



VIOLÊNCIA INTERPESSOAL

ABORDAGEM, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

DEZEMBRO 2014



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde



ASGVCV
AÇÃO DE SAÚDE SOBRE GÉNERO,
VIOLÊNCIA E CICLO DE VIDA



VIOLÊNCIA INTERPESSOAL

ABORDAGEM, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

DEZEMBRO 2014

FICHA TÉCNICA

Título

Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde

Equipa Redatorial

Ana Perdigão
Bárbara Menezes
Conceição Almeida
Daniela Machado
Marta Chaves da Silva
Vasco Prazeres (Coord.)

Colaboração

Álvaro de Carvalho
Ana Cristina Guerreiro
Ana Leça
Anabela Coelho
Ana Lúcia Torgal
Armando Leandro
Carlos Silva Santos
Cláudia Casimiro
Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género
Cristina Maria D'Arrábida
Cristina Soeiro
Dália Costa
Daniel Cotrim
Elsa Mota
Elza Pais
Fernanda Oliveira
Helena Penelas Monteiro
Heloísa Perista
Jorge Costa Santos
Lisa Vicente
Manuel Lisboa
Márcia Oliveira
Maria do Céu Cunha Rego
Maria Constantina Silva
Maria José Gonçalves

Maria José Lobo Fernandes
Maria Sherman de Macedo
Miguel Carmo
Miguel Xavier
Odete Mendes
Regina Tavares da Silva
Ricardo Carvalho
Sara Falcão Casaca
Sérgio Gomes
Teresa Montano

Editor

Direção-Geral de Saúde
Alameda D. Afonso Henriques
1049-005 Lisboa - Portugal
Tel: 218 430 500
Fax: 218 430 530
E-mail: dgs@dgs.pt
<http://www.dgs.pt/>

Design Gráfico

Bloco D, Design e Comunicação

Impressão

Gráfica Comercial

Tiragem

500 exemplares

ISBN

Depósito Legal

Dezembro de 2014

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Nota: o conteúdo do presente documento pode não refletir, na íntegra, as opiniões de cada um dos elementos que contribuíram para a sua elaboração.

“Muitos dos que convivem diariamente com a violência assumem-na como uma parte intrínseca da condição humana. Não tem de ser assim.

A violência pode ser evitada. As culturas violentas podem ser mudadas. Os governos, as comunidades e os indivíduos podem fazer a diferença”.

Nelson Mandela

In Prefácio do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002)

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE FIGURAS	10
ÍNDICE DE QUADROS	11
PREFÁCIO	13
INTRODUÇÃO	15
I – ENQUADRAMENTO	21
1. O FENÓMENO DA VIOLÊNCIA	23
1.1. Conceito de Violência	24
1.1.1. Violência e Agressividade	25
1.1.2. Violência e Crime	26
1.2. Tipologia da Violência	26
1.3. A Violência em Números	28
1.3.1. Dados Mundiais e Europeus	28
1.3.2. Dados Nacionais por Tipos de Violência	31
1.4. Impacte e Custos da Violência	34
1.5. Determinantes da Violência	38
1.5.1. Modelo Ecológico da Violência	38
1.5.2. Determinantes de Género	40
1.5.3. Transgeracionalidade e Violência	42
1.5.4. Violência e Comunicação Social	43
2. ÁREAS TEMÁTICAS	45
2.1. Violência nas Relações de Intimidade	45
2.1.1. Enquadramento da Violência Doméstica e de Género	46
2.1.2. Fatores de Risco Associados à Violência nas Relações de Intimidade	48
2.1.3. Mitos Associados à Violência nas Relações de Intimidade	50
2.1.4. Dinâmicas Relacionais	51
2.1.5. Características de Vitimização	54
2.1.6. Violência nas Relações de Intimidade Durante a Gravidez	58
2.1.7. Violência no Namoro	60
2.2. Maus Tratos em Crianças e Jovens	62
2.2.1. Tipologias de Maus Tratos em Crianças e Jovens	62
2.2.2. Impacte dos Maus Tratos em Crianças e Jovens	63
2.2.2.1. Impacte da Violência Doméstica nas Crianças	64
2.3. Tráfico de Seres Humanos	66
2.3.1. Tráfico de Seres Humanos em Crianças e Jovens	68
2.3.2. Tráfico de Seres Humanos e Auxílio à Imigração Ilegal	69
2.3.3. Indicadores de Tráfico de Seres Humanos	70

2.4. Violência Sexual	72
2.5. Violência Contra Pessoas Idosas e Dependentes	75
2.6. Violência no Local de Trabalho	78
2.6.1. Mobbing	79
2.6.2. Violência nos Serviços de Saúde	80
2.7. Suicídio e Violência Autodirigida	82
2.8. Outros Conceitos e Formas de Violência	83
2.8.1. Stalking	83
2.8.2. Bullying	85
2.8.3. Grooming	89
2.8.4. Sexting	91
2.8.5. Síndrome de Estocolmo	91
2.8.7. Casamento Forçado	94
II - BOAS PRÁTICAS NA ATUAÇÃO DA SAÚDE	95
1. PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA	98
1.1. Responsabilidade do Setor da Saúde	98
1.2. Estratégias de Prevenção da Violência	98
1.3. Papel das Equipes de Saúde na Prevenção da Violência	100
2. MODELOS ORGANIZATIVOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	103
2.1. Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco	103
2.2. Ação de Saúde sobre Gênero, Violência e Ciclo de Vida	105
3. MODELO DE CUIDADOS INTEGRAIS EM SAÚDE	109
4. ASPETOS GERAIS NO ATENDIMENTO A VÍTIMAS	111
4.1. Humanização no Atendimento	111
4.2. Comunicação Empática	112
4.3. O Primeiro Atendimento	113
4.4. Atendimento em Situação de Emergência ou Crise	115
5. ASPETOS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS	117
5.1. Sigilo e Segurança	117
5.2. Sigilo Profissional e Obrigatoriedade de Denúncia	119
5.3. Minimização de Danos	120
5.4. Respeito pelo Tempo, Ritmo e Decisões da vítima	121

5.5. Princípio da Autonomia da Vítima	121
5.6. Consentimento Declarado, de Forma Livre e Esclarecida	121
5.7. Partilha de Informação.....	122
6. IMPACTE DA INTERVENÇÃO NA SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS	123
7. INTERVENÇÃO COM AGRESSORES/AS.....	125
7.1. Programa para Agressores de Violência Doméstica.....	127
8. O TRABALHO EM REDE.....	128
9. ASPETOS LEGAIS.....	132
9.1. Direitos das Vítimas de Crimes.....	132
9.1.1. Direitos das Crianças e Jovens.....	133
9.2. Enquadramento Penal	134
9.2.1. Processo Penal.....	136
9.2.2. Medidas de Proteção e Coação.....	136
9.2.3. Penas Acessórias.....	137
III - PROTOCOLO GERAL DE Atuação	139
1. RASTREIO.....	149
1.1. Abordagem Inicial	150
1.2. Rastreio de Violência durante a Gravidez	151
2. DETEÇÃO / AVALIAÇÃO.....	155
2.1. Indicadores de suspeita de violência.....	155
2.2. Entrevista como instrumento de deteção.....	157
2.2.1. Situações de SUSPEITA de Violência	157
2.2.2. Situações de CONFIRMAÇÃO de Violência.....	159
2.3. Obstáculos à Deteção	160

2.4. Avaliação	161
2.4.1. Avaliação Psicossocial	162
2.4.2. Avaliação da Situação de Violência	162
2.4.3. Exame Físico	164
2.4.4. Avaliação do Estado Emocional	174
2.4.5. Avaliação do Processo de Mudança na Vítima	175
2.4.6. Avaliação dos Indicadores de Risco	176
3. HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO	181
4. REGISTO	185
5. ATUAÇÃO	187
5.1. Protocolos de Atuação	189
5.1.1. Situação de Suspeita	191
5.1.2. Situação de Risco	192
5.1.3. Situação de Perigo Iminente	193
5.2. Atuação em Situações de Vitimização Específicas	194
5.2.1. Situações Agudas e/ou Agressão Sexual	194
5.2.2. Mutilação Genital Feminina	195
5.2.3. Tráfico de Seres Humanos	196
5.2.4. Violência contra Profissionais de Saúde	200
5.2.5. Procedimentos Específicos	201
6. SINALIZAÇÃO	205
NOTAS FINAIS	209
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	210
BIBLIOGRAFIA	212
SITES DE REFERÊNCIA	225
NACIONAIS	225
INTERNACIONAIS	226
ANEXOS	229

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Tipologia da Violência.....	27
Figura 2 – Efeitos da Violência na Saúde	36
Figura 3 – Modelo Ecológico da Violência.....	38
Figura 4 – Estratégias de Intervenção baseadas no Modelo Ecológico	40
Figura 5 – Roda do Poder e do Controle.....	52
Figura 6 – Roda da Igualdade.....	52
Figura 7 – Ciclo da Violência	53
Figura 8 - Efeitos da Violência nas Relações de Intimidade Durante a Gravidez.....	59
Figura 9 - Consequências para a Saúde dos Maus Tratos em Crianças e Jovens.....	63
Figura 10 – Efeitos da Violência Doméstica em Crianças e Jovens	64
Figura 11 - Efeitos da Violência no Local de Trabalho	79
Figura 12 - Comportamentos de Risco de Ocorrência de Grooming na Internet	91
Figura 13 - Estrutura da ASCJR	104
Figura 14 - Princípios Norteadores da ASGVCV	106
Figura 15 - Estrutura da ASGVCV	107
Figura 16 - Interligação Regional ASCJR-ASGVCV	107
Figura 17 - Atores Sociais.....	129
Figura 18 - Tipificação de Crimes Relacionados com Violência.....	135
Figura 19 - Etapas do Processo Penal.....	136
Figura 20 - Medidas de Coação e Proteção	136
Figura 21 - Funções Mínimas do Setor da Saúde para a Intervenção em Violência	142
Figura 22 - Fluxograma Geral de Atuação em Violência Interpessoal	145
Figura 23 - <i>Print screen</i> do Registo de Avaliação Familiar em SAM e SAPE	185
Figura 24 - <i>Print screen</i> da Sinalização de Risco da Criança/Jovem em SAM/SAPE/sclínico	186
Figura 25 - Fluxograma de Atuação em Situações Agudas e/ou de Agressão Sexual.....	194
Figura 26 - Fluxograma de Atuação – Mutilação Genital Feminina em Crianças.....	195
Figura 27 - <i>Print Screen</i> do Acesso ao Formulário de Registo da MGF Através da PDS.....	196
Figura 28 - Princípios Orientadores para o Apoio a Vítimas de Tráfico (OMS).....	196

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Natureza da Violência Interpessoal.....	28
Quadro 2 - Violência Interpessoal - Factos na Europa.....	30
Quadro 3 - Violência nas Relações de Intimidade – Dados Internacionais em Ambos os Sexos.....	30
Quadro 4 – Estatísticas Nacionais sobre Violência Doméstica	33
Quadro 5 – Custos da Violência	35
Quadro 6 – Custos Económicos da Violência Interpessoal – Dados Mundiais.....	35
Quadro 7 – Custos da Violência em Portugal.....	37
Quadro 8 – Vantagens Económicas da Prevenção.....	37
Quadro 9 - Artigo 152º do Código Penal.....	46
Quadro 10 - Mitos e Factos Associados à Violência nas Relações de Intimidade	50
Quadro 11 - Artigo 160º do Código Penal.....	67
Quadro 12 - Elementos Característicos das Situações de TSH.....	68
Quadro 13 - Artigo 183º da Lei n.º 29/2012.....	69
Quadro 14 - Diferenças entre Tráfico de Seres Humanos e Auxílio à Imigração Ilegal.....	69
Quadro 15 - Indicadores Gerais de Tráfico de Seres Humanos.....	70
Quadro 16 - Indicadores Específicos de Tráfico de Seres Humanos	70
Quadro 17 - Artigos 163º a 170º do Código Penal	73
Quadro 18 - Artigos 171º a 178º do Código Penal	73
Quadro 19 – Fatores de Risco na Violência Contra Pessoas Idosas.....	75
Quadro 20 – Tipologia de Vítimas e Perpetradores/as de <i>Stalking</i>	83
Quadro 21 - Comportamentos de <i>Stalking</i>	84
Quadro 22 - Tipificação dos Crimes de <i>Stalking</i>	85
Quadro 23 - Tipos de Mutilação Genital Feminina	93
Quadro 24 - Estratégias de Prevenção da Violência.....	99
Quadro 25 - Atribuições da Saúde no Contexto da Lei n.º 112/2009, de 16 de setembro	100
Quadro 26 - Atuações Preventivas no Âmbito da Saúde	100
Quadro 27 - Prevenção da Violência ao Longo do Ciclo de Vida	101
Quadro 28 - Requisitos Necessários à Humanização no Atendimento	111
Quadro 29 - Requisitos para um Primeiro Atendimento.....	114
Quadro 30 - Objetivos do Trabalho em Rede.....	129
Quadro 31 - Indicadores de Suspeita com Base nos Antecedentes e Características da Vítima	155
Quadro 32 - Exemplos de Perguntas em Caso de SUSPEITA	158
Quadro 33 - Exemplos de Perguntas em Caso de Suspeita de POSSÍVEL AGRESSOR/A	159
Quadro 34 - Obstáculos à Detecção	160
Quadro 35 - Exemplos de Perguntas para Avaliar o TIPO DE VIOLÊNCIA	163
Quadro 36 - Orientações Específicas Acerca do Consentimento Declarado, de Forma Livre e Esclarecida	165
Quadro 37 - Exame Físico	166
Quadro 38 - Fases do Processo de Mudança na Vítima e Orientações para a Intervenção	175

PREFÁCIO

No contexto da violência interpessoal, os maus tratos a crianças e jovens e a violência doméstica e de género, em particular, constituem fenómenos de magnitude ainda não inteiramente conhecida. Impõe-se, desde já, seguramente, a adoção de medidas preventivas e de controlo que interessam a todos os departamentos do Estado. Neste sentido, compreende-se a recente produção legislativa, também na área da saúde, e a definição de estratégias para o envolvimento de múltiplos setores no diagnóstico e abordagem das situações identificadas.

Reconhecida a violência, em todas as suas dimensões, como um preocupante problema de Saúde Pública, cujo impacte negativo na vida dos cidadãos pode acontecer em qualquer fase do ciclo vital, justifica-se a tomada de iniciativas no quadro do Sistema de Saúde, na perspetiva de melhorar os modelos organizativos dos serviços e incrementar a qualificação dos profissionais para responderem rápida e adequadamente.

Em 2008, o processo iniciou-se focado nos maus tratos em crianças e jovens através da criação da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco.

Desde 2013, está a ser operacionalizada a Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida, que prevê o alargamento da Ação no âmbito da intervenção estruturada às fases subsequentes do ciclo de vida, enquadrando as intervenções numa perspetiva de género.

Como se compreende, um novo olhar sobre a violência no domínio das relações interpessoais, em particular no das relações de intimidade, exige formas de abordagem mais globais do fenómeno, suscitando respostas mais integradas, mas também mais completas.

Para tal, há que alterar o modelo tradicional de intervenção que tem estado assente numa perspetiva de reparação das lesões resultantes da violência. É agora tempo de elevar o patamar da prevenção.

Pretende-se, por isso, procurar desenvolver estratégias mais eficazes de atuação que permitam, quando possível, evitar as ocorrências, desenvolver as boas práticas na prestação de cuidados quando o mau trato acontece, bem como prevenir as recidivas. O objetivo é, naturalmente, evitar a revitimização das pessoas maltratadas e promover a reabilitação de quem agride, sempre que viável.

O volume que ora se publica coloca, utilmente, ao dispor de profissionais de saúde, um referencial técnico que permite orientar, segundo os modelos da boa prática, as suas ações nesta matéria.

Crê-se que a redução da atual epidemia de violência e maus tratos implica a observação daquelas práticas no interesse dos cidadãos, das famílias e das comunidades.

