coisa para além do que disse? Alguma coisa que gostasse de mudar para além do que falou?

e4: Não, só que deixa aqui o desafio, Sofia, que é... Está com um bocadinho de traço. Deixa o desafio de podermos estabelecer mais esta ligação e articulação futura. Para além aqui do... Também aproveitando a sua experiência muito terrena com as famílias. Portanto, também no CAFAP. E até que podemos pensar de poder, se tiver nessa disponibilidade, e também, Sofia, é um movimento autorizado, podemos pensar no tal programa de formação. Nós temos feito formação, por exemplo, aqui no Algarve, tivemos

um longo programa de formação com a Patrícia Claudine, que é uma pessoa que se tem dedicado às competências parentais, não sei se conhece. E, portanto, as nossas equipas aqui já tiveram muita formação na área das competências parentais. Mas eu acho que falta instrumentos que depois avaliem esta intervenção familiar e as equipas pedem-nos isso. Portanto, eu acho que, se tivesse nessa disponibilidade, podemos pensar também em ajudar-nos também, tendo em contexto a experiência agora com os consumos, seja na área dos programas de formação, seja também nestes instrumentos de recolha. Eu ia ver só aqui, só num breve instantinho, também para não tirar muito tempo, porque eu não me lembro se no registo clínico de violência a adultos, nas crianças, na avaliação do risco familiar que existe, só nos programas de primários, infelizmente, eu sei que a questão dos consumos está lá plasmada como um fator de risco. Mas nós temos um problema neste registo das crianças. É que não conseguimos tirar a banda de dados. Ou seja, os profissionais preenchem, mas nós não temos acesso a nada. Vamos tentar, é um handicap gigante, porque na altura a plataforma foi muito inovadora para o sistema que tínhamos na saúde. Isto foi em 2000 e troca o passo. Portanto, na altura, a própria DGS, quando o fez, na altura foi a enfermeira Bárbara Menezes, não era possível ser extraído a banda de dados. Portanto, não serve para grande coisa do ponto de vista da política pública. Mas nós neste momento estamos a pensar no e- boletim de saúde infantil e juvenil, que é uma coisa que faz a interface no registo de saúde eletrónico entre os cuidados primários e hospitalares. E nesse e- boletim tem lá um formulário específico para a área da avaliação do risco familiar, onde se incluem não só os fatores de risco, mas também os protetores, que é como está já no outro. E só a partir daí é que nós conseguimos tirar estes dados. No registo clínico de violência em adultos, eu sei que nós temos, nos antecedentes, aqui está, nós temos nos antecedentes pessoais das vítimas, temos estes campos, histórico de violência na infância, antecedentes de patologia psiquiátrica, outras experiências de vitimização e abuso de substâncias. Por acaso, aqui, na altura, agora, se fosse hoje, isto também já foi feito há três anos, teríamos posto comportamentos aditivos, porque pode não ser só abuso de substâncias. Mas pronto, ter abuso já é abuso de substâncias, seja álcool, outras substâncias ilícitas, ou até medicamentos também, ou seja, dependência de substâncias psicoativas. Agora, se eu disser, neste momento era uma questão só de filtrar e dar esses dados. Mas sei que na altura, na reunião com o SICAD, apresentei estes dados. E os dados são muito poucos, porque isto é um campo que também

não é de caráter obrigatório. Porque nós não podíamos transformar, se quiséssemos, o formulário todo de caráter obrigatório. Mas não quisermos, porque depois os profissionais não prestem, depois de a seguir, não usam. Então, temos, ao menos, esse problema. Porque conseguíamos criar o obrigatório, porque em todos os campos podíamos pôr a nossa clínica. A verdade é que o número de situações de consumo de substâncias, mas se tiver curiosidade, eu depois posso filtrar e enviar. Nós temos 719 entradas, desde novembro de 2020, ao momento. E com este tutorial de abuso de substâncias, temos 24. Ou seja, 3%. Agora, não quer dizer que não haja pessoas com abuso de substâncias na média das outras que não estão selecionadas, não é? Podem não ser conhecidas ou o profissional pode não querer.

E: Estava só aqui a ver as grelhas. Esta não é a versão final, há uma outra grelha. Estas são da avaliação do risco. Aqui já é a parte 2. Portanto, são grelhas da avaliação do risco, que se vão preenchendo e depois dão uma pontuação conforme o que fomos vivenciando. Isto tem tudo. Estava a ver se tinha aqui o potencial da mudança. Esta ainda é a avaliação do risco.

e4: Vocês no DICAD têm alguma grelha deste tipo?

E: Que eu conheça para as famílias, não, a não ser no tratamento. Nós temos terapeutas familiares, que são das sistêmicas. Eu tenho esta grelha, que é a que eu aplicava no SCAFAP. Está aqui. Avaliação do potencial para a mudança específica. Portanto, os professores reconhecem a existência de um problema ou não, em que medida. Estão disponíveis para trabalhar, mesmo não reconhecendo. Vai fazendo várias coisas. Revelam desconforto? Não, sim, não. Vai falando sobre vários aspetos que podem ou não facilitar a mudança. Percebem-se como competentes, nas dimensões que são necessárias de trabalhar. No suporte para a família. Há rede de suporte? Não há. Portanto, são vários itens. Eu depois posso lhe enviar, que ajuda muito na avaliação. Depois isto chega a compromisso para a mudança.

e4: Então, isso é muito bom.

E: É ótimo, porque ajuda muito a perceberem que caminho é que vamos.

e4: Não tanto, se calhar, para todos os prestadores de cuidados de saúde, porque é difícil.

E: Não, claro. E não têm este tempo.

e4: Mas, se calhar, para os núcleos, seria muito tempo de ter simultaneamente saúde. Mas, depois, também para os próprios núcleos, na sua intervenção.

E: Eu vou-lhe enviar. Eu acho que a Ana, entretanto, até fez uma mais curtinha. O que nós fazíamos, às vezes, era...

e4: Isto está validado, não é?

E: Isto está validado, sim.

e4: E é usado por todos os CAFAPs?

E: Não é usado por todos os CAFAPs. Porque nem todos, primeiro, partilham desta ideia sistémica. Mas muitos CAFAPs usam este modelo da Ana.

e4: Mas como é que avaliavam?

E: O que aconteceu foi, na altura que a Ana fez o doutoramento, que já foi há muitos anos, porque validou connosco e com muitos CAFAPs a nível nacional, ela é que fez essa avaliação. Portanto, ela avaliava... Havia duas avaliações. As equipas, os resultados com as famílias, que ela ia avaliando, porque nós fizemos, no fundo, gravação de todo o processo a aplicar os instrumentos, desde o acolhimento, mesmo até ao follow-up. Portanto, acompanhamos estas famílias durante muitos anos. Dois anos no máximo. Porque também considera-se que passado dois anos já não estamos a fazer nada, ou que já não deveríamos estar, no fundo, a fazer nada. Já não deveríamos, pelo menos, passado dois anos, passá-los para o follow-up. E a Ana fez essa avaliação com as famílias e validou os instrumentos. Validamos até um instrumento, que é o Califórnia, que é um de risco, que é uma coisa muito imediata quando... No fundo, para perceber se aplicamos ou não o 91, perceber se há ali mesmo uma questão de risco já eminente, que é o California Risk Assessment, que fizemos também com a população portuguesa. E depois, havia uma outra avaliação, que foi... Mas ela tem assistido aos resultados. Posso também pô-lo em contato com a Ana, que era como é que avaliava o próprio profissional e o impacto dos conhecimentos, quer técnicos, quer as competências pessoais, na família e no trabalho. E, neste manual, existe uma grelha de competências base, no fundo, que os profissionais têm que ter para trabalhar com as famílias. São umas competências base. Muitos CAFAPs utilizam este modelo, sim. Eu sou uma fã deste modelo, como devem calcular.