Francisco George
Novembro 2014

INTRODUÇÃO

O fenómeno da Violência tem vindo a ganhar visibilidade ao longo dos anos, a nível nacional e internacional, enquanto grave violação dos direitos humanos e problema de Saúde Pública, com forte impacto nas populações e elevados custos associados, atingindo dimensões pandémicas, de acordo com a Organização Mundial de Saúde.

Desde sempre, os profissionais de saúde têm sido chamados a prestar cuidados a vítimas de atos violentos, centrados numa perspetiva reparadora das lesões causadas, tanto sob o ponto de vista físico como psicológico e emocional.

Contudo, em Portugal, nos serviços de saúde, só há cerca de 30 anos começaram a surgir tentativas de resposta mais organizada ao fenómeno da violência, concretamente no domínio dos maus tratos a crianças e jovens, através da criação, em alguns hospitais, de equipas especificamente vocacionadas para lidar com o problema, mediante uma abordagem mais global da prevenção.

Fruto também desse trabalho pioneiro, e seguindo os princípios contidos em grandes diretivas internacionais e nacionais, em particular, a Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificada pelo Estado Português em 1990 e a Lei 147/99, de 1 de setembro - Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo – foi, em 2007, no âmbito do Ministério da Saúde, a partir da Direção-Geral da Saúde e com a colaboração das ARS, dado início à estruturação e preparação de equipas interdisciplinares vocacionadas para a prevenção dos maus tratos nas idades mais jovens.

Foi desse modo possível criar a **Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR)**, através do Despacho n.º 31292/2008, de 5 de dezembro¹, no âmbito da qual tem vindo a desenvolver-se uma rede

de Núcleos de Apoio, a nível, quer dos cuidados de saúde primários, quer dos cuidados hospitalares.

No campo da Saúde e em matéria de violência entre adultos, vários têm sido, igualmente, os exemplos de boas práticas de prevenção e intervenção no fenómeno da violência, em particular doméstica e de género, disseminados a nível local e regional num trabalho intersetorial e em rede.

Neste domínio importa destacar a experiência da Unidade de Violência Familiar (antigo Serviço de Violência Familiar), do Hospital Sobral Cid - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, com intervenção, ao nível da atividade clínica, em problemáticas do foro da saúde mental relacionadas com a violência familiar/entre parceiros íntimos. Desenvolvendo a sua ação junto das vítimas, agressores e famílias, numa intervenção sistémica e em rede, a filosofia de atuação deste serviço assenta numa perspetiva de intervenção preventiva, constituindo-se atualmente como um serviço especializado e de referência dentro do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para a resposta à problemática da violência.

Mais recentemente, e integrando a Unidade de Violência Familiar, surgiu no mesmo Centro Hospitalar uma nova estrutura funcional do Centro de Responsabilidades Integrados (CRI): o Centro de Prevenção e Tratamento do Trauma Psicogénico (CPTTP). A criação deste Centro vem responder à lacuna de intervenção nesta área dentro do SNS, relativamente à morbilidade das vítimas de eventos traumáticos de natureza diversa, causadores de intenso sofrimento, como desastres naturais, acidentes de viação, doenças graves, violação e abuso sexual, violência doméstica, guerra e outras “situações potencialmente traumáticas provocadas por seres humanos”.

¹ Consultar *Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco*, disponível em URL <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/a-accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/enquadramento-legal.aspx>

Na base da criação destas respostas, encontra-se uma vasta experiência de campo da equipa mentora do Serviço de Violência Familiar, pioneira na abordagem ao fenómeno da violência e defensora de intervenções que contrariem respostas centradas somente no indivíduo e na fragmentação de cuidados.

Um destes exemplos do trabalho integrado e em rede desta equipa é a existência, desde 2002, do Grupo V!!!², desenvolvido a partir de uma rede primária composta por elementos oriundos de várias áreas académicas e profissionais, enquadrados nas diferentes instituições de Coimbra que consubstanciam a rede secundária. Construída ao longo de anos de trabalho de partilha e reflexão, esta rede tem como finalidade a ponderação de perspetivas diferentes e complementares de leitura e compreensão deste fenómeno, tendo inclusivamente criado, para o efeito, um site destinado à convergência de saberes, práticas e eventos sobre o tema.

Na área da violência doméstica e de género, refira-se também o desenvolvimento de projetos nas várias Administrações Regionais de Saúde, em parceria com outros elementos da rede, cujos principais se mencionam adiante. Na maioria, estes projetos tiveram financiamento através do Eixo 7.7. - Projetos de Intervenção no combate à Violência de Género – do Programa Operacional de Potencial Humano - Quadro de Referência Estratégico Nacional (POPH-QREN), da responsabilidade da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG), entidade da Administração Central responsável pela coordenação dos sucessivos planos nacionais contra a violência doméstica e de género. Na implementação desses projetos – que decorreram entre final de 2008 e 2012 – estiveram presentes, entre outras iniciativas, a realização de atividades de sensibilização e de formação de profissionais, bem como a produção de materiais – de sensibilização/informação e de suporte técnico – sobre o tema, destinados a profissionais de saúde, de outros setores e população em geral.

No âmbito da ARS Alentejo, IP, foi desenvolvido o projeto **Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora (RIIDE)**³, que integrou, entre outras ações, a criação de um Manual de Boas Práticas para deteção e encaminhamento de casos de violência doméstica, dirigido aos profissionais das diferentes áreas que integram a RIIDE. Elaborado pelos parceiros que integram a rede, o documento contém fluxos de

atuação, formas de comunicação e articulação entre as diferentes estruturas envolvidas, bem como um capítulo subordinado à intervenção dos serviços de saúde. A experiência de trabalho desta rede permitiu desenvolver, em 2012, um site³ que visa informar a população em geral, mas sobretudo os/as profissionais que integram aquela rede de entidades parceiras sobre a problemática da violência doméstica e subsequentes estratégias de intervenção.

No que respeita à ARS Algarve, IP, o **Projeto de Intervenção Integrada em Violência Doméstica na Região do Algarve**⁴ teve como principais objetivos: a criação de uma rede regional de parceiros entre as várias instituições envolvidas na Violência Doméstica, promovendo respostas atempadas e eficazes e rentabilizando recursos; a sensibilização dos profissionais de vários sectores para esta área; a sistematização e difusão de informação genérica sobre a problemática da violência no ciclo de vida, junto da população em geral, numa perspetiva de género. O projeto consistiu na realização de atividades de formação e sensibilização bem como na criação de uma brochura destinada à população em geral. Este projeto foi coordenado pelo Grupo de Trabalho da Violência ao Longo do Ciclo de Vida desta ARS, criado em 2007, com o objetivo de contribuir para uma estratégia integrada de resposta ao fenómeno no domínio da saúde, com enfoque na articulação multissetorial, através do estabelecimento de protocolos de atuação para a intervenção nesta área, bem como da dinamização de atividades de formação e sensibilização. Em 2010, este grupo desenvolveu o site Saúde e Violência⁵, criado no seguimento de um Projeto de Cooperação Sanitária Algarve-Andaluzia, a partir do qual foi criado um Observatório de Saúde da Região Transfronteiriça, com inclusão da área da violência de género (financiamento do Programa de Cooperação Transfronteiriça Espanha-Portugal POCTEP, do Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional - FEDER).

No âmbito da ARS Centro, IP, e decorrente do **Projeto de Intervenção em Rede (PIR)**, entre outras atividades formativas e informativas, foram produzidos os seguintes materiais: *Violência Doméstica e Serviços de Saúde: Projetos em implementação em Agrupamentos de Centros de Saúde e Serviços Hospitalares da Região Centro do País* - brochura que pretendeu divulgar, junto de profissionais e da sociedade civil, as

2. Disponível em www.violenciaonline.pt

3. Consultar URL em <http://www.violenciadomestica.uevora.pt/>

4. Consultar URL em <http://goo.gl/aVjkl9>

5. Disponível em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/saudeeviolencia>

respostas criadas no decurso do projeto-piloto; *Guião de Avaliação da Intervenção em Rede nos casos de Violência Conjugal* - instrumento que pretendeu avaliar o trabalho em rede; *Manual SARAR - Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar - manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos*⁷; *Sem violência doméstica*⁸ - publicação que visou refletir e divulgar a história associada ao trabalho em rede, realizado na região de Coimbra.

Na ARS Norte, IP - na então sub-região de Saúde de Bragança - foi desenvolvido o projeto **Violência Doméstica e Gravidez**, que consistiu na criação de uma ferramenta de rastreio para a deteção da violência doméstica na gravidez destinada a profissionais de saúde, para avaliar sinais físicos, psicológicos e emocionais em eventuais vítimas.

Nos últimos anos, também a ARS Lisboa e Vale do Tejo, IP, por iniciativa da Comissão Regional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, atualmente com a colaboração da Ação da Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida, tem levado a cabo diversas ações de formação a propósito do tema da Violência Doméstica.

Assim, de uma forma geral, todos estes e outros projetos e serviços têm vindo a contribuir, a nível nacional, para: aprofundar o conhecimento do fenómeno da violência no âmbito da saúde; promover a formação e qualificação dos profissionais de saúde para a intervenção neste domínio de forma integral e multidisciplinar; estabelecer parcerias efetivas, possibilitando uma intervenção integrada e em rede, mais eficaz; sensibilizar a comunidade em geral para a violência enquanto problema de saúde e seu impacto.

Procurando homogeneizar a intervenção a nível nacional e potenciar as intervenções já desenvolvidas pelos serviços de saúde nesta matéria, e que consubstanciam boas práticas no domínio da violência, foi criada, mais recentemente, em 2013, a **Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV)**, através do Despacho n.º 6378, de 16 de maio⁹. Esta Ação tem por objetivos a promoção da igualdade, em particular a equidade em saúde, bem como a prevenção da violência interpessoal em adultos, através da articulação funcional com a já criada Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR).

AASGVCV veio determinar, desta forma, o alargamento do espetro de ação dos serviços de saúde no domínio da violência, com a criação das **Equipas de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA)** que têm como principais funções:

- » Contribuir para a informação prestada à população e sensibilizar os profissionais dos diferentes serviços para a igualdade de género e a prevenção da violência ao longo do ciclo de vida;
- » Difundir informação de carácter legal, normativo e técnico sobre o assunto;
- » Incrementar a formação e preparação dos profissionais, na matéria;
- » Coletar e organizar a informação casuística sobre as situações de violência atendidas nos Agrupamentos de Centros de Saúde e nos Hospitais;
- » Prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos;
- » Gerir as situações clínicas que possam ser acompanhadas a nível dos Cuidados de Saúde Primários ou Hospitais;
- » Fomentar o estabelecimento de mecanismos de cooperação intrainstitucional e intersectorial no domínio da violência interpessoal;
- » Estabelecer a colaboração com outros projetos e recursos comunitários;
- » Mobilizar a rede de recursos internos e dinamizar a rede social;
- » Assegurar articulação funcional, em rede, com outras equipas de saúde que intervenham neste domínio.

No Serviço Nacional de Saúde, as EPVA correspondem a uma forma de concretização do preconizado nos Artigos 61.º e 62.º da Lei 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.

De acordo com o referido Despacho, “pela complexidade, interligação e diversidade nas formas de que

⁶ Consultar URL em <http://goo.gl/R91imO>

⁷ Consultar URL em <http://www.arscentro.min-saude.pt/Noticias/Documents/Manual%20SARAR.pdf>

⁸ Consultar URL em <http://goo.gl/J8Oho7>

⁹ Consultar URL em <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/a-accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/enquadramento-legal.aspx>

se reveste a violência, a resposta ao fenómeno exige, necessariamente, a intervenção de múltiplos setores para além da saúde, nomeadamente o da justiça, o da educação, o da segurança social, entre outros". Tal exigência encontra-se bem expressa nos diversos planos e programas nacionais em vigor relacionados com o exercício da cidadania e a prevenção das iniqüidades de género e da violência, nomeadamente:

- V Plano Nacional para a Igualdade de Género, Cidadania e Não Discriminação 2014-2017 (V PNI)¹⁰;
- V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género 2014-2017 (V PNPCVDG), que integra o III Programa de Ação para a Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina¹⁰;
- III Plano Nacional de Prevenção e Combate ao Tráfico de Seres Humanos 2014-2017 (III PNPCTSH)¹⁰.

Assim, no domínio da violência em adultos, procurando dar resposta às orientações que têm sido descritas para o setor da Saúde, a nível internacional e nacional, foi sentida a necessidade de criar e potenciar estratégias de trabalho integrado, através de uma abordagem multidisciplinar e intersetorial que permita aumentar a eficácia das intervenções já existentes nos serviços.

Desta forma, à semelhança do que havia sido feito no âmbito da ASCJR, com os documentos *Maus Tratos em Crianças e Jovens: Intervenção da Saúde – Documento Técnico* aprovado pelo Despacho n.º 31292/2008 e o referencial *Maus Tratos em Crianças e Jovens: Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*¹¹, editado em Fevereiro de 2011 pela Direção-Geral da Saúde (DGS), é publicado, agora, o presente referencial técnico, **Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde, que foca com particular atenção a questão da violência em idades ulteriores do ciclo de vida.**

Trata-se de um instrumento de trabalho que visa: reforçar as competências dos profissionais de saúde na resposta ao fenómeno da violência interpessoal; explicitar um conjunto de princípios de boa prática; estabelecer árvores de decisão e fluxogramas de atuação, no que respeita à deteção do risco e à gestão

e encaminhamento dos casos sinalizados; rentabilizar os recursos existentes e promover a mudança gradual no paradigma da intervenção da saúde no fenómeno da violência, privilegiando uma lógica de atuação mais focada na prevenção da ocorrência de atos violentos do que na reparação das lesões subseqüentes.

As equipas e os profissionais de saúde encontram-se numa posição única para poderem responder às necessidades específicas de pessoas em risco ou em perigo de sofrer atos de violência, ou também de perpetrá-los. De facto, médicos/as, enfermeiros/as, psicólogos/as, assistentes sociais e, em certa medida, outros profissionais, incluindo assistentes técnicos e assistentes operacionais, para além de poderem ser os primeiros recetores da revelação das situações, estão em condições de facultar apoio e referenciação, prestar cuidados e fazer o acompanhamento dos casos, assim como recolher e preservar evidências e meios de prova em situações de violência interpessoal, nomeadamente de violência sexual.

Das matérias abordadas no texto destacam-se as referências a conceitos sobre violência, à magnitude e impacte da violência ao longo do ciclo de vida e aos principais fatores de risco que permitem uma visão mais compreensiva do fenómeno e respetiva prevenção, tendo em conta vários níveis de resposta integrada para vítimas e agressores/as.

Neste trabalho, são também sistematizadas as estratégias de intervenção a adotar, tomando em consideração as diferentes formas de violência e os vários níveis de cuidados de saúde existentes.

Por outro lado, é dada ênfase à necessidade de ser incrementado, nos serviços de saúde, o conhecimento nestes domínios através, nomeadamente, da melhoria dos sistemas de informação e registo nestas matérias.

Também merece referência particular a necessidade de fomento à criação e interligação de redes internas e externas de âmbito local e regional, numa perspetiva multissetorial, que permita rentabilizar recursos e aumentar a eficácia das intervenções já existentes.

O presente documento encontra-se assim dividido em três partes: a *Primeira Parte*, “**Enquadramento**”, centra-se no conhecimento e compreensão do fenómeno da violência em si mesmo, em particular no da violência interpessoal, enquanto requisito necessário para as

¹⁰ Consultar URL em <http://www.igualdade.gov.pt/index.php/pt/menu-legislacao/planos-nacionais.html>

¹¹ Consultar URL em <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/a-accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/documentos.aspx>

boas práticas na intervenção da Saúde, aos diferentes níveis da prevenção, durante todo o ciclo de vida; na *Segunda Parte*, “**Boas Práticas na Atuação da Saúde**”, são explicitados os vários aspetos referentes à intervenção dos profissionais e dos serviços de saúde, tanto sob o ponto de vista das responsabilidades e dos princípios, como dos modelos organizacionais, humanização dos serviços, boa prática clínica e cooperação interinstitucional, no contexto do enquadramento legal em vigor; na *Terceira Parte*, “**Protocolo Geral de Atuação**”, descreve-se um fluxograma geral de atuação constituindo-se como um guião orientador da prática dos profissionais de saúde em situações de violência interpessoal.

Alguns aspetos relativos ao fenómeno da violência interpessoal são abordados de forma recorrente ao longo dos vários capítulos do documento, de forma a proporcionar um melhor enquadramento e uma leitura mais compreensiva em matérias específicas.

Finalmente, é de salientar que **o presente texto deve ser entendido como um documento objeto de uma construção continuada**, passível de enriquecimento periódico, adquirindo um formato de *dossier* temático, de molde a facilitar atualizações e complementaridade à formação contínua dos profissionais¹². Como tal, não contempla todas as formas de violência nem todos os conhecimentos neste domínio.

¹² Como forma de complementar constructos e práticas relacionados com o tema da violência, sugere-se, para além da bibliografia constante neste referencial, a consulta do programa de formação e-learning da OMS, sobre a prevenção da violência e lesões, destinado a profissionais de saúde. Disponível em URL <http://go.gl/5jfTnw>

I ENQUADRAMENTO

ENQUADRAMENTO

1. O FENÓMENO DA VIOLÊNCIA

Na História da Humanidade, a violência sempre tem acompanhado o pensamento e os comportamentos humanos, não deixando de ser encarada de forma diversa nas diferentes civilizações.

Contudo, no mundo de hoje, não é plausível considerar a violência como sendo parte inevitável da condição humana. Na sociedade atual, o conceito de atos violentos engloba um conjunto de comportamentos considerados reprováveis e condenáveis, dado o impacto negativo que, a curto, médio e longo prazo podem ter na qualidade de vida e na saúde dos indivíduos e das populações, levando, em casos limite, à morte.

São raras as situações em que é admissível o uso da violência como, por exemplo, quando empregue em legítima defesa ou no decurso de conflitos armados entre Estados. Aliás, de forma algo paradoxal, o século XX e o início do século XXI representam o período histórico em que, provavelmente, a violência em larga escala mais se fez sentir, em particular nas situações de guerra e nos atos de terrorismo.

Existem, contudo, outras formas de violência menos visíveis, nomeadamente a que ocorre na esfera privada familiar, em meio laboral, escolar ou institucional. Muitas vítimas têm idades precoces, são mais frágeis ou estão doentes. Outras são forçadas por imperativos sociais a manter silêncio acerca das suas experiências de vitimização.

Algumas causas do fenómeno, assim como o impacto tido nas vítimas, são relativamente fáceis de identificar; contudo, outras permanecem enraizadas em normativos culturais e sociais e nem sempre se tornam muito evidentes.

Investigações recentes sugerem que, enquanto fa-

tores biológicos e psicológicos intrínsecos podem explicar a predisposição individual para a agressão, na maioria das vezes, estes fatores interagem com outros, externos, ambientais, de ordem familiar, comunitária, cultural e social que despoletam situações em que a violência pode ocorrer.

O problema da violência é encarado hoje, acima de tudo, como uma questão de Direitos Humanos e de Cidadania, consagrados em instrumentos internacionais, nomeadamente na Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada pelas Nações Unidas em 1948¹³, na Convenção sobre todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres de 1979 e Recomendação Interpretativa da mesma^{14, 15}, na Declaração de Sevilha sobre Violência, aprovada pela UNESCO em 1986¹⁶, na Declaração das Nações Unidas sobre a Violência Contra as Mulheres, de 1993, e na **Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Doméstica, de 2011 (Convenção de Istambul)**¹⁷.

A punição dos atos violentos encontra-se contemplada no ordenamento jurídico dos diferentes Estados. Em Portugal, são tipificadas e autonomizadas no Código Penal as diversas formas de crime de violência e de maus tratos, com explicitação das respetivas penas, adquirindo, a grande maioria, a tipificação de crime público. A nível da proteção das vítimas, o quadro legislativo é mais abrangente, tendo sido aprovada, a 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 vítimas.

Também o escrutínio mais severo sobre a violência associada a práticas profissionais, tem vindo a atribuir importância crescente à deteção de situações de *violência institucional* procurando, tendencialmente, introduzir mecanismos que permitam preveni-la.

¹³ Disponível em URL <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>

¹⁴ Disponível em URL http://compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/SPM2006_CEDAW_portugues.pdf

¹⁵ Disponível em URL <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>

¹⁶ Disponível em URL <http://www.unesco.org/cpp/uk/declarations/seville.pdf>

¹⁷ Disponível em URL <http://goo.gl/xBAIGd>

É disso exemplo o enfoque que, cada vez mais, é colocado nas condutas negligentes em instituições de acolhimento, ou na desumanização e má prática

na prestação de cuidados no período perinatal, ou, também, no atendimento a pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgênero e intersexos (LGBTI).

1.1. CONCEITO DE VIOLÊNCIA

“Não há propriamente uma única definição de violência, ainda que nas sociedades ocidentais atuais se atribua tal designação a um número cada vez maior de atos e situações. A proliferação de significados, nem sempre coerentes com a gravidade e as características do significante, obriga a que se faça um esforço de reflexão, procurando identificar por detrás do termo os processos e as dinâmicas sociais que estão associadas à atribuição de tal rótulo.”

Lisboa et al., 2006

De uma forma genérica, ao longo dos tempos e da evolução das sociedades, o conceito de violência tem assumido um caráter dinâmico e não consensual. Dependendo das diversas áreas científicas ou de posições assumidas por diferentes organizações, assim tem sido diferente a sua classificação e abordagem.

Um outro aspeto particularmente relevante tem sido a interpretação do fenómeno, em função de diversos contextos socioculturais, no que se refere à legitimação ou reprovação de práticas violentas. A este propósito, refira-se a variação temporal e espacial do seu significado, entendendo-se a violência como uma transgressão aos sistemas de normas e de valores que se reportam a cada momento social historicamente definido, bem como uma agressão à integridade da pessoa (Lourenço & Lisboa, 1992; Lourenço, Lisboa & Pais, 1997).

Assim, a qualificação de um ato enquanto violência pode ser entendido de diversas perspetivas, tendo em conta a forma como este é percebido, vivido e representado, tanto por parte da vítima, como do autor ou da sociedade. Pode assumir características de agressão física, psicológica, sexual, de discriminação

e/ou constrangimento social, ocorrendo em diferentes contextos, na vida privada ou doméstica, escolar, laboral ou pública. No que diz respeito à frequência, pode corresponder a uma ação isolada ou a um processo de violência mais ou menos prolongado no tempo (Lisboa, Barroso e Marteleira, 2003; Lisboa et al., 2006).

No campo da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, publicou o primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde¹⁸, no qual está contido um conceito de violência que se mantém como referência atual:

“Uso intencional da força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte, ou tenha a possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, compromisso do desenvolvimento ou privação”.

Krug et al., 2002

Tal ideia engloba, em si mesma, várias noções fundamentais, nomeadamente, as de intencionalidade, poder, alvo, natureza e impacto.

A intencionalidade encontra-se relacionada com o ato em si mesmo, independentemente do dano causado, pelo que não se incluem ações não intencionais, como, por exemplo, os acidentes (de viação, queimaduras ou outros). Importa notar que, mesmo que a violência seja distinta de atos não intencionais que resultem em lesões, a presença da intenção da utilização da força física não remete, necessariamente, para a ideia de tentar causar dano. Existe diferença entre comportamento e consequência pretendida. Contudo, a OMS (2002) defende que, em situações em

¹⁸ Em 1996, na sua 49ª Assembleia Mundial, em Genebra, a OMS havia aprovado a Resolução – WHA49.25, declarando a violência como problema de saúde pública maior e a respetiva prevenção uma prioridade, tendo sido na sequência desta Resolução que o Relatório foi produzido. Disponível em URL http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf

que um agressor possa cometer um ato intencional de utilização de força física, mesmo sem intenção de causar dano, tal ação, se for considerada perigosa e potencialmente causadora de danos para a saúde, tendo em conta padrões objetivos, é considerada um ato violento, mesmo que o próprio não o entenda ou assuma como tal. Outra questão acerca da intencionalidade diz respeito ao facto da violência não poder ser justificável enquanto prática cultural, uma vez que se define violência como estando relacionada com a saúde e bem-estar dos indivíduos.

A inclusão da noção de poder alarga a natureza do ato violento, não se restringindo somente à questão da força física, mas também fazendo referência à assimetria de poder existente nas relações violentas, caracterizada pela hierarquia estabelecida entre agressor e vítima, na qual se inscreve o recurso a ameaças e a intimidação.

Redondo et al. (2012) distinguem ainda violência de conflito, dado que, neste último, existe “igualdade

entre as partes”, de tal forma que é possível a negociação e outras formas de resolução que não a violência. Nas situações de conflito, a escalada na intensidade do mesmo poderá levar a situações de violência, quando uma das partes tenta utilizar a força ou coação para subjugar a outra.

No que respeita à natureza da violência, o conceito enunciado é suficientemente abrangente, ao englobar questões relacionadas com negligência ou atos de omissão, para além de todos os tipos de ações violentas de natureza física, psicológica ou sexual, assim como comportamentos suicidas e outras formas de agressão autodirigida.

Relativamente ao impacto, este ultrapassa o domínio físico da lesão ou da morte, fazendo igualmente referência aos danos psicológicos, morais e sociais que, muitas vezes, acompanham as vítimas ao longo do seu ciclo vital, atravessando até várias gerações, daí resultando também custos sociais para toda a Humanidade.

1.1.1. VIOLÊNCIA E AGRESSIVIDADE

Embora se trate de conceitos que, com frequência, são confundidos, há que fazer a distinção entre *agressividade e violência*.

Agressividade, característica inerente e vital à espécie, radica filogeneticamente na própria sobrevivência. Do ponto de vista ontogenético, ela determina o processo de separação/individuação, de afirmação pessoal e de construção da identidade.

De certa forma, tal como a ansiedade, motor para a ação e substrato para a motivação, a agressividade pode ser entendida como um vínculo que confere espaço pessoal, suporta a diferenciação e estabelece tanto uma ordem entre pares como entre gerações. Na agressividade bem gerida e dirigida, pode ser entendida uma função de “organizador biológico e psicológico”, assim como de regulação social e cultural.

A gestão positiva da agressividade, entendida como assertividade, passa pelo reconhecimento e pela aceitação das diferenças; adquire-se na interação com o meio, apoia-se no sentimento de pertença e desenvolve-se com base no respeito. Assim, pode falar-se de uma construção, de um processo em que as trocas comunicacionais são fundamentais. A relação interpessoal começa por suportar as aprendizagens do ponto de vista emocional, estando na base do complexo processo de identificação.

Sempre que a administração da agressividade não permite que a interação com o meio se processe de forma equilibrada, podem surgir formas de expressão comportamental que consubstanciam *violência*.

1.1.2. VIOLÊNCIA E CRIME

“Há atos que são crimes e não são percebidos como violentos e há atos que são violentos e que legalmente não são considerados crimes, mesmo que o possam vir a ser mais tarde ou noutros contextos.”

Lisboa et al., 2006

Na conceptualização de violência, uma definição que surge muitas vezes associada diz respeito ao conceito de crime. No entanto, de acordo com Lourenço & Lisboa (1992) são dois conceitos que importa distinguir: crimes são os atos classificados pela lei, enquanto violência, um conceito mais vasto, diz respeito à percepção e representação que os atores sociais, individuais ou coletivos, fazem de determinados atos, independentemente de estarem tipificados a nível legal enquanto crime. Desta forma, entende-se por violência uma transgressão aos sistemas de normas e de valores que se reportam a cada momento social historicamente definido e como uma agressão à integridade da pessoa.

Para estes autores, esta transgressão ou desvio da norma não define crime em si mesmo, sendo que nem toda a violência representa a prática de crime. Desta forma, justificam, por um lado, que os atos não são entendidos e vivenciados sempre da mesma forma; por outro, nem todos os atos que se afastam da norma representam ilegalidade, pelo que é da competência da área criminal definir quais os que representam matéria de crime e consequente penalização. De acordo com esta perspetiva, podem existir tantas formas de violência quantas normas forem transgredidas, e tantos crimes quantos atos forem tipificados penalmente. Assim, o que é crime num país pode não o ser noutro e o que foi crime ontem pode já não o ser hoje ou vir a sê-lo amanhã.

Numa abordagem mais restrita de caráter legal, um outro aspeto a salientar diz respeito ao crime enquanto ato participado. A este propósito Lourenço, Lisboa & Pais (1996) chamam a atenção para o facto de as estatísticas da criminalidade não representarem a criminalidade real, somente aquela que é denunciada ou conhecida pelas instâncias formais.

1.2. TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA

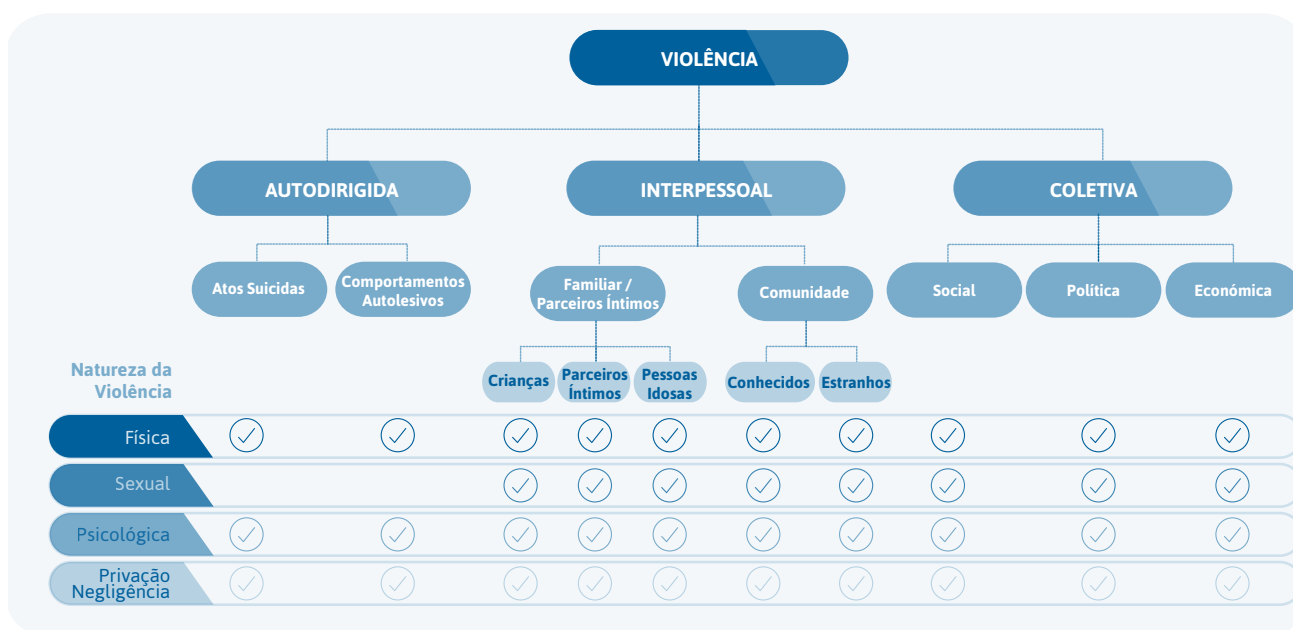
Em 2002, relativamente à tipologia da violência, a OMS desenvolveu um esquema que permite compreender, sob as múltiplas formas de expressão a nível mundial, os padrões complexos da violência no quotidiano dos indivíduos, famílias e comunidades.

Nele, encontram-se representadas, tanto a natureza dos atos violentos, como a relevância do contexto, assim como a relação entre agressor e vítima e, no caso da violência coletiva, as possíveis motivações para esses atos.

No entanto, importa salientar que, muitas vezes, a divisão entre as diferentes tipologias nem sempre é clara, quer a nível da investigação, quer da própria prática.

A categorização do problema, tendo como principal critério *quem é o/a perpetrador/a do ato violento*, aponta para a existência de três grupos distintos: a **violência autodirigida**, a **violência interpessoal** e a **violência coletiva** – cada um dos quais englobando diferentes tipos mais específicos (**Figura 1**).