e4: Basta uma estratégia e pensávamos todos em conjunto, nas várias coisas. E, quando fui ouvida, perguntaram o que é que acha que pode ser melhorado e tal e tal. E disseram que para enxergar a saúde, que também podemos fazer mais coisas, preparação para o parto, continuidade da intervenção com as famílias, etc. Os CAFAPs estão nas comunidades e têm que pedir, na altura, a informação sobre isso. Eu disse que não sou eu

que sou da saúde, que vou dar a informação. Eu só fiz a minha divulgação e a minha opinião técnica. Se quiserem, peçam a Segurança Social, é a Segurança Social que tutela os CAFAPs Peçam a Segurança Social a informação sobre isso. Mas, se querem realmente investir na delinquência juvenil e criminalidade violenta, no geral, cada vez mais estamos a deixar, não é deixar cair, mas é perceber as interfaces entre as várias violências. Não só a violência doméstica, porque, muitas vezes, era só a violência doméstica. A violência doméstica, muitas vezes, está cruzada com outras coisas. E, portanto, eu própria referi CAFAPs e a tudo o que tem a ver com o trabalho com a parentalidade. Porque é a base de tentar desinterromper o ciclo junto das crianças, que são expostas a esses ambientes tóxicos, não é? Outras medidas que eu acho que também poderiam ser de apoio têm a ver, por exemplo, com o desporto gratuito. E o apoio ao desporto em termos de transporte, por exemplo. Muitas famílias diziam, e nós sabemos, às vezes, não quer dizer que não tivessem transporte ou que não tivessem dinheiro, mas não nos apetece, não estou para isso. Mas, pelo menos, se o Estado aqui, aqui eu acho que poderia fazer duas coisas. Isto também é a opinião do pedopsiquiatra que durante muitos anos nos deu supervisão aqui no Algarve, da Estefânia, que é a doutora Augusta Carreira. Havia duas coisas, que era, um desporto gratuito para todos, vão buscar as criancinhas a casa, borrifam-se que os pais não levem as criancinhas. Porque daqui a uns anos, se calhar, teríamos efeitos nisso. E o outro era dar dinheiro às famílias por cada coisa que vão fazendo. Eu sei que é um bocado instrumentalizar, nesse grau de desporto, nestas famílias, então recebe mais um X % do abono. Porque estas famílias só funcionam assim. Já teríamos veículos afetivos e já teríamos miúdos, que já eram pais de uma outra forma mais consistente, que estes miúdos têm outros modelos de referência na comunidade. Aquilo que a gente chamava de institucionalizar na comunidade, era o melhor tempo da família e passar mais tempo até nos escuteiros, porque eu sou uma defensora dos escuteiros, o meu filho mais velho foi escuteiro. E eu sou uma defensora dos escuteiros. Eu acho que os escuteiros vivem já dentro da escola. Mas têm que aprender a fazer. Mas pronto. Não vou te tirar mais tempo.

E: Não, eu é que não lhe vou tirar mais tempo a si.

e4: Mas vou te chatear.

E: Claro. A vontade, com muito gosto.

e4: A nossa equipa também é pequenina e as ideias são muitas, mas precisar às vezes o tempo. Mas eu vou tomar nota de ficar com o seu contacto.

E: Bom, bom trabalho. Obrigadíssima. Com licença.

e4: Beijinhos.

Anexo 7

Entrevista 5

E: Estou neste momento a realizar uma investigação no âmbito do Mestrado de intervenção Comunitária na Escola Superior de Educação Paula Frassinetti. A investigação assume como objetivo central aferir as interseções, entre os serviços de proximidade e comunitários da saúde dos comportamentos aditivos e dependências e os serviços da RNAVVD. Nesse sentido gostaria de o/a entrevistar sobre este tema na qualidade de profissional na área dos CAD/ área dos serviços da RNAVVD. Tendo conta que violência doméstica abrange todos os atos de violência física, sexual, psicológica ou económica que ocorrem na família ou na unidade doméstica, ou entre cônjuges ou ex-cônjuges, ou entre companheiros ou ex-companheiros, quer o agressor coabite ou tenha coabitado, ou não, com a vítima como vê a vulnerabilidade entre as mulheres que usam drogas e este tipo de violência?

E5:Eu diria que no âmbito do que é a violência doméstica, enfim, também do que está tipificado e conceptualizado no âmbito da própria Convenção de Istambul e do Código Penal Português, que precisamente, enfim, no fundo, e neste caso, respectivamente também as mulheres como a maior parte das pessoas vítimas da violência doméstica, eu diria que, nomeadamente, as mulheres com consumos aditivos e, portanto, que utilizam drogas, eu diria que estas, enfim, tais práticas, no fundo, acentuam a complexidade e a própria vulnerabilidade do que é a vitimação e do que é de estar num contexto e numa dinâmica de violência doméstica e, a par disso, diria também que, mesmo, enfim, mulheres com comportamentos aditivos de forma, enfim, ativa ou no presente, mesmo na interlocução com serviços, e estou a pensar até particularmente no que são os serviços de acolhimento, nomeadamente eventuais casas de abrigo e respostas de acolhimento e emergência. Alguns relatos que nos chegam também traduzem alguma complexidade também do que é, enfim, não raras as vezes também, enfim, alguma incapacidade do que é acolher uma mulher nestas circunstâncias, num contexto onde também, por outro lado, enfim, há outras pessoas, há outras mulheres e muitas delas também com crianças e, portanto, há sempre aqui alguma disrupção, nomeadamente, do que é o apoio, estou a pensar aqui da perspectiva do acolhimento sobre estas mulheres que possam ter, enfim, comportamentos aditivos e com utilização de drogas e, portanto, consumo de drogas ativos e isso gera particular complexidade e tensão também do que é as respostas, enfim, neste caso pode ser o acolhimento. Por outro lado, pensando, enfim, na vulnerabilidade, a leitura que

fazemos conceitualmente a este nível é precisamente que, no fundo, é uma circunstância de vulnerabilidade acrescida ao nível da vitimação no âmbito da violência doméstica e, portanto, é isso, enfim, complexifica, no fundo, também o que pode ser a intervenção e o acompanhamento e, portanto, isso implica também que os serviços têm que estar devidamente sensibilizados e preparados para intervir com alguém ou com uma pessoa, enfim, que, no fundo, possa ter comportamentos aditivos e, honestamente, creio que na prática e para quem está no terreno do acompanhamento que fazemos da rede nacional de apoio à vítima e violência doméstica não resulta numa atuação simples.

Por outro lado, enfim, identifica-se também a falta de respostas especializadas para mulheres que possam ser vítimas de violência doméstica e, simultaneamente, enfim, tenham comportamentos aditivos e, portanto, isso, essa ausência de respostas especializadas, enfim, que cruzem também a questão da saúde com a dimensão da proteção e da intervenção e prevenção da violência, evidentemente que acentua também o que são as circunstâncias da vulnerabilidade destas próprias mulheres que acabam, no fundo, enfim, por não ter respostas ajustadas à complexidade e, enfim, a uma abordagem mais holística e sistémica sobre o próprio problema da violência doméstica e que, evidentemente, enfim, merece ser mais bem preparado e trabalhado e pensado, enfim, quer em termos do que eventualmente são as políticas públicas, mas também em termos do que podem ser as respostas no terreno e de proximidade e de intervenção até comunitária com, enfim, nestas áreas e com estas mulheres particularmente. Imagino também que há, enfim, que há aqui um conjunto de complexidades, nomeadamente as mulheres com comportamentos aditivos, depois decorrendo também do que podem ser as suas dinâmicas com a pessoa agressora, eventualmente, enfim, com onjos ou ex-conjos, ou mesmo companheiros, companheira, enfim, admito que depois no decorrer do que possam ser essas dinâmicas isso traduz alguma maior complexidade, enfim, estou a imaginar que se, por exemplo, há uma mulher que tem comportamentos aditivos e que, por alguma razão, enfim, a sua rede familiar não tem conhecimento disso, que isso também possa servir de mecanismo de exercício de violência, enfim, como alguma consequência de represália, de, enfim, de comunicar e, no caso disso, também, enfim, romper com alguma expectativa familiar sobre aquela pessoa enquanto consumidora de drogas.

E: Considera-se violência de género a violência contra uma pessoa em razão do género, identidade de género ou expressão de género dessa pessoa, ou violência que afeta pessoas de um determinado género desproporcionalmente. Pode resultar em dano físico, sexual, emocional ou psicológico para a vítima, ou causar-lhe perda económica como percebe a vulnerabilidade entre as mulheres que usam drogas e este tipo de violência?