FIGURA 1 – TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA



Adaptado de: Krug et al., 2002

No que respeita à **violência autodirigida**, inserem-se todos os atos suicidas (suicídio e comportamentos parasuicidários) e outros comportamentos autolesivos (p.e. automutilações).

Quanto à **violência interpessoal**, nela são consideradas duas subcategorias, a violência familiar/violência entre parceiros/as íntimos/as e a violência na comunidade. Tendo por referência a pessoa que é vítima, estão incluídos no primeiro tipo os maus tratos a crianças e jovens, a violência entre parceiros/as íntimos/as e a violência contra pessoas idosas. Especificamente, a violência entre parceiros/as íntimos/as refere-se a situações de violência nas relações de intimidade e/ou conjugalidade, violência no namoro, e diz respeito tanto a casais hétero (incluindo a que é exercida contra homens) como casais homossexuais. No segundo grupo, inscrevem-se tanto a violência perpetrada no círculo de pessoas próximas de quem é maltratado como a que ocorre fora dele, incluindo violência juvenil, atos fortuitos violentos, assédio/abuso sexual ou violação por estranhos e violência em contexto institucional – locais de trabalho (*mobbing*¹⁹), escolas (*bullying*²⁰), estabelecimentos prisionais, lares de acolhimento, etc. O *stalking*²¹ e o *grooming*²² enquanto estratégias de coação psicológica, por vezes exercida de maneira insidiosa, são formas de perpetrar violên-

cia que se incluem, também, neste grupo.

A **violência coletiva**, que pode ter múltiplas motivações, tanto de carácter social como político ou económico, diz respeito a atos cometidos por grupos alargados de indivíduos ou, formalmente, pelos próprios Estados.

O presente documento está focado sobre a violência interpessoal, nas suas múltiplas formas, sem, com isso, deixar de referir-se também a outros tipos de atos violentos.

Aliás, há que salientar o facto de, em múltiplas situações, ser detetável uma associação efetiva entre diferentes tipos de violência. Tal constatação, por si só, dá também relevo à lógica preventiva que se pretende privilegiar nas intervenções dos profissionais de saúde.

No que se refere à *natureza da violência*, os atos de violência concretizam-se tanto sob a forma de violência física como de violência psicológica, sexual ou de negligência e privação.

No **Quadro 1**, são especificados exemplos acerca da natureza diferente dos atos violentos, que muitas vezes acontecem em simultâneo.

19 Consultar 2.6. Violência no Local de Trabalho, Parte I, página 78

20 Consultar 2.8.2. *Bullying*, Parte I, página 85

21 Consultar 2.8.1. *Stalking*, Parte I, página 83

22 Consultar 2.8.3. *Grooming*, Parte I, página 89

QUADRO 1 – NATUREZA DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL

VIOLÊNCIA FÍSICA	Engloba atos como empurrar, pontapear, esbofetear, lançar objetos, torcer, queimar, cuspir, puxar cabelos, beliscar, esfaquear, espancar, estrangular, entre outros, podendo haver, inclusive, tentativa ou, mesmo, homicídio da vítima.
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	<p>Inclui insultos, ameaças, críticas, humilhações, desvalorizações, intimidações, isolamento social, privação de contacto com a família e os amigos, revista a objetos pessoais (ex., agenda, telemóvel, computador), privação de documentação pessoal, negação do acesso a dinheiro ou a cuidados de saúde, entre outros. Muito embora seja difícil operacionalizar o conceito de violência psicológica, ela é geralmente descrita como o conjunto de atos verbais ou não verbais que causam dano, também simbólico em quem é vítima, ou em que haja a intenção de causar danos nesta.</p> <p>Muitas investigações têm demonstrado que a violência física e a violência sexual são, frequentemente, precedidas (e acompanhadas) de violência psicológica. Este tipo de vitimização apresenta índices muito elevados e alguns estudos documentam que a violência psicológica pode ser tão gravosa quanto a violência física ou causar dano mais significativo e persistente.</p>
VIOLÊNCIA SEXUAL	Passa por obrigar, coagir, ameaçar ou forçar a vítima a práticas sexuais contra a sua vontade, incluindo a violação no contexto conjugal, que muitas vezes não é entendida pelas vítimas enquanto tal. Alguns estudos indicam que uma elevada percentagem de mulheres que sofrem violência física também sofrem violência sexual.
PRIVAÇÃO E NEGLIGÊNCIA	Envolve qualquer ato de privação ou omissão no que respeita ao provimento de necessidades básicas de um indivíduo, a nível emocional, de saúde, educação, nutrição, segurança, habitação e condições de vida, entre outras.

Adaptado de: Redondo et al., 2012

A OMS salienta ainda a violência económica como uma dimensão de forte impacto no âmbito da violência interpessoal. Define-a como o controlo e/ou utilização inapropriada/indevida dos recursos financeiros e bens, perpetrada principalmente no contexto das relações de intimidade ou contra pessoas idosas (Sethi et al., 2011). Este tipo de

violência envolve atos como a usurpação financeira, privação de apoio económico, proibição de trabalhar, falsificação de documentos, entre outros.

Em capítulos posteriores²³, aprofundar-se-á a abordagem aos vários tipos de violência em função das diferentes dinâmicas de abuso tendo em conta a transversalidade no longo do ciclo de vida.

1.3. A VIOLÊNCIA EM NÚMEROS

1.3.1. DADOS MUNDIAIS E EUROPEUS

Os dados epidemiológicos relacionados com a violência são, com frequência, difíceis de apurar, dada a diversidade de entendimentos acerca do que constitui um ato violento, as terminologias empregues para designar as várias formas de que se revestem e, também, o facto de haver tendência para mencionar o impacto a nível dos diferentes tipos de lesões, físicas e psicológicas, em detrimento da identificação da etiologia das mesmas. Acresce ainda que os comportamentos violentos recaem sob a alçada da lei, facto que pode condicionar, em múltiplas situações, a explicitação das ocorrências havidas tendo em conta aspetos relacionados com diferentes abordagens e interpretação dos fenómenos violentos.

Desta forma, a uniformização dos procedimentos de recolha de dados relacionados com a violência é apontada pela OMS como uma prioridade, no sentido de se conhecer o seu verdadeiro impacto, dado os vários fatores que dificultam o acesso à informação e comparabilidade dos dados, nomeadamente, as diferenças a nível do tipo de informação recolhida, fontes de acesso, amostragens e consistência metodológica de recolha e tratamento dos dados, entre outros (Krug et al., 2002).

Tendo em vista esse esforço de harmonização do processo de recolha e de tratamento da informação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU) publicou recentemente o

23. Consultar 2. Áreas Temáticas, Parte I, página 45

24 Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/

relatório *Global Status Report on Violence Prevention 2014*²⁴, no qual se apresenta, referente a 2012, um número estimado, de 475000 mortes em resultado de homicídio, a nível mundial. Destas, 60% referia-se a indivíduos do sexo masculino entre os 15-44 anos, correspondendo a cerca de um terço do total de mortes em homens neste grupo etário.

No que respeita à evolução do fenómeno, o mesmo documento revela que, a nível global, de 2000 para 2012, terá havido um declínio de cerca de 16% (tendo-se passado de uma taxa de 8.0 para 6.7/100000 habitantes), verificando-se a quebra mais acentuada nos países mais ricos (39%) progredindo de uma taxa de 6.2 para 3.8/100000 habitantes.

Acentuando uma vez mais o facto de as mortes representarem apenas uma fração do impacto negativo que a violência tem na saúde dos indivíduos e na sociedade em geral, a OMS salienta que as mulheres, as crianças e as pessoas idosas são quem mais sofre maus tratos físicos, psicológicos e sexuais, referindo que:

- » **Um quarto das pessoas adultas revela ter sofrido maus tratos em criança.**
- » **Uma em cada cinco mulheres assinala ter sido vítima de abuso sexual em criança.**
- » **Uma em cada três mulheres sofreu atos de violência física ou sexual nas relações de intimidade em algum momento da sua vida.**
- » **Uma em cada 17 pessoas idosas revela ter sido vítima de maus tratos no mês anterior.**

A OMS publicou igualmente a folha informativa *European Facts and Global Status Report on Violence Prevention 2014*²⁵, a partir dos dados recolhidos junto de 41 dos 53 países que integram a OMS Região Europa.

Desta forma, no que respeita à violência interpessoal, foram apurados os dados seguintes:

- » Em 2012, cerca de 35000 pessoas foram vítimas de homicídio.
- » Os indivíduos entre os 30 e os 59 anos são

quem está em maior risco de ser assassinado, sendo o dos homens três vezes superior ao das mulheres (74% em 2012).

- » Os índices de mortalidade por homicídio variam dentro da Região, sendo 10 vezes superiores na Comunidade dos Estados Independentes aos verificados nos países da União Europeia. Estes valores tendem a diminuir, verificando-se haver convergência entre os países de ambas as organizações.
- » Por cada homicídio, 43 pessoas são admitidas nos hospitais e 262 acorrem a serviços de urgência para prestação de cuidados por motivos de violência.
- » Os estudos de base populacional revelam que dezenas a centenas de milhões de indivíduos na região Europa são afetados por violência interpessoal, não fatal.
- » O consumo nocivo de álcool encontra-se fortemente relacionado com a violência.

Conforme já acentuado, os dados da mortalidade revelam, tão só, uma pequena parcela daquilo que a violência interpessoal acarreta em termos de carga de morbilidade. A parte mais substantiva dos atos violentos acontece no espaço privado e não fica documentada. Fruto, em parte, da persistência da tolerância ao fenómeno, sendo muitas situações de violência aceites como prática comum, é escasso o conhecimento acerca das mesmas fora do círculo da intimidade. Tal resulta também do facto, de uma forma geral, de as famílias tenderem a colocar barreiras ao conhecimento exterior sobre as dinâmicas dos seus relacionamentos internos. Por outro lado, nem sempre os profissionais de diferentes áreas se encontram suficientemente preparados para detetar e sinalizar as situações, facto a que se acrescenta o funcionamento ainda precário dos próprios sistemas de registo e monitorização do problema, tornando pouco viável uma rigorosa sistematização.

No **Quadro 2** encontram-se descritos outros factos em números, na Região Europeia.

²⁵ Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/

QUADRO 2 - VIOLÊNCIA INTERPESSOAL - FACTOS NA EUROPA

MAUS TRATOS INFANTIS	<ul style="list-style-type: none"> → Causam 1500 mortes/ano em crianças com idade abaixo dos 15 anos. → Na Europa Oriental, estima-se que 75.000 crianças se encontrem envolvidas no negócio de prostituição infantil. → As consequências do abuso infantil podem expressar-se na vida adulta, incluindo comportamentos violentos e uma probabilidade 4 a 12 vezes maior de ocorrência de problemas mentais.
VIOLÊNCIA JUVENIL	<ul style="list-style-type: none"> → Constitui a terceira causa de morte (mais de 12.000 mortes/ano) e a quinta causa de incapacidade em rapazes nos 15-29 anos.
VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE	<ul style="list-style-type: none"> → Estima-se que represente 40 a 70% dos homicídios. → O homicídio gera 5.200 mortes/ano em mulheres com idades compreendidas entre os 30 e os 45 anos e representa a oitava causa de morte neste grupo etário. → Esta forma de violência pode aumentar drasticamente o risco de comportamento suicidário, depressão, ansiedade e perturbações psicossomáticas.
VIOLÊNCIA SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> → Uma em cada quatro mulheres e um em cada 20 homens relatam ter sido vítimas de violação ou tentativa de violação ao longo das suas vidas. → Nalguns países, acima de um terço das raparigas é forçado a iniciar a vida sexual, com profundo impacto na sua saúde física e mental. → O tráfico de mulheres para exploração sexual constitui um grande problema nalguns países da região europeia.
VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS IDOSAS	<ul style="list-style-type: none"> → Estima-se que 4 a 6% das pessoas idosas que residem em domicílio próprio são vítimas de abuso, valor que estará aquém da realidade.

O CONSUMO DE ÁLCOOL ENCONTRA-SE PRESENTE EM 40% DOS HOMICÍDIOS.

Adaptado de: WHO Regional Committee for Europe, 2005

Em todo o mundo, os dados estatísticos mais sistematizados em relação à violência nas relações de intimidade dizem respeito à violência sobre as mulheres perpetrada pelos companheiros ou ex-companheiros. Começam também agora a ser publicados dados mais consistentes relativamente à violência sobre os homens realizada pelas suas companheiras ou ex-companheiras, à violência no namoro e à violência nas relações de intimidade entre pessoas do mesmo sexo.

Relativamente a este tipo de violência, em 2013, a OMS apontava para 30% os índices de vitimização

feminina a nível global, 25% na Região Europeia e de 23% no universo dos Países Ricos. Os índices mais elevados foram encontrados em regiões em vias de desenvolvimento do Mediterrâneo Oriental e do Sudoeste Asiático, onde a vitimização rondava os 37% (WHO, 2013c).

De acordo, também, com outras agências internacionais, o fenómeno da violência nas relações de intimidade adquire um peso substantivo no conjunto das causas de morte e de morbilidade, sendo de salientar o facto de alcançar expressão assinalável também no que respeita ao sexo masculino (**Quadro 3**).

QUADRO 3 - VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE – DADOS INTERNACIONAIS EM AMBOS OS SEXOS

- Num estudo realizado nos EUA, *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey 2010*, da responsabilidade do National Center for Injury Prevention and Control – Division of Violence Prevention, 35,6% das mulheres e 28,5% dos homens terão passado, em algum momento da sua vida, por uma experiência de estupro/violação, violência física ou *stalking*.

- No Canadá, de acordo com o estudo *Family Violence in Canada: a Statistical Profile*, publicado em 2011, da responsabilidade do Canadian Centre for Justice Statistics, dos cerca de 19 milhões de canadianos e canadianas que, em 2009, viviam ou tinham vivido em união conjugal, cerca de 6% - em proporção semelhante nos dois sexos - assinalaram terem sido vítimas de violência conjugal, nos 5 anos precedentes.
- Em 2012, no Reino Unido, o relatório *Homicides, Firearm Offences and Intimate Violence 2010/2011*, publicado através do Home Office Statistical Bulletin, dava conta de que, genericamente, 30% das mulheres e 17% dos homens inquiridos relatavam terem sido, alguma vez, vítimas de algum tipo de violência íntima, desde a idade dos 16 anos; neste grupo, 7% das mulheres e 5% dos homens assinalaram terem sido vítimas de violência doméstica no decurso do ano anterior.

1.3.2. DADOS NACIONAIS POR TIPOS DE VIOLÊNCIA

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E DE GÉNERO

A nível nacional, diversas fontes permitem traçar, se bem que de forma ainda grosseira, as características da **violência doméstica**. Desde há alguns anos, vão sendo efetuados estudos que permitem obter alguma informação acerca da expressão do fenómeno, assim como do impacte que produz na saúde das vítimas. A maioria dos estudos incide sobre vitimização feminina nas relações de intimidade e revela tão-somente, a “ponta visível de um icebergue” acerca de uma realidade que é caracterizada por grande complexidade (Lourenço, Lisboa & Pais, 1997).

Até à data, em Portugal, a violência contra as mulheres, doméstica e de género tem sido dos tipos de violência mais investigados. No entanto, existe a perceção de que os dados recolhidos encontram-se bastante aquém da realidade, nomeadamente no que respeita a estatísticas oficiais no âmbito das forças de segurança, de organismos públicos ou de outras organizações.

Em 2008, a *Task Force to Combat Violence against Women, including Domestic Violence*²⁵, do Conselho da Europa defendia, tendo por base diversas investigações realizadas a nível nacional e internacional, a realização de inquéritos à população (estatisticamente significativos) como a forma mais adequada de conhecer a prevalência da violência e da criminalidade.

A nível nacional, a propósito de vitimização feminina, salienta-se o primeiro inquérito realizado a este tipo de vitimização, “*Violência contra as mulheres*”, entre 1994 e 1997 (op. cit.). O estudo procurou realizar uma análise das condutas e das perceções em mulheres vítimas, tendo sido utilizado, para tal, uma amostra de 1000 mulheres, residentes no Continente com idade igual ou superior a 18 anos de idade.