E5: Da minha perspectiva, no fundo, a propósito das questões do conceito da violência de género, enfim, claro que é um conceito mais abrangente, admito que também em dinâmicas de, enfim, do que pode ser o assédio, o assédio sexual, ou mesmo circunstâncias de violação, em contextos e em dinâmicas, enfim, também associadas ao consumo, e, portanto, estou a pensar numa perspectiva de consumo também, enfim, mais em contextos mais precarizados e vulnerabilizados, porque, enfim, também é isso, enfim, há diversos níveis e contextos de consumo de drogas e, portanto, é claro que aqui, enfim, uma praxe decorre precisamente sobre as pessoas que estão em maior risco e em maior vulnerabilidade e, portanto, estou a pensar em questões de consumo de drogas até, enfim, em contexto de rua e em contextos precarizados, portanto, admito que as questões da violência de género, para além da violência doméstica, que no fundo, enfim, deriva, ou estaria, a violência doméstica estaria dentro do grande conceito da violência de género, mas a violência de género aqui já teria uma perspectiva mais transversal ao nível também do que podem ser outras formas de violência, pelo facto de serem mulheres, evidentemente, neste caso, e, portanto, diria que, nomeadamente, as questões do assédio sexual no espaço público e em contextos, enfim, admito, do ponto de vista de consumos, como disse, precarizados, devem, de alguma forma, potenciar ainda mais, no fundo, o que é a vulnerabilidade também sobre as mulheres que utilizam as drogas e, portanto, acabam estar também sujeitas, enfim, a toda a complexidade do que é a violência de género contra as mulheres, pelo facto de serem mulheres e que, evidentemente, aqui está absolutamente correlacionada com, enfim, com o que é esta complexidade da violência e, portanto, no facto de ser mulher e, eventualmente, frequentar contextos e espaços de eventuais riscos, nomeadamente associados a consumo e, talvez, tráfico de droga, particularmente precarizados, mais uma vez digo isso, certamente que a circunstância de vulnerabilidade destas mulheres está mais potenciada por toda a complexidade e todo o risco acrescido que possa estar envolvido neste tipo de dinâmicas e, portanto, isso, inevitavelmente, mais uma vez traduz a complexidade do que é intervir junto destas pessoas e, em particular,

destas mulheres e, portanto, enfim, a solução passaria ou passará, certamente, por uma maior proximidade e também, enfim, por propósito do que são as políticas na área das adições, também pela minimização de riscos, mas aqui a minimização de riscos não só ao nível dos consumos, mas também antecipando, também, ao nível do que é a própria prevenção da violência e, enfim, para que isso possa acontecer, inevitavelmente, tem que haver uma proximidade do serviço e das respostas junto destas pessoas. Eu diria, precisamente, enfim, de acordo com o que tenho estado a dizer e a mencionar, que sim, que as mulheres que utilizam drogas e têm comportamentos aditivos estarão mais vulneráveis ou, a priori, serão suscetíveis a situações de maior vulnerabilidade e risco, nomeadamente às circunstâncias de violência doméstica e também de violência de género, na medida em que, enfim, no fundo, os comportamentos aditivos e, enfim, todas as dinâmicas e complexidade que possam envolver, nomeadamente em contextos mais complexos e de maior risco, certamente traduzem, também, um maior potenciar do que é o risco da violência doméstica, mas também da violência de género contra as mulheres que, enfim, têm comportamentos aditivos. Ao nível das pessoas agressoras, enfim, da nossa experiência e também do ponto de vista estatístico, mais ou menos consensual, porque também, enfim, do ponto de vista estatístico há alguma divergência científica sobre, enfim, quem são a maior parte das pessoas agressoras e algumas questões sobre, enfim, críticas sobre as dinâmicas da violência, nomeadamente, enfim, a emergência do conceito de violência bidirecional, mas que ainda, enfim, está precisamente, como disse, num contexto de emergir e de apontar alguma crítica, também é outra visão, talvez um pouco mais restrita.

Agora, é certo que quem recorre mais aos serviços, acima de tudo, enfim, são mulheres e, normalmente, a grande maioria das pessoas agressoras também são homens e, neste caso, nomeadamente, companheiros ou cônjuges , ou ex-companheiros ou ex-cônjuges, ou mesmo em relações de namoro. Portanto, normalmente, as pessoas mais agressoras são os homens e, portanto, todas as questões do ponto de vista da estereotipia de género e do que é o sexismo e do que é as dinâmicas e as relações de poder entre homens e mulheres à luz também desta estrutura patriarcal e discriminatória, inevitavelmente, essa leitura, enfim, emerge, nomeadamente, quando olhamos para os grandes dados do que é a atuação ao nível da rede nacional de apoio a vítimas de violência doméstica, sendo certo que, por exemplo, ao nível da atuação da rede nacional, não há informação aferida por

parte da CIG em termos de responsabilidade de supervisão e acompanhamento desta rede, não há informação aferida, nada que releve ao nível do que possam ser comportamentos aditivos ou consumos por parte das pessoas que recorrem aos serviços, quer de atendimento, quer de acolhimento e talvez isso, enfim, estou a pensar, valha a pena equacionar, porque estamos a falar de milhares de pessoas ao longo do ano atendidas e também acolhidas e, portanto, valia a pena perceber no fundo também, enfim, pelo menos ter uma fotografia sobre o que pode ser esta realidade ao nível da RNAV. Mas, como disse anteriormente, admito que a sede de serviços de atendimento ou do que são as estruturas de atendimento, essa atuação de proximidade com pessoas, com mulheres, nomeadamente com mulheres com comportamentos aditivos, enquanto a estabilização doméstica seja mais gerível, evidentemente, e a possibilidade de articulação com outros serviços, ao nível do acolhimento, enfim, é aí perspectiva de maior complexidade, perspectiva de maior complexidade pelo facto, enfim, no fundo também do que traduz também a possibilidade do consumo de drogas ativo incumprir-te com o que é o regulamento de funcionamento geral de uma casa de abrigo ou de uma resposta de acolhimento de emergência, porque evidentemente é preciso, enfim, garantir o bem-estar de todas as pessoas agressoras e admito que isso coloca aqui algumas circunstâncias, mas realmente sobre as pessoas agressoras, por norma, são os homens companheiros atuais ou passados que cometem, enfim, ou que traduzem a violência doméstica, sobre, nomeadamente sobre as mulheres, mas não sabemos exatamente o detalhe, nomeadamente sobre as mulheres com consumos aditivos, não temos informação a esse nível.

Claro que o que leva ao nível das questões da violência, enfim, da violência doméstica, da violência especialmente, nomeadamente aqui a pensando da perspectiva das mulheres com comportamentos aditivos, corre precisamente do que já referi, ou seja, toda a abordagem patriarcal e toda a construção social histórica e simbólica também do que é ser homem e do que é ser mulher e também do que se espera, quais são as expectativas sociais de como um homem se deve comportar, nomeadamente, numa relação heterossexual com uma mulher, tudo isso evidentemente que sustenta, enfim, sustenta de alguma forma teórica, claro que não é definidor, nem necessariamente, enfim, não é automático, mas, enfim, há aqui uma estruturação social e a própria dinâmica dos próprios

sistemas sociais que abre esse espaço para uma masculinidade que também denominamos de tóxica, nomeadamente nas relações com as mulheres e, particularmente, nas relações com as companheiras. Admito que em contextos de consumos aditivos, enfim, tudo isto possa ganhar aqui outra complexidade, estou a pensar até num relacionamento em que as duas partes possam ter comportamentos aditivos, enfim, mais uma vez, pensando também na complexidade do que às vezes pode ser a obtenção ou a possibilidade até de ter alguma capacidade financeira para fazer a compra das próprias drogas que possam vir a consumir, e, portanto, admito que, enfim, parece-me que tudo isto pode potenciar o maior nível de risco de agressão e da própria violência e também, no fundo, até do que podem ser, enfim, pensando no ciclo da violência, teoricamente já estudado há alguns anos, mas no que podem ser as diversas fases de tensão e, portanto, imagino que alguém está numa circunstância de ressaca, admito que também este possa não ser o conceito mais ajustado, mas numa circunstância de ressaca, enfim, toda a complexidade e toda a tensão que isso possa gerar no âmbito da obtenção de substâncias para os consumos aditivos, parece-me que isto pode potenciar, certamente, dinâmicas de violência adicionais decorrente de toda a complexidade. É evidente que, enfim, quem tem dinheiro para comprar e para consumir, enfim, em contextos mais privados e de segurança, de alguma forma também pode não chegar necessariamente aos serviços e, portanto, teremos sempre aqui uma perceção da realidade com base nas pessoas que recorrem aos serviços e, enfim, ao nível da rede nacional de apoio a vítimas de violência adimérica, as pessoas que recorrem aos serviços, enfim, a grande maioria são pessoas em circunstância de maior vulnerabilidade, quer do ponto de vista da escolaridade, dos seus rendimentos, da precarização do trabalho, dos níveis de rendimento e, portanto, aqui eventualmente não será diferente, mas realmente, como há pouco disse, este tipo de informação não é recolhida.

Mas é precisamente uma forma de violência de género, também como há pouco referi, enquanto na perspectiva, enfim, que é uma violência pelo facto daquelas pessoas serem mulheres e, portanto, quer ao nível da violência doméstica, portanto, no contexto das relações de intimidade, quer ao nível das relações com outras pessoas, nomeadamente com outros homens no espaço público, estou a pensar nas circunstâncias da sede, estou a imaginar que mesmo em circunstâncias de ressaca, enfim, e no pós-consumo de drogas e todos os efeitos que isso possa ter em termos também, às vezes uma falta depois de noção da própria realidade, que daí possam ocorrer circunstâncias de violação de mulheres

nestas circunstâncias. Portanto, admito a particular complexidade também do que é, enfim, por um lado conhecer a realidade e, por outro lado, entrevisto sobre o que possa ser esta realidade. Mas, realmente, nós não temos um domínio nem técnico, honestamente, muito menos vertido ao nível do que são as políticas públicas, sobre a complexidade, enfim, da relação destes dois cruzamentos, enfim, no fundo, do que é a vitimação no âmbito da violência doméstica e de género e, por outro lado, também do que é os próprios comportamentos aditivos.

Pois, em bom rigor, quando estamos a falar, enfim, dos outros riscos de discriminação, nomeadamente que tornam as mulheres particularmente vulneráveis no âmbito da violência doméstica e de género, eu faço uma leitura também conceptual ao nível do que é o conceito da interseção, da interseccionalidade, neste caso. E a interseccionalidade também é, no fundo, essa leitura sobre as questões de género, multicamadas, ou pegando numa máquina fotográfica, que, no fundo, é o acrescentar de novas lentes, ou de mais lentes, para uma visão sobre a realidade mais detalhada e, conseqüentemente, também mais complexa, mas, paralelamente, enfim, essa é o que nos pode dar também a visão holística da realidade das questões e da discriminação no âmbito das perspectivas de género. É certo que, enfim, ser mulher, ser uma mulher negra, pobre, enfim, com uma deficiência eventualmente lésbica, com comportamentos aditivos, no fundo, estas multicamadas, enfim, exponenciam também precisamente o que é o risco de discriminação de uma pessoa, enfim, que seja composta por estas camadas, que fazem parte também da construção da sua própria identidade.

Enfim, quanto maior o nível de camadas, que potenciais riscos de discriminação, conseqüentemente, essa pessoa também está sujeita a maiores circunstâncias dinâmicas de riscos de violência, nomeadamente de violência de género, mas também, pensando aqui nas mulheres com comportamentos aditivos e dentro do que é a pluralidade que podiam ser as mulheres, e pensando nestas questões identitárias da classe social, da saúde mental, da deficiência, enfim, origem étnica ou racial, identidade de género, é evidente que todas estas características e outras, certamente que eu não nomeei, traduzem um potencial de riscos de violência e destas pessoas serem discriminadas, enfim, em diversos contextos profissionais, contextos de espaço público, enfim, nas relações familiares também, evidentemente, também na relação, imagino, se eu pensar do ponto de vista de comportamentos aditivos, na interação, enfim, do que possam ser pessoas companheiras

dessas dinâmicas ou, nomeadamente, com circunstâncias mais associadas também a eventuais tráficos de drogas, portanto, nas relações, talvez, algumas vezes, de alguma, enfim, talvez submissão, eu admito que essa complexidade possa existir nestas dinâmicas, é claro, enfim, estou sempre a pensar, mais uma vez, nas situações de maior complexidade, não é? Evidentemente, talvez até seja mais fácil, claro, evidentemente há outras formas de consumo, há outros espaços de consumo, também há privilégios no acesso, diria eu, no acesso aos consumos e às próprias substâncias para consumir e, eventualmente, até à própria qualidade das substâncias e, portanto, quem está em maior situação de vulnerabilidade, por norma, enfim, tudo o resto, toda essa vulnerabilidade se manifesta nas esferas da sua vida. Quem está em maior circunstância de privilégio, também, por norma, esse privilégio, enfim, traduz-se em todas as esferas da vida e, portanto, há aqui circunstâncias também ao nível dos consumos aditivos que, creio, traduzem esse maior risco de discriminação, mas também de violência, mas também, se calhar, de consumo de drogas com menor qualidade, enfim, porque a sua obtenção é feita já em circuitos mais precarizados e, portanto, talvez a própria qualidade das substâncias, enfim, seja mais alterada e menos natural, enfim, diria assim, entre aspas e, certamente, isso também, enfim, também se traduz em alguns riscos do que pode ser, até do ponto de vista, enfim, dos riscos de saúde para as próprias pessoas que têm comportamentos aditivos e, particularmente, aqui no caso das...

E: De acordo com a sua experiência profissional de que forma a relação entre o uso de drogas e a violência sofrida pelas mulheres tem sido equacionada na intervenção técnica e profissional em Portugal? (Se não, porquê? Quais são os motivos? Se sim a que nível?)

E5: Eu diria que, efetivamente, a intervenção técnica e profissional em Portugal que cruza uma visão de prevenção e intervenção, enfim, à volta das questões da violência doméstica, também da perspectiva da questão dos que são os comportamentos aditivos, enfim, não reconheço que ela exista do ponto de vista estratégico ao nível do que são, enfim, as próprias medidas, estratégias nacionais a este nível e, de facto, inevitavelmente isso impacta e influencia também o que é a intervenção comunitária dos serviços da rede nacional de apoio a vítimas de violência doméstica das quais também não houverá particular domínio sobre o que é intervir matéria de violência doméstica, nomeadamente com mulheres com comportamentos aditivos, quer dizer, admito que haja pessoas com formação especializada, mas, em todo o caso, isso será redutor face ao universo total do

que são profissionais desta área. E, portanto, enfim, esta intervenção não existirá de forma estruturada e sistematizada, enfim, não sei exatamente bem quais são os motivos, diria que há aqui uma invisibilidade adicional, da mesma forma que há uma visibilidade sobre, enfim, todo o que são outras questões identitárias associadas às questões de género, historicamente, socialmente, culturalmente, há uma visibilização, enfim, as mulheres negras estão mais invisibilizadas do que, nomeadamente, as mulheres brancas, enfim, todas as dimensões identitárias e as características e práticas de vulnerabilidade acrescida, infelizmente, estão ainda muito invisibilizadas.

Como diz, no fundo, para além do uso das drogas existem outros riscos de discriminação que tornam as mulheres particularmente vulneráveis a serem vítimas de violência doméstica e de género? Pode-me falar um pouco sobre esses riscos, como identidades de género e outras...?

É certo que, do ponto de vista da estratégia nacional para a igualdade e não discriminação e do próprio plano de ação na área da violência doméstica contra as mulheres, enfim, o conceito da interseccionalidade é um pressuposto teórico desse instrumento de atuação e de planeamento estratégico a nível nacional. Mas daí, depois à prática, enfim, à própria perspectiva de intervenção do plano, e ainda mais depois ao nível do que são os serviços de proximidade com as vítimas de violência doméstica, as coisas às vezes não estão necessariamente advertidas, nomeadamente neste cruzamento das questões dos comportamentos aditivos e da violência doméstica. E, portanto, enfim, não sei exatamente quais foram as motivações.