Os dados recolhidos revelaram que as mulheres mais novas e com níveis de instrução formal mais elevado eram as mais atingidas por atos de violência, nomeadamente violência sexual e discriminação sociocultural. Por seu turno, a violência física era mais frequentemente relatada por mulheres com níveis de instrução mais baixos e de idade mais avançada. A violência psicológica revelou-se transversal a todos os escalões etários, níveis de instrução e categoria socioprofissional, sobretudo, de acordo com os autores, pela dificuldade de descriminar outro tipo de atos de violência deste em particular, assim como de características socioculturais específicas. A maior parte deste tipo de vitimização foi relatado como ocorrendo maioritariamente no espaço doméstico (casa-família), sendo seguido pelo espaço público e local de trabalho. Relativamente à pessoa agressora, a maioria era do sexo masculino, partilhando uma relação de conjugalidade com a vítima. No seu global, estes dados permitiram esboçar um panorama nacional, até então desconhecido, relativamente à violência contra as mulheres, nomeadamente a violência doméstica, nas suas dimensões física e psicológica. Para os autores, este tipo particular de violência deve ser enquadrado nas mudanças sociais ocorridas em relação ao papel social e familiar das mulheres e às desigualdades entre os sexos fortemente enraizadas na sociedade.

Entre 2007 e 2008, foi realizado o primeiro “Inquérito Nacional Violência de Género”, uma investigação pioneira em Portugal e a segunda a nível Europeu, por integrar também homens na sua amostra de 2000 pessoas, numa análise comparativa dos mesmos indicadores de vitimização (Lisboa et al., 2009a). De uma forma genérica, o estudo procurou

conhecer quantitativa e qualitativamente a evolução da violência contra as mulheres desde o primeiro inquérito de vitimização realizado em 1995, bem como realizar uma avaliação global e quantitativa da extensão e dos padrões de violência exercida contra os homens. Foram avaliados parâmetros como: formas e tipos de violência; locais onde ocorre; reação das vítimas; autores e dinâmicas socioculturais. O estudo teve em vista a definição de políticas e a adoção de medidas de combate à violência interpessoal de género. Pela primeira vez em Portugal, foram tidos em conta no estudo, conceitos, indicadores e metodologias que permitissem a realização de análises entre países de acordo com recomendações do Conselho da Europa.

De uma forma global, os resultados apontaram para uma prevalência de vitimização feminina e masculina idêntica à encontrada a nível internacional. Em relação à vitimização masculina, 42,5% dos homens (com 18 anos ou mais) referiram ter sido vítimas de agressões físicas, psicológicas e sexuais, um valor curiosamente mais elevado do que a vitimização feminina, que representou 38% neste estudo. Quando comparados os dois tipos, estes assumem características diferentes: a violência exercida contra as mulheres apresenta contornos de desigualdades de género, em que a pessoa agressora é do sexo masculino; a vitimização masculina surge mais enquadrada numa vitimização de carácter geral, ocorrida ao longo do ciclo de vida.

Numa análise comparativa dos dados entre 1995 e 2007, assiste-se a uma diminuição da prevalência no caso das mulheres, de 48% para 38%, afetando assim, em média, cerca de uma em cada três, muito embora tenha sido registado um aumento da violência física. Tendo em conta os mesmos atos praticados, nos 12 meses que antecederam a aplicação dos inquéritos, a violência que ocorre no espaço doméstico ou perpetrada por familiares atinge cerca de 55% das vítimas, em ambos os estudos. Tal aponta para que, para estas mulheres, o domicílio signifique o local de menor segurança.

Verificou-se também um maior recurso a serviços especializados como forças de segurança, serviços saúde e redes sociais de apoio, assim como a opção pelo divórcio. No entanto, no estudo mais recente, verificou-se que ainda existe uma parcela significativa de casos que permanece apenas no sigilo da vida privada, mesmo na presença de práticas violentas de maior gravidade, entretanto tipificadas como crime de violência doméstica.

Em continuidade do estudo realizado em Portugal a nível continental, foi realizado entre 2008 e 2009, o *"Inquérito à Região Autónoma dos Açores - Violência de Género"*. Genericamente, os resultados vão de encontro aos obtidos no Continente em 2007, salientando-se a prevalência da vitimização feminina mais elevada nesta região (53%) (Lisboa et al., 2009b).

No campo da saúde, em 2004 foi realizada uma investigação por iniciativa da Direção-Geral da Saúde, intitulada *"Saúde e Violência contra as Mulheres"*, que procurou estudar as potenciais relações entre a saúde das mulheres e os atos de violência de que tenham sido vítimas, numa amostra de 2300 mulheres utentes dos cuidados de saúde primários na região do Continente, com 18 ou mais anos. Apurou-se uma prevalência de vitimização de 34%, sendo a violência perpetrada maioritariamente por marido/companheiro ou ex-marido/ex-companheiro. O estudo revelou ainda que, relativamente a atos de violência ocorridos nos doze meses anteriores à investigação, 33% das mulheres não havia tido qualquer ação subsequente ao ato e apenas cerca de 2% havia contactado os serviços de saúde. No global, as mulheres vítimas apresentaram maior probabilidade de sofrerem de um problema a nível da saúde física e psicológica quando comparadas com as não vítimas (Lisboa, Vicente & Barroso, 2005)²⁷.

No que diz respeito às participações do crime específico de violência doméstica às forças de segurança, os dados estatísticos mais recentes de 2013, a nível nacional, extraídos do Relatório Nacional de Segurança Interna (IASI), encontram-se resumidos no Quadro 4.

²⁶ Lourenço, N., Lisboa, M. & Pais, E. (1997). *Violência contra as mulheres*. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.

²⁷ Consultar capítulo 1.4. Impacte e Custos da Violência, página 34

QUADRO 4 – ESTATÍSTICAS NACIONAIS SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

- Em 2013, registaram-se 27318 participações de violência doméstica às forças de segurança, dados reveladores de um aumento de ocorrências 2,4% superior ao verificado no ano anterior.
- Cerca de 81% das vítimas eram mulheres e 19% homens.
- Das pessoas denunciadas, 14% pertenciam ao sexo feminino e 86% ao sexo masculino.
- Quanto ao grau de parentesco entre vítimas e pessoas denunciadas, na maioria dos casos tratava-se de cônjuges ou companheiras/os (58%) e ex-cônjuges ou companheiras/os (16%).
- Mais de um terço das ocorrências (39%) foi presenciado por crianças/jovens.
- Em 80% das situações houve violência psicológica/emocional, em 71% violência física, em 12% violência social (isolamento forçado, etc.), em 9% violência económica e em 2% violência sexual.
- Naquele ano, foram registados 40 homicídios.

Fonte: Quaresma, 2014.

A propósito, também, da violência doméstica, a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), no seu relatório anual respeitante a 2013, refere a ocorrência de 17384 crimes de violência doméstica, correspondentes a 84% do total de casos registados (APAV, 2014).

No entanto, importa salientar uma vez mais que estes dados podem não ser representativos da realidade do universo de vitimização. De facto, fatores como vergonha, humilhação, medo, dependência emocional e/ou económica, estereótipos de género, entre outros podem condicionar a procura de ajuda junto dos serviços de apoio bem como a realização de denúncia tanto por parte das vítimas como de outras pessoas aos órgãos de polícia criminal, levando a uma subvalorização dos dados.

É de notar que, internacionalmente também tem sido cada vez mais reconhecida a intersecção entre violência doméstica e violência contra crianças, nomeadamente, a que acontece entre os pais, no contexto de violência nas relações de intimidade. Alguns estudos estimam entre 10% a 20% de crianças em risco de exposição a violência doméstica. A investigação tem evidenciado que as crianças expostas a violência doméstica, designada por violência indireta ou vicariante, encontram-se em maior risco de serem maltratadas ou negligenciadas e a maior parte dos estudos revela que existem adultos e crianças vítimas em 30% a 60% das famílias que vivenciam violência doméstica.

VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS IDOSAS

No que diz respeito ao caso específico da **violência contra pessoas idosas**, um estudo de prevalência realizado por Portugal em 2011, em conjunto com outros países europeus, mostrou que 39% das mulheres idosas eram vítimas de maus-tratos: emocionais ou psicológicos (33%); financeiros (17%); violação de direitos pessoais (13%); negligência (10%); abuso sexual (4%); e maus tratos físicos (3%), sendo o marido ou companheiro o principal perpetrador dessa violência. Apenas 26,1% das vítimas procuraram ajuda para essa situação e, dessas, apenas 6,3% recorreram aos serviços de saúde (Ferreira-Alves & Santos, 2011).

Numa investigação publicada em 2014, pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, foi dado a conhecer o “retrato social” das pessoas de mais de 60 anos que haviam recorrido ao apoio de diversas entidades, em virtude de serem vítimas de violência no espaço familiar. Tratava-se sobretudo de mulheres, entre os 60 e os 69 anos, casadas e a residirem em agregados, na maioria, de duas pessoas; apresentavam graus de escolaridade baixo, estavam reformadas e haviam desempenhado profissões pouco qualificadas. A violência física (88%) constituía o tipo de violência mais representado, seguido da violência psicológica (70%) e da violência financeira (48%); em 8% das situações havia referência a violência sexual e em 7% a negligência (Gil et al., 2014).

MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS

Quanto a **maus tratos em crianças e jovens**, em 2013, de acordo com o Relatório Anual da Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco, foram instaurados nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), a nível nacional, 30344 processos de promoção e proteção (Alvarez & Costa, 2014).

Os dados evidenciam ainda que 94,5% destas situações de perigo, incluídas na categoria jurídica mais abrangente “Exposição a situações que comprometem o bem-estar e o desenvolvimento da criança”²⁸, ocorreram em contexto de violência doméstica, o qual surge como a principal causa das sinalizações às CPCJ, sendo o escalão etário dos 0-5 anos o que regista o valor mais elevado, comparativamente com o escalão etário dos jovens com mais de 15 anos, que regista o valor mais baixo ²⁹.

A nível dos serviços de saúde, no âmbito da Rede de Núcleos de Apoio da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, entre 2008 e 2013, foram sinalizadas 30395 situações. Em 2013, a informação disponível aponta para valores que estão em linha com os verificados em anos anteriores³⁰.

De acordo com os dados relativos aos crimes de natureza sexual, no RASI em 2013, o abuso sexual de crianças assume uma grande expressividade,

mantendo-se uma acentuada incidência em vítimas do sexo feminino e em arguidos do sexo masculino, ocorrendo predominantemente no contexto de relações de conhecimento e relações familiares (Quaresma, 2014).

SUICÍDIO

O suicídio constitui uma causa de morte frequentemente associada à violência interpessoal, tanto no que se refere a vítimas como também, em muitos casos, a perpetradores/as. Em 2011, dos 951 casos registados (correspondentes, reconhecidamente, a uma situação de subnotificação), vários terão estado associados a violência interpessoal, em particular violência doméstica e de género (Carvalho et al., 2013)³¹.

TRÁFICO DE SERES HUMANOS

No que diz respeito ao tráfico de seres humanos, de acordo com o RASI em 2013, foram sinalizadas 308 presumíveis vítimas, 97% sinalizadas em Portugal, das quais 15% confirmadas. A grande maioria (66%) destinava-se a tráfico para fins de exploração laboral, incluindo servidão doméstica. Do total de vítimas sinalizadas em Portugal, 16% eram menores, a maior parte possivelmente associados a situações de tráfico para exploração sexual (op. cit.).

1.4. IMPACTE E CUSTOS DA VIOLÊNCIA

Muito embora as múltiplas formas da violência interpessoal apresentem raízes frequentemente comuns, tanto no domínio da violência coletiva como no da violência interpessoal e no da violência autodirigida, todas elas produzem impacto diverso nos diferentes grupos sociais e nos diferentes indivíduos.

Qualquer estimativa de custos da violência deve reconhecer que o fenómeno afeta a sociedade a diferentes níveis, contrariamente a uma visão reducionista que apenas tem em conta os custos relacionados com as vítimas e com os/as perpetradores/as.

Em 2006, as Nações Unidas publicaram o relatório “*Ending Violence against Women: from Words to Action*”, dando uma panorâmica global deste impacto, tendo por foco principal as mulheres³².

Conforme sistematizado pela OMS em 2008, a violência interpessoal determina custos de vária ordem, tanto diretos como indiretos (Butchart et al., 2008).

No que respeita a **custos diretos**, podem ser encarados tanto os encargos relacionados com a assistência em saúde às vítimas, como os de caráter não clínico,

²⁸ Art. 3º da Lei nº 147/99, de 1 de setembro – Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo.

²⁹ Consultar URL www.cnpcjr.pt

³⁰ Consultar *Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco*, disponível em URL <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/a-accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/relatorios.aspx>

³¹ Consultar Portugal. *Saúde Mental em Números – Programa Nacional para a Saúde Mental*, disponível em URL <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx>

³² Disponível em URL http://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW_Study/VAWstudyE.pdf

referentes a todas as outras áreas que intervêm na proteção às vítimas.

Quanto a **custos indiretos**, há que assinalar a presença de *custos tangíveis*, tanto os relacionados com perdas individuais como os que têm impacto no domínio macroeconómico. São de destacar

também, os *custos intangíveis*, ligados à perda da qualidade de vida, sob múltiplos aspetos, assim como o impacte transgeracional que a violência interpessoal determina, tanto sob o ponto de vista da não diferenciação como o da reprodução do próprio padrão comportamental de violência (**Quadro 5**).

QUADRO 5 – CUSTOS DA VIOLÊNCIA

CATEGORIA		TIPO DE CUSTO	
DIRECTOS	CLÍNICOS	<ul style="list-style-type: none"> » Internamento Hospitalar » Consultas de Ambulatório » Transporte/ambulância » Custos com pessoal 	<ul style="list-style-type: none"> » Medicamentos » Exames Complementares de Diagnóstico » Aconselhamento
	NÃO CLÍNICOS	<ul style="list-style-type: none"> » Serviços Policiais e Prisionais » Serviços Judiciais » Habitação 	<ul style="list-style-type: none"> » Serviços Sociais (Casas de Abrigo/Acolhimento) » Proteção Policial
INDIRECTOS	TANGÍVEL	<ul style="list-style-type: none"> » Perda de produtividade para a vítima, agressor e serviços (tempo e rendimentos) » Perda de investimento em capital social 	<ul style="list-style-type: none"> » Seguros de vida » Proteção Indireta » Contexto macroeconómico
	INTANGÍVEL	<ul style="list-style-type: none"> » Impacte na produtividade transgeracional através de insucesso escolar dos filhos (diminuição de oportunidades de emprego, acesso ao ensino e serviços públicos, participação comunitária) 	<ul style="list-style-type: none"> » Impacte transgeracional dos modelos de violência » Qualidade de vida relacionada com a saúde (morbilidade: física e psicológica) » Outros aspetos relacionados com a qualidade de vida

Adaptado de: Butchart et al., 2008

Tanto a nível nacional como internacional, a investigação acerca dos custos efetivos da violência torna-se metodologicamente complexa e tem conduzido a valores com um intervalo de variação muito acentuado.

Em comum, os estudos apontam para o facto de os montantes referentes aos custos económicos serem de uma dimensão muito elevada, conforme exemplificado no **Quadro 6**.

QUADRO 6 – CUSTOS ECONÓMICOS DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL – DADOS MUNDIAIS

- Num documento de 2004 – *The Economic Dimensions of Violence*, a OMS procedeu a uma revisão de literatura a nível internacional, e verificou a elevada variabilidade nos valores apontados, dada a diversidade de conceitos e de metodologias de investigação adotadas.
- No Reino Unido, de acordo com um estudo de S. Walby, de 2009, terão sido gastos, no ano anterior, cerca de 23 milhões de libras na resposta à violência.
- Em Espanha, em 2010 E. Villagómez, calculou, para a Andaluzia, em mais de dois mil milhões de euros os custos associados à violência contra as mulheres, perpetrada por parceiros ou ex-parceiros íntimos, referentes em 30% ao mercado de trabalho, 16% aos gastos em saúde e 3% às custas judiciais.
- Em França, em 2010, com resultados referentes a 2009, M. Nectoux apurou um custo total da violência doméstica estimado em 2.5 biliões de euros anuais, com variação entre 1.7 e 3.5 biliões de euros.
- No Canadá, em 2011, Varcoe et al. calcularam em 6.9 biliões de dólares os custos referentes a mulheres entre 19 e 65 anos que se haviam separado dos parceiros abusadores.