Eu diria que tem muito a ver com a invisibilidade, enfim, talvez técnica, mas também científica, de estudos nesta área. Admito que, talvez, nos últimos anos tenha emergido mais investigação sobre a questão comportamentos aditivos e violência doméstica e questões de género, e as mulheres em particular. E, portanto, a prática também se faz do conhecimento científico e, portanto, é muito daí que orienta também o que é intervenção de proximidade e comunitária.

Por outro lado, é certo que, infelizmente, quando estamos a falar de populações vulnerabilizadas ou em circunstância de vulnerabilidade acrescida, também intervenção técnica ainda tem muito trabalho para fazer também no que é a desconstrução dos próprios preconceitos e estereótipos sobre circunstâncias de vulnerabilidade acrescida. E, neste caso, também sobre as pessoas que têm comportamentos aditivos, em particular aqui as

mulheres vítimas de violência doméstica com este tipo de comportamentos. Portanto, há aqui um trabalho também de desmistificação e desconstrução de estereótipos e, talvez, de percepções, no fundo, sobre os próprios direitos e os riscos de discriminação de quem está neste tipo de circunstâncias.

E, portanto, as práticas profissionais também são feitas de processo de melhoria. E, aqui, eu diria que, enfim, a maior parte do caminho estará por fazer e, para isso ser respeito, evidentemente, isto também implica uma relação com a academia, com as organizações não-governamentais que possam ter maior domínio sobre o cruzamento destas duas áreas. Mas, de facto, ao nível da rede nacional de apoio a vítimas de violência doméstica, do que a intervenção técnica, comunitária, de proximidade, isto não estará devidamente estruturado e pensado e a atuação, pelo menos, não será disseminada ou padronizada a nível nacional.

Enfim, pode ser que, em alguns contextos, e isso há certamente, algumas entidades tenham articulação com serviços de saúde e, nomeadamente, com serviços de saúde na área dos comportamentos aditivos, mas, enfim, estará mais sustentado num critério arbitrário e não tanto do ponto de vista estratégico da atuação e da transversalização. E, aqui, do nosso ponto de vista da CIG, também, do que é o acompanhamento nacional, a nível continental e nas ilhas, desta atuação. E, portanto, a esse nível as coisas não estão alinhadas.

Eu diria que haverá experiências em relação com os serviços, mas, enfim, será pouco face à realidade global, a nível nacional, do que é a intervenção nesta matéria. Eu diria que a invisibilização das questões dos comportamentos aditivos e das drogas, enfim, será um dos grandes motivos. E os próprios estereótipos e preconceitos também decorrentes do que é a intervenção social e as práticas profissionais nessa área também reforçam, no fundo, o afastamento da visibilidade destas questões.

E, portanto, enfim, traduziria isto mais a este nível que motive-se a invisibilidade da vulnerabilidade acrescida e esta, enfim, também não foge à regra do que são as invisibilidades das vulnerabilidades acrescidas. Claro que a leitura da lente interseccional e o compromisso da Estratégia Nacional para a Igualdade e a Discriminação com esta lente, ela é importante, mas, enfim, é preciso, enfim, temos caminho para fazer para passar da dimensão teórica, conceptual, à prática do terreno e da melhoria, nomeadamente, de

quem está em situação de maior vulnerabilidade. E aí, sim, temos caminho para fazer e claro que não é simples e aqui realmente não, enfim, traduz-se também essa complexidade.

E: Ao nível das políticas públicas, considera que esta relação está presente? E ao nível da intervenção de base comunitária? De que forma tem sido tomada esta relação o uso de drogas e a violência sofrida pelas mulheres em consideração?

E é nesse sentido que aqui, ao nível das políticas públicas, eu diria que esta relação não está, enfim, não está, não existe. Haverá aqui, enfim, o que existe ao nível do plano de ação, nomeadamente, é a formação de profissionais dos serviços, enfim, da Administração Pública, nomeadamente da área da saúde, em matéria de violência doméstica e violência contra as mulheres. Mas, enfim, não está claro também esta relação, nomeadamente, especialmente sobre a questão dos comportamentos aditivos, eu diria que ela é invisível ao nível do plano de ação.

É certo que, enfim, isso não implica que não se possa agir, mas é claro que do ponto de vista estratégico das políticas públicas, do que são os grandes instrumentos de atuação de política pública e política social nesta matéria, se isso, enfim, não resulta claro, isso também, inevitavelmente, da minha perspectiva técnica, também traduz-se o que é a invisibilidade sobre a complexidade destas dinâmicas da violência doméstica sobre mulheres com comportamentos aditivos. E, por outro lado, também uma falta, talvez, de maior domínio teórico, enfim, do que pode sustentar a necessidade de intervenção e de medidas e de ações concretas nesta, enfim, para além disso, diria que, para além das questões das políticas públicas e da invisibilidade deste, enfim, da relação destas duas dimensões, violência sobre mulheres com comportamentos aditivos, enfim, não identifico nenhuma medida, nenhuma ação que diretamente se relacione ou que perspetiva alguma intervenção nesta matéria, o que realmente me parece também uma vulnerabilidade do ponto de vista do planeamento estratégico das políticas públicas em Portugal na área da violência doméstica e da violência contra as mulheres.

Por outro lado, ao nível da intervenção de base comunitária, como digo, enfim, haverá alguma articulação de alguns serviços, mas não têm sido emanadas orientações estratégicas de articulação entre serviços da área da violência doméstica e serviços da área de saúde, nomeadamente sobre comportamentos aditivos.

E: Como é que vê a interação entre os serviços das DICAD e a RNAVVD ao nível da intervenção comunitária?

E se existe, está estruturada ou resulta de contatos informais? Se não existe, qual a importância que atribui uma articulação mais próxima entre os serviços de CAD e da RNAVVD? Porquê?

Houve uma referência, em determinada altura, numa reunião da Rede Nacional do Apoio a Vítimas de Violência Doméstica, enfim, não há muito tempo, onde emergiu esta preocupação, de facto. Internamente em algum momento também já foi discutida, mas daí não resultou, enfim, não resultou nenhuma abordagem específica e assim aqui, enfim, também como entidade que coordena e supervisiona a Rede Nacional do Apoio a Vítimas de Violência Doméstica, segundo a intervenção comunitária na área da violência doméstica, também em momento algum, desde que estou na CIG, emanou alguma informação, alguma orientação.

E: Obrigada.

Gelhas de Análise

Entrevista 1		
Categoria	Registo e síntese interpretativa	Discurso
<u>Especificidades e vulnerabilidades acrescidas das mulheres vítimas de violência de género e violência doméstica com comportamentos aditivos e dependências</u>	As mulheres que consomem drogas apresentam uma maior vulnerabilidade à violência doméstica devido ao impacto do consumo na sua saúde emocional, física e psicológica. A dependência de substâncias pode colocá-las numa posição de dependência económica e emocional em relação ao agressor, o que agrava a sua vulnerabilidade.	"Sim isso não tenho qualquer dúvida. E puseste bem a questão não é? É uma maior vulnerabilidade. Às vezes dizem as mulheres são mais vulneráveis. Não não são mais vulneráveis. Têm uma maior vulnerabilidade associada ao consumo que as coloca numa posição de vulnerabilidade e muitas vezes de dependência. [...] E também o seu estado decorrente do próprio consumo emocional físico psicológico seja tudo isto as coloca sempre numa vulnerabilidade e como alvos mais fáceis eventualmente de serem vítimas de uma agressão."
<u>Interseção entre as políticas públicas e os</u>	A articulação entre os serviços que lidam com	"Nós há alguns anos tivemos alguns trabalhos

<p><u>serviços de proximidade e comunitários da saúde dos comportamentos aditivos e dependências, em particular da Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD), e os serviços da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD)</u></p>	<p>comportamentos aditivos e dependências e os serviços de apoio a vítimas de violência doméstica é essencial, mas atualmente insuficiente. Há uma necessidade de maior colaboração e formação conjunta para lidar de forma eficaz com casos que envolvem ambas as questões.</p>	<p>com algumas estruturas que apoiam pessoas que consomem. Nesse sentido também de dar algumas ferramentas aos técnicos para perceberem também como lidar com as situações de violência. [...] tem que haver aqui uma inter-relação penso que maior para percebermos os dois mundos e não conflituarmos com os dois mundos. Porque às vezes os interesses parecem opostos mas não são os comuns."</p>
<p><u>Práticas profissionais ao nível dos cuidados de saúde da Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD)</u></p>	<p>As práticas profissionais dos serviços de saúde focados em comportamentos aditivos precisam ser mais integradas com a abordagem das vítimas de violência. Há uma necessidade de sensibilidade e formação específica para entender e responder adequadamente às necessidades complexas dessas mulheres.</p>	<p>"Evidentemente quem trabalha nos SCADs são os especialistas em lidar com as drogas. Outra malta é especialista em trabalhar com processos de vitimização. Portanto tem que haver aqui uma inter-relação penso que maior para percebermos os dois mundos e não conflituarmos com os dois mundos."</p>

<p><u>Influência dos comportamentos aditivos nas práticas profissionais dos serviços da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD)</u></p>	<p>O consumo de drogas pelas vítimas de violência doméstica influencia significativamente a abordagem e o tratamento oferecido pelos serviços de apoio. A complexidade de lidar com vítimas que têm consumos ativos exige uma resposta coordenada que muitas vezes não é possível devido à falta de formação e recursos adequados.</p>	<p>"É extremamente complexo uma pessoa acolher uma vítima de violência doméstica que esteja com consumos ativos numa estrutura de acolhimento [...] imaginem o que é alguém com consumos ativos entrar numa estrutura que tem mais 15 20 pessoas lá dentro que não consomem como tudo e tudo que nós sabemos pode acontecer seja no termo da abstinência seja no termo da droga ativa porque não há aqui um trabalho prévio."</p>
<p>Conclusão</p>	<p>A entrevista com revela os desafios e as complexidades envolvidas na interseção entre a violência de género, a violência doméstica e os comportamentos aditivos e dependências. As mulheres que são vítimas de violência e que simultaneamente lidam com dependências enfrentam uma vulnerabilidade acrescida que exige uma resposta integrada e holística dos serviços de apoio.</p> <p>A conversa destacou a necessidade de uma maior articulação entre os serviços de saúde especializados em comportamentos aditivos e os serviços de apoio a vítimas de violência doméstica. A falta de formação específica e a insuficiente colaboração entre estas entidades foram</p>	

	<p>identificadas como barreiras significativas para a prestação de um apoio eficaz e abrangente. O vice-presidente enfatizou a importância de uma formação conjunta e contínua para os profissionais, a fim de equipá-los com as ferramentas e o conhecimento necessários para lidar com situações complexas de forma adequada.</p> <p>Outro ponto crucial abordado foi a dificuldade em acolher vítimas com consumos ativos em estruturas de apoio, devido à complexidade e aos riscos associados. A necessidade de um trabalho prévio e de uma abordagem sensível às especificidades dessas vítimas foi amplamente discutida, sublinhando a importância de práticas integradas e coordenadas.</p> <p>Em suma, a entrevista sublinha a urgência de uma resposta coordenada e integrada que transcenda as barreiras institucionais e administrativas, assegurando que as intervenções sejam abrangentes e eficazes. Há um consenso sobre a necessidade de sair das "cápsulas" institucionais e promover uma reflexão contínua sobre as práticas profissionais para melhorar a resposta às vítimas de violência de género e doméstica com comportamentos aditivos. A colaboração intersectorial, a formação específica e a adaptação das abordagens são fundamentais para oferecer um apoio verdadeiramente eficaz e holístico a estas mulheres vulneráveis.</p>
--	---

Entrevista 2

Categoria	Registo e síntese interpretativa	Discurso
<p><u>Especificidades e vulnerabilidades acrescidas das mulheres vítimas de violência de género e violência doméstica com comportamentos aditivos e dependências</u></p>	<p>As mulheres com comportamentos aditivos e dependências estão significativamente mais vulneráveis à violência de género e doméstica. Elas frequentemente não conseguem perceber ou reconhecer os atos de violência devido à normalização destes comportamentos na sua vida e cultura associada ao consumo. Além disso, a dependência torna-as mais suscetíveis e recetivas à violência como uma forma de obterem proteção ou apoio para continuar a consumir. Muitas dessas mulheres também estão envolvidas em trabalho sexual, o que aumenta ainda mais a sua exposição a múltiplas formas de violência e discriminação.</p>	<p>"Em primeiro lugar estão muito mais vulneráveis, muito mais expostas, e muitas vezes até porque não conseguem perceber o que é que se entende por violência doméstica e se um determinado comportamento é ou não violento porque ele faz parte da sua prática cultural, da prática, digamos, da própria vida dos consumos. (...) Portanto, eu tenho que ficar com ele, eu tenho que ficar nesta condição para ter alguém que me proteja. Normalmente, as mulheres que consomem substâncias psicoativas também fazem trabalho sexual. (...) Estes determinantes entrecruzem-se e</p>

		potenciam-se mutuamente."
<u>Interseção entre as políticas públicas e os serviços de proximidade e comunitários da saúde dos comportamentos aditivos e dependências, em particular da Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD), e os serviços da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD)</u>	A interseção entre os serviços de saúde de comportamentos aditivos e dependências e os serviços da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica ainda é limitada e pouco operacional na prática. Apesar de existir uma compreensão nas grandes políticas públicas sobre a importância dessa interseção, faltam orientações claras e uma visão operacional para os técnicos que trabalham diretamente com essas populações. A articulação entre os serviços depende muito da iniciativa individual dos técnicos e de protocolos informais, quando existentes.	"Tem sido equacionada em fóruns muito restritos ainda com pouca capacidade de abranger todos os técnicos ou de haver linhas de orientação para todos os técnicos que trabalham na área dos comportamentos aditivos. (...) No entanto, na prática dos técnicos e nas unidades em que se trabalha diretamente com estas pessoas, homens e mulheres com comportamento aditivo, isto é muito, muito, muito pouco operativo. Não há linhas de orientação, não há às vezes até uma visão clara do quão expostas à violência estas mulheres estão."
<u>Práticas profissionais ao nível dos cuidados de saúde da Divisão de Intervenção em</u>	As práticas profissionais na área dos comportamentos aditivos frequentemente não consideram de forma adequada a violência de género. As mulheres com	"E mesmo nas equipas de proximidade, quando há esse primeiro contacto, muitos deles também se opõem, os companheiros destas mulheres, porque

<p><u>Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD)</u></p>	<p>comportamentos aditivos tendem a ser invisíveis no sistema de saúde por longos períodos devido à conformidade com estereótipos de género, o que mascara os problemas de dependência. Além disso, a capacidade adaptativa das mulheres e a prescrição de substâncias psicoativas para tratar sintomas psicológicos contribuem para a invisibilidade dos seus problemas.</p>	<p>esse primeiro contacto pode significar uma aproximação à rede nacional dos cuidados de saúde e, neste caso, no âmbito dos comportamentos aditivos. E, portanto, há sempre uma certa obstaculização porque se ela deixar de consumir antes dele, ela vai deixar de fazer trabalho sexual, vai deixar de capear, vai deixar de fazer aquilo que faz, e ele vai deixar de ter o benefício de ter ali uma companheira que, no fundo, assiste os seus consumos."</p>
<p><u>Influência dos comportamentos aditivos nas práticas profissionais dos serviços da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD)</u></p>	<p>A Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) enfrenta desafios adicionais ao atender mulheres com comportamentos aditivos. A falta de conhecimento específico e a ausência de protocolos claros dificultam a articulação e a resposta eficaz às necessidades</p>	<p>"A SICAD e as casas de acolhimento para vítimas de violência doméstica, os atendimentos? (...) Não existe ou melhor, existe dependendo da pessoa, vou dizer assim, do técnico que está na situação em si. (...) Não conheço nada e, quando acontecem as situações, quem tem</p>