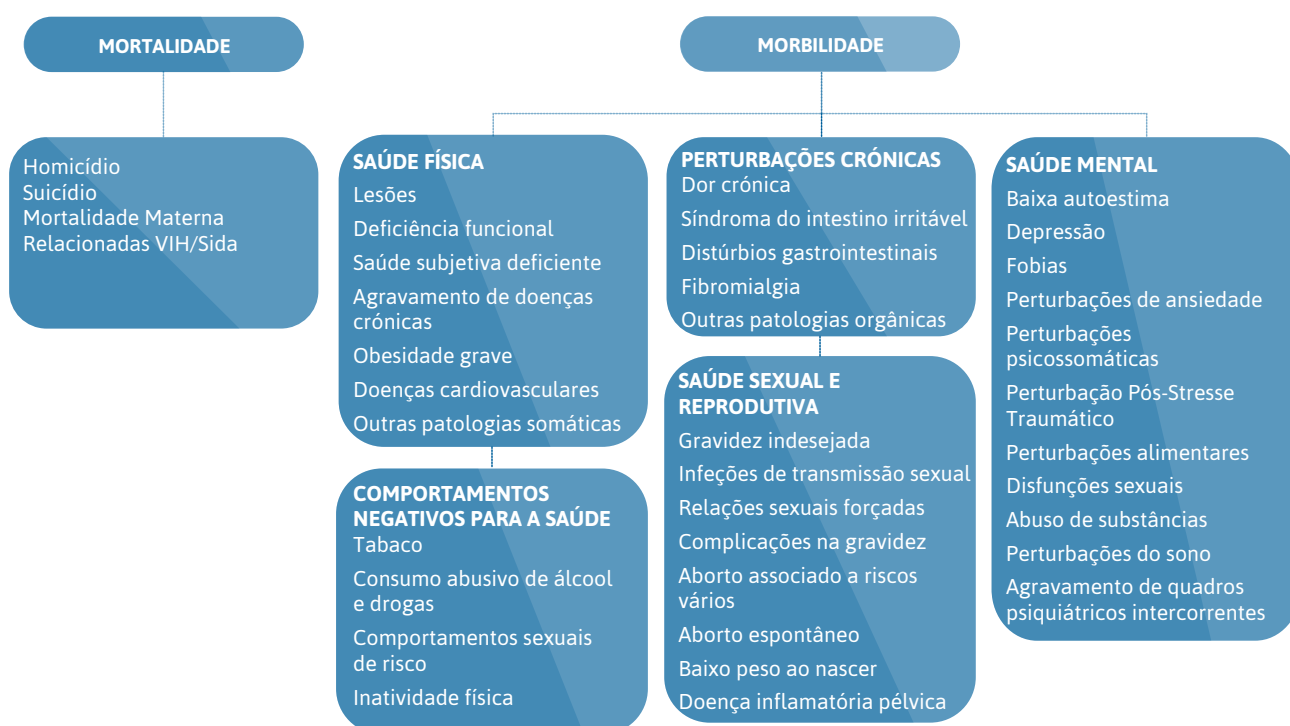
Fonte: EIGE, 2014.

A nível da saúde, de uma forma geral, são vários os estudos que demonstram que **as vítimas de violência doméstica, sexual e de maus tratos contra crianças e jovens têm mais problemas de saúde, geram maiores custos com cuidados de saúde e procuram com maior frequência os serviços de urgência, em comparação com as pessoas que não apresentam um histórico destas situações** (Waters et al., 2004). Contudo, a maior parte destas investigações não contempla os custos associados a outros problemas

de saúde em consequência de situações de violência, tais como depressão, tabagismo, abuso de álcool e drogas, gravidez indesejada, VIH/Sida e outras infeções de transmissão sexual, pelo que ainda não é possível calcular a carga global económica daqueles problemas.

No **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**, a OMS sistematizou, em 2002, os principais efeitos da violência para a saúde individual (**Figura 2**).

FIGURA 2 – EFEITOS DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE



Adaptado de: Krug et al., 2002

Em Portugal, um estudo sobre os custos sociais e económicos da violência doméstica exercida contra as mulheres, incluindo custos com a saúde, em 2003, tornou conhecida a situação de grande vulnerabilidade a que ficam expostas as mulheres vítimas de violência. A investigação concluiu, entre outros dados, que, na amostra, estas mulheres apresentavam uma probabilidade três a oito vezes superior de terem filhos doentes, de não conseguirem emprego, de não obterem promoção profissional se empregadas, de recorrerem aos serviços dos hospitais, nomeadamente a consultas de psiquiatria por perturbações emocionais, bem como um risco

acrescido de cometerem suicídio (Lisboa, et al., 2006).

Especificamente, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, em 2005 e 2008, foram realizados dois estudos acerca do impacte e custos económicos e sociais da violência contra as mulheres, *“Saúde e Violência Contra as Mulheres - Estudo sobre as relações existentes entre a saúde das mulheres e as várias dimensões de violência de que tenham sido vítimas”*³³ e *“Os custos económicos da prestação de cuidados de saúde às vítimas de violência”*³⁴, cujos resultados sumarizados encontram-se descritos no Quadro 7 (Lisboa, Vicente & Barroso ET AL., 2005; Barros, Lisboa, Cerejo, & Barrenho, 2008).

³³ Consultar URL em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-e-violencia-contra-as-mulheres-pdf.aspx>

³⁴ Consultar URL em http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1160306

QUADRO 7 – CUSTOS DA VIOLÊNCIA EM PORTUGAL

CUSTOS		PROBABILIDADE EM VÍTIMAS
ECONÓMICOS	<ul style="list-style-type: none"> » As vítimas têm custos com a sua saúde 22% mais elevados, quando comparados com não-vítimas » O custo médio com a saúde por mulher vítima de violência doméstica é de cerca de 140€/ano » Desse valor, 127€/ano são suportados pelo Serviço Nacional de Saúde (91%), em que 55% correspondem a consultas e 30% a medicamentos 	
SOCIAIS E INDIVIDUAIS	<ul style="list-style-type: none"> » Separação forçada de figura de referência » Dificuldade em encontrar emprego » Possibilidade de despedimento 	<ul style="list-style-type: none"> » 3x maior » 2x maior » 2x maior
SAÚDE FÍSICA	<ul style="list-style-type: none"> » Equimoses/Contusões » Intoxicações » Hemorragias 	<ul style="list-style-type: none"> » 2x maior » 2x maior » 2x maior
SAÚDE PSICOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none"> » Pânico » Tristeza » Sentimento de desespero » Solidão » Tentativas de suicídio 	<ul style="list-style-type: none"> » 2x maior » 4x maior » 6x maior » 2x maior » 5x maior

Adaptado de: Lisboa, et al., 2005; Lisboa, et al., 2008; Lisboa, 2013.

De uma forma global, os referidos estudos sugerem igualmente que alguns desses custos, para além do efeito direto sobre as vítimas, têm também um efeito indireto a outros níveis, inclusive pagos por toda a sociedade, com caráter imediato ou com repercussões a longo prazo, inclusive nas gerações futuras. Em suma, custos difíceis de quantificar.

Por outro lado, a nível mundial, poucas têm sido as investigações que abordam os custos económicos associados às intervenções destinadas à prevenção da violência interpessoal. Dadas as evidências relativas aos custos globais elevados do fenómeno em todo o mundo, este assunto assume especial relevância, muito embora seja metodologicamente complexo proceder a este tipo de análise. A avaliação dos custos, benefícios

e eficácia, de forma standardizada e comparável, requer a homogeneização dos padrões empregues (Barnett, 1993, cit in Waters et al., 2004).

Porque a prevalência da violência interpessoal não se encontra suficientemente estudada e, em muitos casos, porque o seu registo também se encontra condicionado por tabus sociais, torna-se, assim, difícil documentar tanto os efeitos potenciais das intervenções destinadas à redução da violência como os benefícios económicos que lhe estão associados. Contudo, trabalhos existentes sobre a matéria mostram que as intervenções de âmbito comportamental, legal ou normativo, destinadas à prevenção da violência representam encargo financeiro substancialmente menor do que a reparação dos danos provocados por esta (**Quadro 8**).

QUADRO 8 – VANTAGENS ECONÓMICAS DA PREVENÇÃO

- O custo de um programa americano dirigido à prevenção dos maus-tratos infantis correspondeu a 5% dos custos totais empregues na reparação dos efeitos do problema.
- Nos EUA, intervenções dirigidas a jovens delinquentes perpetradores de violência resultaram em benefícios económicos 30 vezes maiores do que os custos correspondentes.
- Estimativas da OMS Região Europeia apontam para que 1€ gasto em visitas domiciliárias ou em programas de competências parentais, tendo em vista a prevenção dos maus tratos infantis, permite economizar 19€. Por outro lado, 1€ gasto no licenciamento de armas de fogo para vendedores e compradores permite economizar 79€ relativamente às despesas com reparação de danos.

Adaptado de: WHO Regional Committee for Europe, 2005

1.5. DETERMINANTES DA VIOLÊNCIA

1.5.1. MODELO ECOLÓGICO DA VIOLÊNCIA

Os atos violentos sobrevivem num momento histórico determinado, num contexto político, social e económico específico, num ambiente de carácter institucional ou familiar preciso; desenvolvem-se de acordo com padrões culturais que são replicados entre gerações e que se expressam em interação com experiências e aprendizagens feitas ao longo do ciclo de vida.

Os **determinantes da violência** são, por isso, de índole diversa. Contudo, não podem ser ponderados apenas de uma forma individualizada, como se o protagonismo que cada um adquire na génese do fenómeno surgisse de uma forma isolada. Na realidade, é da interação das múltiplas variabilidades individuais e das diferenças e iniquidades entre grupos sociais que resultam os padrões comportamentais, segundo uma perspetiva interpretativa que muitos autores designam por *interseccionalidade*. É neste registo que o fenómeno da violência, nas suas múltiplas formas de expressão, nomeadamente a violência interpessoal, melhor pode ser entendido. As perspetivas aplicadas à sua abordagem devem,

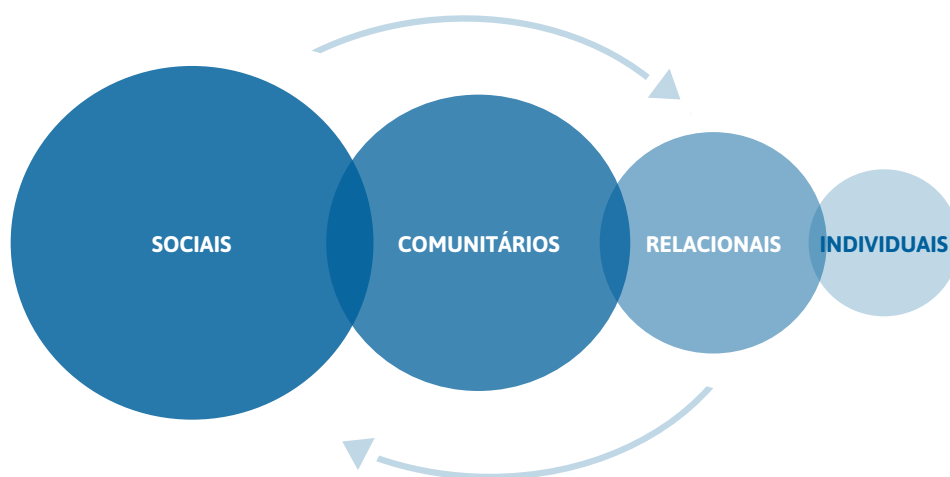
por isso, ser desenvolvidas mediante uma visão integradora dos vários determinantes, na medida do que for possível.

Assim, a interpretação da violência interpessoal e dos mecanismos de prevenção da mesma, não pode passar à margem de um modelo conceptual e de intervenção que tome em consideração uma conjugação de fatores de ordem individual, relacional, comunitária e social que a condicionam e se relacionam de forma complexa.

Desta forma, no presente documento é utilizado o **modelo ecológico** como interpretativo do fenómeno e orientador da intervenção. Este modelo, utilizado pela OMS desde 2002, baseia-se no modelo conceptual do desenvolvimento humano desenvolvido por Broffebrenner, posteriormente adaptado por vários autores, nomeadamente Corsi em 1995, para a violência nas relações de intimidade.

De acordo com o modelo, são conceptualizados quatro níveis de fatores que interagem entre si: fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais (**Figura 3**).

FIGURA 3 – MODELO ECOLÓGICO DA VIOLÊNCIA



Adaptado de : Krug et al., 2002

→ Segundo o modelo, e sob o *ponto de vista individual*, vários fatores de ordem biológica ou da história pessoal do indivíduo, como impulsividade, presença de psicopatologia, história pregressa de agressão, e de maus tratos, abuso de substâncias psicoativas, entre

outros, podem condicionar a propensão para a concretização de atos violentos.

→ No plano **relacional**, são também diversas as variáveis que fazem aumentar o risco e o perigo de violência, em particular no domínio das relações próximas, seja no contexto do

convívio entre pares, na vida familiar ou, particularmente, nas relações entre parceiros íntimos. Assim, podem ser condicionantes a existência de conflitualidade familiar, de problemas relacionados com a parentalidade, de assimetrias de poder e controlo, ou de baixo estatuto socioeconómico, em particular no caso da violência física.

- Sob uma perspetiva **comunitária**, há que ter em conta os contextos em que os relacionamentos sociais se processam. Comunidades em que se verifica uma elevada densidade populacional ou um isolamento social acentuado, naquelas em que o capital social está empobrecido cultural e economicamente e em que os vínculos sociais são escassos, naquelas onde os níveis de desemprego são mais elevados, o isolamento social é manifesto e o tráfico de drogas uma realidade, acabam por ser mais propensas ao fenómeno da violência.
- Num quarto plano, consideram-se os *fatores de ordem* **social** que moldam as características de uma determinada sociedade, sejam as normas culturais e sociais que permitem suportar, ou ignorar, a violência e as desigualdades, sejam as próprias políticas de saúde, sociais, de justiça e educativas que podem acabar por manter a desigualdade económica e social e as iniquidades em geral.
- O modelo ecológico permite salientar a influência recíproca entre os distintos níveis de fatores; assim, para compreender os fatores de ordem individual é importante inseri-los no nível relacional, comunitário e social, abrangendo a influência dinâmica entre os fatores considerados em cada nível.

Salienta-se que alguns fatores de risco estão mais ligados do que outros a determinados tipos de violência; por outro lado, os vários tipos de violência compartilham alguns fatores de risco quanto à respetiva ocorrência.

As normas culturais predominantes, a pobreza, o isolamento social e fatores como abuso de álcool e de outras substâncias e acesso a armas de fogo são elementos de risco ligados a mais do que um tipo de violência. Como consequência, não é raro que algumas pessoas nessa situação estejam mais propensas a vários tipos de maus tratos, que interagem entre si de forma dinâmica, dada a sua especial vulnerabilidade.

No caso específico da violência doméstica, a investigação tem mostrado que a exposição a esta durante a infância representa para os indivíduos um risco acrescido de tornarem-se, eles próprios, vítimas diretas ou de virem a ser perpetradores, no decurso da adolescência ou da vida adulta. Recorrentemente, experiências de rejeição, abandono, negligência, nomeadamente emocional, por parte dos pais ou outros cuidadores, podem potenciar, na criança ou no jovem, o surgimento de comportamentos violentos e antissociais, assim como de comportamentos abusivos quando adulto, como mecanismo de identificação e sobrevivência psicológica³⁵.

De igual forma, foram encontradas associações entre o comportamento suicida e os diversos tipos de violência, inclusive maus-tratos à criança, violência nas relações de intimidade, abuso sexual ou maus-tratos a pessoas idosas.