	<p>dessas mulheres. A abordagem da violência é muitas vezes generalizada, sem considerar as especificidades e vulnerabilidades associadas ao consumo de substâncias.</p>	<p>conhecimento para agilizar essa relação, porque isso também não passa só por percepção, também tem que se ter conhecimento, tem que saber quem são, o que fazem, como é que podemos colaborar, tem que se fazer reuniões, tem que se trabalhar muito para conseguir depois fazer essas referências ou existir essa relação por relação àquela pessoa em concreto."</p>
<p>Conclusão</p>	<p>A entrevista evidencia uma lacuna significativa na articulação entre os serviços de saúde para comportamentos aditivos e os serviços de apoio a vítimas de violência doméstica. As mulheres que enfrentam dependências químicas estão em uma posição de extrema vulnerabilidade, muitas vezes incapazes de reconhecer a violência devido à normalização de comportamentos abusivos em suas vidas.</p> <p>A interseção entre políticas públicas e serviços comunitários ainda é limitada e pouco operacional na prática. Embora haja um reconhecimento nas grandes políticas públicas sobre a importância dessa interseção, faltam orientações claras e uma visão operacional para os técnicos que trabalham diretamente com essas populações. A resposta eficaz às necessidades dessas</p>	

	<p>mulheres é frequentemente prejudicada pela falta de conhecimento específico e pela ausência de protocolos estruturados, resultando em uma abordagem generalizada que não considera suas vulnerabilidades únicas.</p> <p>É crucial fortalecer a interseção entre os serviços de saúde para comportamentos aditivos e a Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica, com a implementação de orientações claras e práticas para os técnicos. Superar a invisibilidade das mulheres com dependências no sistema de saúde e desenvolver protocolos estruturados são passos essenciais para melhorar o apoio e a resposta a essas mulheres, garantindo que suas necessidades sejam devidamente atendidas e que possam encontrar caminhos seguros para a recuperação e o bem-estar.</p>
--	---

Entrevista 3		
Categoria	Registo e síntese interpretativa	Discurso
<u>Especificidades e vulnerabilidades acrescidas das mulheres vítimas de violência de género e violência doméstica com comportamentos aditivos e dependências</u>	<p>As mulheres que usam drogas estão extremamente vulneráveis à violência de género e doméstica devido a múltiplos estigmas. Elas enfrentam o estigma de serem "mal comportadas", de prostituição (real ou assumida), e de uso de substâncias ilícitas. Estas</p>	<p>"Bem, eu acho que elas estão extremamente vulneráveis porque são as mal comportadas. [...] Desde logo ficam, acho que ficam sozinhas muito mais cedo. [...] uma necessidade muito grande de se distanciarem da ideia da prostituição."</p>

	mulheres muitas vezes tentam se distanciar da ideia de prostituição para serem respeitadas.	
<u>Interseção entre as políticas públicas e os serviços de proximidade e comunitários da saúde dos comportamentos aditivos e dependências, em particular da Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD), e os serviços da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD)</u>	Há uma falta de articulação clara entre os serviços de saúde de comportamentos aditivos e dependências (DICAD) e os serviços da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD). Existe a necessidade de políticas públicas mais integradas e específicas para essas interseções.	"Não conheço. [...] Acho que o SICAD no seu programa de formação demonstra alguma preocupação. [...] Agora para além da questão da formação, não conheço por exemplo nenhuma carta com procedimentos para as instituições, por exemplo."
<u>Práticas profissionais ao nível dos cuidados de saúde da Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD)</u>	As práticas profissionais na DICAD precisam considerar mais profundamente a vulnerabilidade específica das mulheres com comportamentos aditivos. Há uma necessidade de estruturas que garantam a segurança e a privacidade das mulheres.	"Eu chegava a preferir que houvesse uma comunidade só para mulheres ou que aquela comunidade passasse a ser só para homens [...] Mas separaram-se os géneros."

<p><u>Influência dos comportamentos aditivos nas práticas profissionais dos serviços da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD)</u></p>	<p>Os comportamentos aditivos complicam o atendimento e a proteção das vítimas de violência doméstica. Há uma necessidade de formação específica e de estratégias para lidar com esses casos de forma eficaz.</p>	<p>"E havia problemas muito grandes de colocar homens e mulheres juntos numa casa pequena e que é muito fácil de criar essas estruturas de poder [...] que inevitavelmente põe as mulheres sempre em desvantagem."</p>
<p>Conclusão</p>	<p>A entrevista 3 oferece uma visão aprofundada sobre as complexas interseções entre violência de gênero, violência doméstica, e comportamentos aditivos e dependências. As mulheres que enfrentam essas questões estão expostas a múltiplas camadas de vulnerabilidade, decorrentes de estigmas sociais associados ao uso de substâncias e à prostituição, quer seja real ou presumida. Essas mulheres frequentemente enfrentam desafios adicionais, como a necessidade de se distanciar de estereótipos negativos para serem respeitadas e protegidas.</p> <p>A interseção entre políticas públicas e serviços de saúde voltados para comportamentos aditivos (DICAD) e os serviços de apoio a vítimas de violência doméstica (RNAVVD) não está suficientemente clara ou integrada. Há uma evidente necessidade de uma melhor articulação entre esses serviços para garantir que as mulheres recebam atendimento adequado e sensível às suas múltiplas necessidades. A entrevistada 3 aponta que, embora exista uma preocupação com a formação dos</p>	

	<p>profissionais, faltam procedimentos específicos e integrados entre as instituições.</p> <p>Em termos de práticas profissionais, a DICAD precisa adaptar as suas abordagens para considerar as vulnerabilidades específicas das mulheres com comportamentos aditivos, sugerindo a criação de espaços seguros e separados por gênero para evitar estruturas de poder desiguais. No âmbito da RNAVVD, os comportamentos aditivos das vítimas complicam a prestação de serviços e requerem formação específica para os profissionais que lidam com esses casos.</p> <p>A conclusão geral da entrevista destaca a necessidade urgente de uma abordagem integrada e sensível ao gênero que aborde as complexas interseções entre violência de gênero, violência doméstica e comportamentos aditivos. As políticas públicas e as práticas profissionais devem ser adaptadas para oferecer suporte eficaz e compassivo a estas mulheres, reconhecendo suas vulnerabilidades específicas e os múltiplos desafios que enfrentam.</p>
--	---

Entrevista 4		
Categoria	Registro e síntese interpretativa	Discurso
<u>Especificidades e vulnerabilidades acrescidas das mulheres vítimas de violência de gênero e violência</u>	Mulheres que são vítimas de violência de gênero e doméstica e que também apresentam comportamentos aditivos	“Eu acho que tem que ser trabalhado o impacto desses profissionais e vamos trabalhar isso também. E a DICAD tem feito através,

<p><u>doméstica com comportamentos aditivos e dependências</u></p>	<p>enfrentam desafios complexos. Estes incluem a necessidade de apoio especializado durante a gravidez, abordagens integradas que considerem a saúde física e mental, e suporte contínuo em termos de parentalidade. É crucial que as intervenções considerem o contexto multifacetado dessas mulheres, que frequentemente enfrentam estigmatização adicional devido às suas dependências.</p>	<p>nomeadamente, da Doutora Irene Reis. A doutora Irene tem feito um trabalho excecional nesta área”</p> <p>"E eu acho que dos consumos de uma maneira geral até e também por isso é que começámos agora o contacto com o DICAD há aqui dois aspetos. Um que é o que eu sinto é que os consumos são muitas vezes um escape para situações de vitimização ou trauma progressos."</p>
<p><u>Interseção entre as políticas públicas e os serviços de proximidade e comunitários da saúde dos comportamentos aditivos e dependências, em particular da Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD), e os serviços da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD)</u></p>	<p>A integração entre as políticas públicas e os serviços de proximidade é fundamental para oferecer um apoio eficaz às vítimas. A DICAD e a RNAVVD precisam de colaborar estreitamente para garantir que as vítimas recebam suporte holístico. A falta de uniformidade nos conceitos e sistemas de informação entre as diferentes entidades é um</p>	<p>"Temos que formar e capacitar mais os profissionais... um programa de formação conjunto... um programa de tudo... mesmo integrado."</p> <p>"Porque muito sinceramente ninguém muda comportamentos só na justiça. Não é? Ou quando tem o processo judicial."</p>