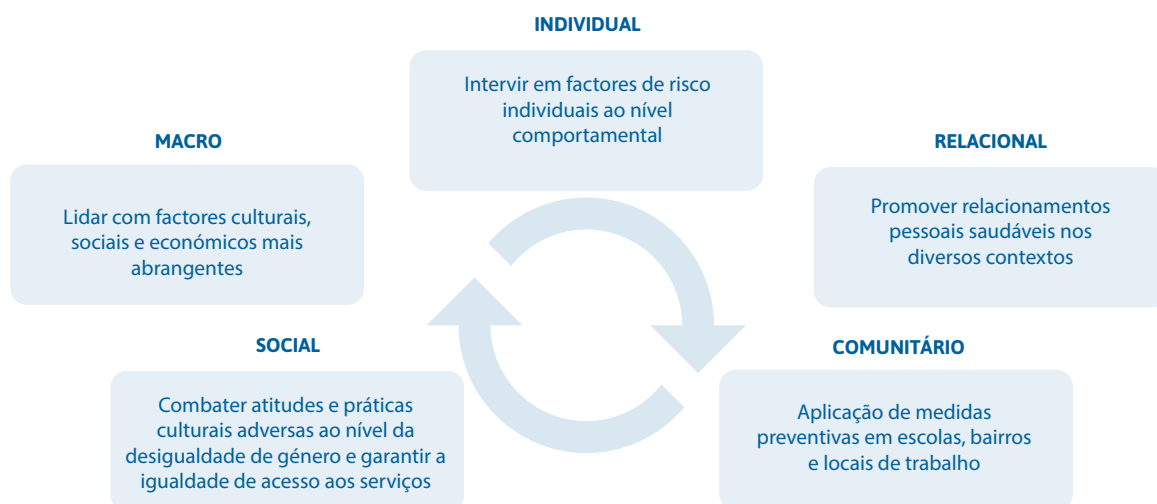
A ligação existente entre os diversos tipos de violência, assim como a interação que se estabelece entre os fatores individuais e os contextos sociais, culturais e económicos mais abrangentes dão indicação de que lidar de forma preventiva com os fatores de risco, fomentando fatores de proteção nos diversos níveis do modelo ecológico, pode representar um contributo para que haja redução da ocorrência de casos em mais de um tipo de violência.

Neste sentido, tendo em conta os vários níveis de risco preconizados pelo modelo ecológico para compreensão do fenómeno, a OMS defende a criação de respostas multifacetadas que tenham em conta estes diferentes patamares de intervenção (**Figura 4**)³⁶.

35 Consultar Capítulo 1.5.3. Transgeracionalidade e Violência, Parte I, página 42

36 Consultar Capítulo 1. Prevenção da Violência, Parte II, página 23

FIGURA 4 – ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO BASEADAS NO MODELO ECOLÓGICO



Adaptado de: Krug et al., 2002

1.5.2. DETERMINANTES DE GÉNERO

Subsiste ainda, em diversos grupos sociais e em muitos indivíduos, a representação da violência como um determinismo que se expressa de modo exuberante no sexo masculino, fruto das especificidades biológicas que o caracterizam. Nessa perspetiva, a violência exercida pelos homens constituiria como que uma inevitabilidade comportamental.

Contudo, para além desta interpretação essencialista, sublinhe-se que é no domínio das aprendizagens e das vivências ao longo do ciclo de vida, as quais marcam a biografia dos indivíduos num determinado contexto histórico, cultural e social, que é possível encontrar a génese das práticas violentas.

É a elaboração coletiva do que significa ser homem e ser mulher, vista no plano individual, relacional e comunitário, segundo o Modelo Ecológico, que nos permite entender melhor os determinantes da violência. Os conceitos de masculinidade e de feminilidade são social e culturalmente elaborados a partir do dimorfismo biológico que marca as diferenças entre indivíduos de um e de outro sexo.

É esta construção social do ser homem e do ser mulher que recebe a designação de **Género**.

A OMS refere-se à diferença entre sexo e género nos seguintes termos:

SEXO, diz respeito às características biológicas e fisiológicas que definem os homens e as mulheres.

GÉNERO, refere-se aos papéis, comportamentos, atividades e atributos que uma dada sociedade considera apropriados para os homens e para as mulheres.

Fonte: OMS, URL <http://www.who.int/gender/whatisgender/en/>

As desigualdades de género que assim se estabelecem, e que marcam as vivências sociais e íntimas de homens e mulheres, estruturam-se em torno de quatro eixos (Connell, 2002):

- Relações de poder, nas quais, de forma global, a dominância está centrada nos homens.
- Relações de produção, expressas pelas assimetrias na divisão e na remuneração do trabalho.
- Relações emocionais, matéria na qual a visão essencialista das diferenças homem/mulher mais se expressa, em particular, nas vivências íntimas e na conjugalidade.
- Simbolismo, através do qual, a vários níveis, a ideologia do género continua a encontrar suporte para manter a visão dicotómica e assimétrica do ser-se homem ou mulher.

Nesta perspetiva, em particular no domínio da esfera familiar e da conjugalidade, a suposta “dominância masculina” e “inferioridade feminina”, ancorada nestes eixos, tem funcionado como justificação,

ou álibi, para a violência exercida pelos homens sobre as mulheres, apesar da intolerância social crescente face ao problema³⁷. De facto, é nos ditames do género que pode ser encontrada a origem da parcela provavelmente mais expressiva da violência interpessoal – **a violência nas relações de intimidade**³⁸.

Este tipo de violência consubstancia-se em formas de relação assimétrica associadas aos papéis de género e caracterizadas pela subjugação, dominação e poder real ou simbólico. Tratando-se de práticas socialmente construídas e enraizadas, tornam-se parte da dinâmica relacional, sendo entendidas como algo natural nas relações de casal e familiares.

Por outro lado, a **homofobia** assenta igualmente no sexismo, em que a “masculinidade hegemónica” se torna desrespeitadora das expressões da pertença ao sexo masculino que não se compaginam com a perspetiva tradicionalista do ser-se homem (Almeida, 1995). Paradoxalmente, o padrão das relações diádicas entre pessoas do mesmo sexo mimetiza, com frequência, dinâmicas semelhantes à conjugalidade heterossexual; não admira, por isso, que o fenómeno da violência nas relações de intimidade nestas situações pareça adquirir padrões semelhantes àquelas, nomeadamente por se tratar de relações caracterizadas por desequilíbrios de poder e violência.

Por outro lado, é também na perspetiva de género que pode ser abordada a violência conjugal exercida pelas mulheres contra os respetivos parceiros íntimos. Em parte substantiva dos casos, trata-se de uma forma de resposta, em autodefesa, à violência que contra elas é exercida e decorre em situações limite de stresse, como forma de interromper situações de maus tratos continuados. Porém, nem sempre assim é. Em diversas situações, a violência, seja de carácter físico, psicológico e, até, sexual, em contexto de conjugalidade, familiar ou profissional, também acontece tendo as mulheres como perpetradoras.

Sem esquecer que a vitimização no sexo feminino adquire expressão mais elevada, não pode deixar de ser enfatizada a existência de subnotificação quando as vítimas são do sexo masculino. Além de fatores que são comuns às vítimas do sexo feminino, outros existem que podem explicar a menor visibilidade da violência exercida sobre os homens em contexto de relações

de intimidade. Por um lado, a violência cometida por mulheres tende a ser predominantemente de carácter psicológico e, por isso torna-se menos manifesta; por outro lado, o evitamento da denúncia deve-se, nestes casos, não só ao medo e à vergonha do descrédito, mas também à humilhação que constituirá, na perspetiva destes homens, o ato de queixarem-se a terceiros, assumindo fragilidade e incapacidade de exercerem a “masculinidade” como, na representação social e na expectativa de conduta associada à masculinidade, é suposto serem capazes de fazer.

A este propósito, refira-se que o estudo mencionado atrás, *Family Violence in Canadá: a Statistical Profile*, de 2011, apontava para índices de vitimização semelhantes em ambos os sexos, no decurso dos 5 anos anteriores, embora os casos se revestissem de severidade três vezes maior quando as vítimas eram mulheres. Contudo, os motivos mais vezes invocados para a ausência de queixa às autoridades - “tratar-se de um assunto pessoal”, “ser problema a ser resolvido de outra forma” ou “não constituir motivo suficientemente importante que justificasse denúncia” - foram-no, claramente, por parte dos homens (Statistics Canada, 2011).

Saliente-se ainda, a nível nacional, os dados do Relatório Anual de Segurança Interna que apontam para uma vitimização masculina no contexto de violência doméstica na ordem dos 19% e perpetração feminina na ordem dos 14% (Quaresma, 2014).

Assim, na Saúde, para responder adequadamente ao fenómeno da violência nas relações de intimidade, há que abordar também os aspetos sociais e culturais que estimulam, e condicionam, o exercício da violência enquanto componente dos estereótipos da masculinidade. Tal implica que, na atuação tanto junto de vítimas como de pessoas agressoras, os profissionais deverão ter em conta as questões relacionadas com as assimetrias de poder e com a pressão, associada a expectativas sociais sobre o ser homem e o ser mulher, refletindo as desigualdades de género.

Também nesta matéria, a da **violência de género**, o Modelo Ecológico surge como matriz interpretativa e, simultaneamente, de padrão de intervenção que melhor se adequa à ação dos profissionais, aos três níveis da prevenção.

³⁷ Nota: Conforme uma abordagem sob a perspetiva de género pode evidenciar, noutras matérias relacionadas com a saúde, **a pertença ao sexo masculino nem sempre se traduz em vantagem relativa face ao que se verifica no sexo feminino**; trata-se, contudo, de matéria que não cabe abordar no presente documento.

³⁸ Consultar 2.1. Violência nas Relações de Intimidade, Parte I, página 45

1.5.3. TRANSGERACIONALIDADE E VIOLÊNCIA

A **transgeracionalidade** pode ser definida como a transmissão de padrões de relacionamentos familiares que se repetem de uma geração a outra. Estes modelos são definidos a partir dos legados, valores, crenças, segredos, ritos e mitos que se perpetuam e conferem um sentimento de pertença e de identidade.

Os “valores familiares” são transmitidos tendo em vista manter a coesão e a estabilidade, a homeostase e o fortalecimento dos próprios papéis familiares. Muitas vezes, a transmissão processa-se de forma implícita. Em certos casos, há nas famílias “material” de ordem afetiva que é comunicado de tal modo que não contempla a possibilidade de elaboração, integração e de transformação por parte dos mais novos. Estes, mesmo que de forma inconsciente, ficam como que ‘condenados’ a um agir acrítico, repetindo padrões de comportamento observados e transmitindo-os às gerações subsequentes, por vezes entendendo-os como se se tratasse de uma espécie de “maldição” ou “destino”.

No processo de transmissão saudável, tanto para o indivíduo como para o grupo, desenvolve-se um trabalho de elaboração e de ligação, na medida em que uma geração consegue transformar aquilo que recebe, integrando as suas heranças em função das vivências e perspetivas próprias. Este processo permite que cada geração possa situar-se em relação às anteriores, assim como inscrever cada sujeito numa categoria, em que o sentimento de pertença o coloca, por sua vez, como ator numa história, num momento e num lugar.

Porém, quando a herança recebida transporta em si uma carga traumática em relação à qual está vedado o acesso à representação e à elaboração, há forte probabilidade de repetição.

No caso das crianças, tem particular impacto a questão do género, pelo processo de identificação aos diferentes papéis atribuídos a cada sexo, constituindo um fator de risco muito importante para a perpetuação do padrão de violência. A tendência natural de uma criança é responder às situações vividas de acordo com os seus modelos. A exposição à violência, de forma direta ou indireta/vicariante, perpetrada pelas suas figuras de identificação será internalizada e justificada

na sua escala de valores enquanto indivíduo, elemento de um sexo e de uma família, configurando assim as suas expectativas sociais.

Na violência familiar produzem-se ciclos de repetição de padrões de interação nos quais participam, pelo menos, três diferentes instâncias: o abusador, a pessoa abusada e o contexto reforçador.

Cada uma destas instâncias representa uma lógica de pensar e de agir que, muitas vezes, contribui para a negação dos atos violentos na família. Para o/a abusador/a, os componentes mais frequentes desta lógica são os seguintes: sente-se vítima de algo que o seu ou a sua companheira faz; não é empático/a com os outros membros da família; supõe que são os outros que estão errados, em particular a pessoa abusada, colocando-se numa posição hierárquica superior e, consequentemente, não percebe a sua conduta como violenta.

Para a pessoa abusada, os componentes que estabelecem uma lógica de entendimento da violência, impedindo-a de percebê-la, de facto, são outros: não se vê como importante nas suas relações; tem baixa autoestima e insegurança; desconhece os seus direitos; confere poder ao/à abusador/a colocando-se em lugar de submissão e, consequentemente, posiciona-se na relação de forma a sustentar, apoiar e cuidar do abusador. De facto, diversos estudos revelam que as mulheres vítimas de violência possuem uma baixa percepção da violência, não reconhecendo muitos maus tratos vividos como atos violentos (Browne, 1987; Campbell, 1995; Dutton & Dionne, 1991). Em muitas delas, devido ao historial de padrões de relacionamentos violentos, muitas vezes, iniciados na infância entre os pais e/ou como modelos educativos, apresentam tendência a normalizar a violência. Estes modelos internalizados justificam a potencial vulnerabilidade para se envolverem em novos relacionamentos abusivos³⁹.

A violência intrafamiliar sustenta-se e transmite-se neste contexto de funcionamento, complementar entre abusador/a e abusado/a; consequentemente, os filhos vivem e aprendem que a violência faz parte de uma rotina aceitável, aumentando o risco de que venham a repetir este mesmo padrão, quando adultos, nas suas próprias famílias.

39 Consultar 2.1.4. Dinâmicas Relacionais, Parte I, página 51

Muito embora constituindo-se como um fator de risco elevado na vitimização ou perpetração de comportamentos violentos há que considerar variáveis associadas como a resiliência e outros fatores de ordem individual, relacional que se podem constituir protetores na prevenção de experiências abusivas quando adultos. Por outro lado, há que considerar a complexidade do processo de socialização, envolvendo mais agentes em interação para além da família. Este pressuposto permite considerar que o modelo de

transmissão intergeracional é parcelar, uma vez que a criança, no seu processo de socialização, recebe e interpreta influências de outros agentes, não sendo por isso viável considerar um mero determinismo e relação causa-efeito nas aprendizagens familiares acerca da violência. Relativamente a este assunto já existem alguns estudos, mas existe ainda a necessidade de melhor conhecimento destes fatores que possam servir de substrato a intervenções no âmbito da prevenção primária⁴⁰.

1.5.4. VIOLÊNCIA E COMUNICAÇÃO SOCIAL

A violência, como fenómeno sistémico, tem manifestações diversas e assume diferentes contornos, conforme as transformações sociais. Na era da aldeia global, as novas tecnologias geraram novos recursos e nunca o acesso à informação foi tão facilitado. Criaram-se novos padrões de relação, com os consequentes benefícios e também novos riscos. A internet e as redes sociais vieram condicionar, irreversivelmente, os hábitos sociais, culturais, familiares e individuais de relacionamento interpessoal e de perceção dos valores e do mundo. São, por isso mesmo, matéria de reflexão ética, técnica e teórica.

A comunicação social tem assim um lugar de destaque nos nossos dias, tanto como gerador de fenómenos, como também de amplificador ou regulador dos mesmos. Por exemplo, a investigação indica que, a forma como se veiculam notícias sobre atos violentos, tal como a maneira como estes são representados na ficção, afetam a perceção e o comportamento das pessoas.

Fenómenos de compulsão à cópia de determinados comportamentos, nomeadamente os casos de suicídio noticiados na comunicação social (por exemplo no caso descrito como “efeito de Werther”⁴¹) são apontados como matéria de reflexão sobre a importância da regulação e da exposição a certos conteúdos, particularmente entre as populações mais vulneráveis, como naturalmente as crianças e adolescentes, pessoas vítimas de exclusão ou portadoras de vulnerabilidade em matéria de saúde mental.