	<p>obstáculo que deve ser superado. Além disso, a capacitação contínua dos profissionais é necessária para assegurar que todos os intervenientes tenham o conhecimento e habilidades necessárias para lidar com estas situações complexas.</p>	<p>"E esta interface interseccionalidade das violências como se nós não tivéssemos conseguido provar nunca. Estamos sempre só no aqui e no agora neste momento."</p>
<p><u>Práticas profissionais ao nível dos cuidados de saúde da Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD)</u></p>	<p>A DICAD adota práticas específicas voltadas para a deteção precoce e intervenção em casos de mães grávidas com comportamentos de risco. A sinalização e denúncia rápida destas situações aos CPJs (Comissões de Proteção de Crianças e Jovens) são cruciais para garantir a segurança e bem-estar das crianças. A DICAD também trabalha na formação contínua dos seus profissionais para lidar com as particularidades dos comportamentos aditivos e suas implicações na saúde</p>	<p>"Os hospitais têm mais facilidade em sinalizar estas situações e denunciar também para as CPJs assim que nasce a criança."</p> <p>"Nós temos feito formação por exemplo aqui no Algarve tivemos um longo programa de formação com a Patrícia Claudine que é uma pessoa que se tem dedicado às competências parentais."</p>

	e segurança das mulheres e suas famílias.	
<u>Influência dos comportamentos aditivos nas práticas profissionais dos serviços da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD)</u>	Os comportamentos aditivos têm um impacto significativo nas práticas dos serviços de apoio às vítimas. A RNAVVD precisa adaptar as suas abordagens para considerar as particularidades das vítimas com dependências, o que inclui a formação específica dos profissionais, a necessidade de um sistema de informação robusto e a colaboração com outros serviços como o INEM e a SNS 24. A partilha de informações e a criação de protocolos integrados são essenciais para uma resposta eficaz e coordenada.	"Estamos a trabalhar muito nisso até estamos mais avançados com o INEM do que propriamente com o SICAD. E também com a SNS 24." "A verdade é que eu entendo as questões terapêuticas em que fecham a informação porque está em causa a reabilitação de alguém e não a punição de alguém entendo isso tudo mas a verdade que me preocupa é as crianças que estão envolvidas nesses agregados."
Conclusão	A entrevista revela a complexidade e os desafios que envolvem a interseção entre a violência de género, a violência doméstica e os comportamentos aditivos e dependências. As mulheres que sofrem destes múltiplos fatores de vulnerabilidade enfrentam situações particularmente delicadas que exigem uma abordagem	

	<p>holística e integrada dos serviços de apoio e saúde. Destacou a importância de uma intervenção específica durante a gravidez, apontando para a necessidade de um apoio robusto em termos de parentalidade e saúde integral. A colaboração entre a Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) e a Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) é essencial, mas ainda há um longo caminho a percorrer para que esta integração seja plena e eficaz.</p> <p>A formação contínua e capacitação dos profissionais emergem como pontos cruciais, tanto na identificação precoce de situações de risco quanto na implementação de intervenções adequadas. A uniformização de conceitos e sistemas de informação é também vital para assegurar que todos os envolvidos possuam uma compreensão comum e possam agir de forma coordenada. Adicionalmente, a influência dos comportamentos aditivos nas práticas dos serviços de apoio às vítimas sublinha a necessidade de uma resposta adaptada e sensível a estas especificidades. A partilha de informação e a criação de protocolos integrados são fundamentais para uma resposta eficaz, garantindo que as vítimas recebam o apoio necessário em todas as frentes.</p>
--	---

Entrevista 5		
Categoria	Registo e síntese interpretativa	Discurso

<p><u>Especificidades e vulnerabilidades acrescidas das mulheres vítimas de violência de género e violência doméstica com comportamentos aditivos e dependências</u></p>	<p>As mulheres vítimas de violência de género e violência doméstica que também apresentam comportamentos aditivos e dependências enfrentam vulnerabilidades acrescidas. Estas vulnerabilidades são complexificadas pelo estigma associado ao uso de substâncias, que pode agravar a discriminação e marginalização que já sofrem. Este grupo de mulheres enfrenta desafios adicionais no acesso a serviços de apoio e tratamento, muitas vezes devido a preconceitos e falta de compreensão das suas necessidades específicas.</p>	<p>"Eu diria que nomeadamente as mulheres com consumos aditivos e portanto que utilizam drogas... acentuam a complexidade e a própria vulnerabilidade do que é a vitimação e do que é estar num contexto e numa dinâmica de violência doméstica"</p>
<p><u>Interseção entre as políticas públicas e os serviços de proximidade e comunitários da saúde dos comportamentos aditivos e dependências, em particular da Divisão de Intervenção em</u></p>	<p>Existe uma falta de interseção clara e estratégica entre as políticas públicas relativas aos comportamentos aditivos e dependências e os serviços de apoio a vítimas de violência</p>	<p>"Eu diria que efetivamente a intervenção técnica e profissional em Portugal que cruza uma visão de prevenção e intervenção... não reconheço que ela exista do ponto de vista estratégico"</p>

<p><u>Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD), e os serviços da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD)</u></p>	<p>doméstica. Embora haja alguns exemplos de articulação entre serviços, estas iniciativas não são padronizadas nem disseminadas nacionalmente. A invisibilidade destas questões nas políticas públicas contribui para a ausência de estratégias eficazes de intervenção integrada.</p>	
<p><u>Práticas profissionais ao nível dos cuidados de saúde da Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD)</u></p>	<p>As práticas profissionais na DICAD enfrentam desafios devido à falta de formação específica e à invisibilidade das necessidades das mulheres com comportamentos aditivos vítimas de violência. Há uma necessidade de maior formação e sensibilização dos profissionais de saúde para lidar com a interseção destas questões de forma eficaz e humanizada.</p>	<p>"Enfim pode ser que em alguns contextos... algumas entidades tenham articulação com serviços de saúde... mas estará mais sustentado num critério arbitrário e não tanto do ponto de vista estratégico"</p>
<p><u>Influência dos comportamentos aditivos nas práticas profissionais dos serviços da Rede</u></p>	<p>Os comportamentos aditivos influenciam significativamente as práticas dos serviços da</p>	<p>"Por outro lado... infelizmente quando estamos a falar de populações</p>

<p><u>Nacional de Apoio a</u> <u>Vítimas de Violência</u> <u>Doméstica (RNAVVD)</u></p>	<p>RNAVVD, muitas vezes complicando o acolhimento e a intervenção. A falta de estratégias claras e a invisibilidade desta interseção nas políticas públicas resultam em respostas inadequadas e desarticuladas.</p>	<p>vulnerabilizadas... a intervenção técnica ainda tem muito trabalho para fazer"</p>
<p>Conclusão</p>	<p>A entrevista com destacou vários desafios e áreas críticas que precisam de atenção urgente no contexto das mulheres vítimas de violência de gênero e violência doméstica com comportamentos aditivos e dependências.</p> <p>Estas mulheres enfrentam vulnerabilidades acrescidas devido à discriminação e marginalização associadas ao uso de substâncias, o que complica o acesso a serviços de apoio e tratamento adequados. A interseção entre políticas públicas de saúde para comportamentos aditivos e serviços de apoio a vítimas de violência doméstica é insuficiente, resultando em intervenções desarticuladas e menos eficazes.</p> <p>Ademais, os profissionais de saúde da Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) enfrentam desafios devido à falta de formação específica e à invisibilidade das necessidades destas mulheres. A falta de estratégias claras e a invisibilidade das questões relacionadas com comportamentos aditivos nas políticas públicas contribuem para respostas inadequadas e desarticuladas, deixando as mulheres ainda mais vulneráveis. Em</p>	

	<p>resumo, a entrevista sublinha a necessidade urgente de maior visibilidade, formação especializada e uma abordagem integrada e estratégica para abordar as complexas necessidades das mulheres que enfrentam tanto a violência de género quanto os comportamentos aditivos.</p>
--	---