Neste quadro, importa refletir para além do já referido impacto dos conteúdos televisivos no desenvolvimento da personalidade de crianças e adolescentes, o papel dos meios de comunicação social na promoção da saúde mental, na prevenção do suicídio e no combate ao estigma associado à doença mental.

A Organização Mundial da Saúde identifica a comunicação social como elemento chave na estratégia de prevenção da violência, e adota recomendações internacionais de boas práticas para os media, em especial, sobre o modo de noticiar comportamentos autolésivos e atos suicidas, de forma a prevenir o efeito contágio⁴².

A nível nacional, a Lei da Televisão⁴³ proíbe os conteúdos suscetíveis de prejudicar manifesta e gravemente a livre formação da personalidade de crianças e adolescentes, como a pornografia e a violência gratuita. Determina também que quaisquer outros programas suscetíveis de influírem de modo negativo na formação da personalidade de crianças e adolescentes deve ser acompanhada da difusão permanente de um identificador visual apropriado e só pode ter lugar entre as 22:30 e as 6:00.

Dada a sensibilidade destas matérias, a Entidade Reguladora para a Comunicação Social (ERC) e o Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) estabeleceram em 2014, um protocolo cooperação⁴⁴ que resulta da conjugação das atribuições da ERC

⁴⁰ Consultar 1. Prevenção da Violência, Parte II, página 98

⁴¹ Conceito criado por Phillips (1974) a propósito de um romance de Goethe, cuja leitura terá desencadeado uma onda de suicídios por imitação. Decorrente do nome do protagonista, Werther, o “efeito de Werther” diz respeito à ocorrência de atos suicidas na sequência de proximidade ou de tomada de conhecimento de casos de suicídio, ou de tentativa de suicídio, num processo de imitação.

⁴² Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592079.pdf?ua=1> e http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf

⁴³ Lei n.º 27/2007, de 30 de Julho, com a 1ª alteração pela Lei n.º 8/2011 de 11 de Abril.

⁴⁴ Disponível em URL www.erc.pt/pt/protocolos.

(garantindo o livre exercício do direito à informação e à liberdade de imprensa, a ética de antena e do jornalismo, e a proteção dos públicos sensíveis e dos menores) com as do PNSM – na promoção da articulação dos cuidados especializados de saúde mental com outros setores considerados relevantes para a implementação do Plano Nacional 2007/2016, onde figuram os órgãos de comunicação social.

Pelas razões referidas, a ERC aconselha a adoção de uma ética de antena que tenha em consideração

as diretrizes da OMS dirigidas aos media, também plasmadas no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013-2017).

O estigma da doença mental atinge os doentes mas também amigos e familiares, representando um dos maiores entraves à procura de ajuda e tratamento. A informação e a sensibilização da população, com esclarecimento sobre a doença mental e acesso aos tratamentos e apoios disponíveis, tem nos órgãos de comunicação social um aliado importante.

2. ÁREAS TEMÁTICAS

Conforme abordado anteriormente, ao falar-se de violência referimo-nos a um conceito, complexo, multidimensional, heterogéneo, largo espectro de interpretação. A literatura neste domínio tem sido vasta e cada vez mais tem procurado afinar linguagens e conceitos, em função das especificidades das diferentes formas de violência, muito embora de forma não consensual.

As terminologias utilizadas neste manual vão de encontro à linguagem utilizada pela OMS nos seus vários documentos técnicos, pelo que será comum a abordagem aos diversos tipos de violência tendo em conta parâmetros como natureza da violência (física, psicológica, sexual e negligência/privação), tipo de relação dos intervenientes, etapa do ciclo vital (crianças, pessoas idosas) bem como o dano causado.

2.1. VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE^{45 46 47}

No Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (Krug et al., 2002), a Violência nas Relações de Intimidade (VRI) é definida como:

“Violência nas Relações de Intimidade”
qualquer comportamento num contexto de relação íntima que cause dano físico, psicológico ou sexual aos elementos envolvidos na mesma. Tais comportamentos podem configurar atos de agressão física, violência psicológica, violência sexual (incluindo relações sexuais forçadas e outras formas de coerção sexual), e outras formas de controlo sobre a vítima, chegando, por vezes ao homicídio.

(Krug et al., 2002)

Nestes casos extremos, de acordo com Elza Pais (2010), “o homicídio conjugal constitui-se assim como

o desfecho de uma situação prolongada de violência doméstica ou como uma vingança perante uma infidelidade ou um abandono numa relação amorosa”.

Designada pela OMS como *Intimate Partner Violence*, foi considerada como um grave problema de saúde pública, com forte impacto, nomeadamente, na saúde das mulheres. Diversos estudos realizados nesta área demonstram que os efeitos da violência não se circunscrevem apenas ao momento em que esta ocorre, mas tendem a persistir muito tempo após ter cessado, nomeadamente em situações de maior severidade em que os efeitos são mais danosos para a saúde física e mental das vítimas. A reiteração e continuidade destas práticas abusivas acabam por ter um efeito cumulativo ao longo do tempo (Krug et al., 2002).

Trata-se de um fenómeno transversal, ocorrendo em diferentes contextos etários, sociais, económicos, culturais e ou religiosos e que tem sido considerado pela sociedade como um assunto da esfera privada.

⁴⁵ Para aprofundamento desta temática e enquanto boa prática no setor da saúde, sugere-se a consulta do Manual SARAR - Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar: Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar / entre parceiros íntimos, de Redondo et. al. (2012), disponível em URL <http://material.violenciaonline.pt/CONTEUDOS/SARAR/Manual%20SARAR%20site.pdf>

⁴⁶ Para aprofundamento sobre esta temática em mulheres idosas, sugere-se a consulta do referencial *Breaking the taboo 2. Violência contra mulheres idosas no contexto das famílias: reconhecer e agir*, de Perista & Silva (Eds.) (2011), disponível em URL http://www.cesis.org/admin/modulo_news/ficheiros_noticias/20130308145517-1manual_de_formacao.pdf

⁴⁷ Consultar sites disponíveis em URL <http://www.violenciaonline.pt/>, <http://www.umarfeminismos.org/>, http://apav.pt/apav_v2/index.php/pt/, <http://www.amcv.org.pt/>

2.1.1. ENQUADRAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E DE GÉNERO

Na conceptualização da violência nas relações de intimidade (VRI), são muitas vezes utilizadas terminologias como “violência doméstica”, “violência conjugal”, “violência familiar”, “violência contra as mulheres” e “violência de género”, muito embora não exista verdadeira sobreposição de conceitos.

Em Portugal, de acordo com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2010, de 17 de dezembro, entende-se por **Violência Doméstica** (VD):

“Todos os atos de violência física, psicológica e sexual perpetrados contra pessoas que coabitem no mesmo agregado doméstico, independentemente do sexo e da idade, bem como contra ex-cônjuges e pessoas de outro ou do mesmo sexo com quem o agressor mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro ou análoga à dos cônjuges, ainda que sem co-habitação. A violência de género resulta de um desequilíbrio de poder entre homens e mulheres, que se traduz em atos de violência que, no extremo, podem conduzir ao homicídio conjugal. A vitimação assenta em conceções estereotipadas, social e culturalmente enraizadas”.

RCM n.º 100/2010, de 17 de Dezembro

Assim, a VD não se refere somente à que ocorre no âmbito de relações de intimidade, podendo incluir situações de maus tratos contra crianças e jovens ou contra pessoas idosas e dependentes, nomeadamente quando ocorrem no espaço de relações de proximidade familiar ou outra, que muitas vezes se perpetuam ao longo do ciclo de vida e entre gerações^{48 49}.

De igual forma, a VRI, enquanto forma de violência doméstica, não se refere, em exclusivo, à violência conjugal ou a outra forma de relacionamento similar, ocorrendo também no namoro e, não raro, após a rutura do relacionamento conjugal ou do namoro, em que acontecem frequentemente situações de assédio e perseguições designadas por *stalking*⁵⁰, igualmente criminalizadas no âmbito da legislação portuguesa.

Face à Lei nacional, a VD enquadra-se no Artigo 152º do Código Penal, sendo considerada **crime público**, o que significa que o procedimento criminal não está dependente de queixa por parte da vítima, bastando uma denúncia ou o conhecimento do crime, para que o Ministério Público promova o processo (**Quadro 9**).

QUADRO 9 - ARTIGO 152º DO CÓDIGO PENAL⁵¹

1 – Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais:

a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge;

b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro ou uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação;

c) Ao progenitor de descendente comum em 1º grau; ou

d) A pessoa particularmente indefesa, nomeadamente em razão da idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite;

É punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por outra disposição legal (...).

Sendo a VRI um tipo de maus tratos que assenta essencialmente nas desigualdades geradas numa cultura de carácter sexista, é muitas vezes designada por **violência de género**. De acordo com o Instituto Europeu para a Igualdade de Género (EIGE) da União Europeia:

“Violência de Género compreende qualquer prática violenta dirigida contra uma pessoa tendo por base o género. Constitui uma violação de direitos fundamentais no que respeita à vida, liberdade, segurança, dignidade, igualdade entre homens e mulheres, não discriminação e integridade física e

⁴⁸ Consultar 1.5.3. Transgeracionalidade e Violência, Parte I, página 42

⁴⁹ Dadas as suas especificidades, estas formas de violência serão abordadas de forma mais aprofundada em capítulos posteriores.

⁵⁰ Consultar 2.8. Outros Conceitos e formas de Violência, Parte I, página 83

⁵¹ Com alterações ao Código Penal, introduzidas pela Lei n.º 19/2013, de 21 de Fevereiro.

mental. Inclui situações como violência doméstica, assédio sexual, violação, violência sexual durante conflitos armados (em particular, homicídio, violações sistemáticas, escravidão sexual e gravidez forçada), esterilização e/ou aborto forçado, uso coercivo de contraceptivos, infanticídio feminino e seleção de sexo pré-natal”.

A violência de género e a violência contra as mulheres são muitas vezes usados como sinónimos, dada uma parte substantiva dos casos se dirigir contra mulheres perpetrada por homens. De facto, os dados de investigação nesta área evidenciam uma maior prevalência no sexo feminino, representando em 2002 **a maior causa de morte e invalidez entre mulheres dos 16 aos 44 anos, ultrapassando o cancro, acidentes de viação e a guerra** de acordo com dados do Conselho da Europa (cit. in Resolução do Conselho de Ministros n.º 55, 1999). Contudo, séries estatísticas internacionais, nomeadamente em países como os E.U.A., Canadá e Reino Unido, têm vindo a dar cada vez mais destaque à prevalência da vitimização no sexo masculino que ainda se encontra pouco estudada.

Os custos financeiros da violência contra as mulheres são elevados, com estimativas anuais de 34 mil milhões de euros por país entre os Estados Membros do Conselho da Europa, ascendendo a 555 de euros *per capita*^{52 53}.

Este tipo de violência constitui-se como uma grave violação dos direitos humanos, tal como foi definido na Declaração e Plataforma de Ação de Pequim, da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1995, onde se considera que a violência contra as mulheres é um obstáculo à concretização dos objetivos de igualdade, desenvolvimento e paz e viola, dificulta ou anula o gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais.

Dado o seu global impacte, várias têm sido as recomendações de organismos europeus e internacionais, sobretudo ao longo das últimas duas décadas, no sentido de se intensificarem os esforços por parte dos Estados para eliminar todas as formas de violência contra as mulheres, especialmente no âmbito das relações íntimas.

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), ratificada por Portugal em 1980, consiste num Tratado de Direitos Humanos adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1979. Faz parte de um conjunto vasto de instrumentos para a proteção e promoção dos direitos humanos, num processo que foi iniciado com a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, que prosseguiu com a adoção dos dois pactos internacionais, respetivamente sobre os Direitos Civis e Políticos e sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais e de várias Convenções que abordam aspetos específicos, tais como os direitos das crianças, ou o combate à tortura ou à discriminação racial, a situação dos trabalhadores migrantes ou das pessoas com deficiência, entre outros.

No seguimento da necessidade de criar uma maior eficácia no combate à discriminação, foi adotado em 1999, um Protocolo Adicional a esta Convenção, que estabelece um conjunto de condutas que constituem atos discriminatórios contra as mulheres, bem como uma agenda que deve orientar as ações nacionais de combate a tais discriminações. Este protocolo prevê que as pessoas ou grupos de pessoas que considerem ser vítimas de violação de direitos consagrados na Convenção, por qualquer Estado Parte, possam submeter comunicações sobre essas alegadas violações ao Comité de peritos que avalia o cumprimento e progressos registados na implementação da Convenção, o qual procede a uma investigação sobre a matéria. Os Estados Partes estão comprometidos a apresentar ao Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas, de 4 em 4 anos, para exame pelo Comité, um relatório sobre as medidas de ordem legislativa, judicial, administrativa ou outra que tenham adotado para dar aplicação às disposições da Convenção.

O mais recente instrumento jurídico internacional legalmente vinculativo diz respeito à Convenção de Istambul⁵⁴, que lança um quadro legal pan-europeu para a proteção das mulheres contra todas as formas de violência e para a prevenção e eliminação da violência contra as mulheres e violência doméstica.

52 Fonte: www.coe.int/t/dg2/equality/DOMESTICVIOLENCECAMPAIGN/FAO_en.asp#P59_4532

53 Consultar 1.4. Impacte e Custos da Violência, Parte I, página 34

54 Disponível em URL <http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/convention-violence/convention/Convention%20210%20Portuguese.pdf>

De acordo com a referida Convenção:

“Violência Contra as Mulheres” é entendida como uma violação dos direitos humanos e como uma forma de discriminação contra as mulheres e significa todos os atos de violência baseada no género que resultem, ou sejam passíveis de resultar, em danos ou sofrimento de natureza física, sexual, psicológica ou económica para as mulheres, incluindo a ameaça do cometimento de tais atos, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade, quer na vida pública quer na vida privada.

“Violência Doméstica” designa todos os atos de violência física, sexual, psicológica ou económica que ocorrem no seio da família ou do lar ou entre os atuais ou ex-cônjuges ou parceiros, quer o infrator partilhe ou tenha partilhado, ou não, o mesmo domicílio que a vítima.

Convenção de Istambul, 2011

Esta Convenção assenta no reconhecimento de que «a violência contra as mulheres é uma manifestação das relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens que levou à dominação e discriminação das mulheres pelos homens, privando assim as mulheres do seu pleno progresso». Afirma ainda que «a natureza estrutural da violência contra as mulheres é baseada no género, e que a violência contra as mulheres é um dos mecanismos sociais cruciais

através dos quais as mulheres são mantidas numa posição de subordinação em relação aos homens».

Portugal foi o primeiro país da União Europeia a ratificar este instrumento internacional, em vigor desde Agosto de 2014. A Declaração representará mais um marco fundamental na história da Europa e de Portugal na luta pelos direitos humanos, em particular das mulheres e famílias. Estabelece, igualmente, um mecanismo específico de monitorização para garantir a efetiva implementação pelos Estados que a adotem. O Conselho da Europa e os seus 47 Estados – Membros assumem, com esta Convenção, o propósito de se «criar uma Europa livre de violência contra as mulheres e de violência doméstica».

A nível nacional, a importância atribuída ao fenómeno encontrou-se, desde logo, refletida em 1999, no desenvolvimento do I Plano Nacional contra a Violência Doméstica. Atualmente, o V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género (V PNPCVDG 2014-2017)⁵⁵ procura, no seguimento dos anteriores Planos, delinear estratégias no sentido da proteção das vítimas, da intervenção junto de pessoas agressoras, do aprofundamento do conhecimento dos fenómenos associados, da prevenção dos mesmos, da qualificação dos/as profissionais envolvidos/as e do reforço da rede de estruturas de apoio e de atendimento às vítimas. Contempla ainda medidas preventivas e de intervenção no domínio de outras formas de violência de género, como a mutilação genital feminina e as agressões sexuais.

2.1.2. FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE

Existem muitos modelos explicativos da violência doméstica, em especial nas relações de intimidade. Estes incluem teorias psicológicas, que enfatizam traços de personalidade e características mentais de perpetradores/as e vítimas, bem como algumas teorias sociais que consideram fatores externos, tais como a estrutura familiar, o stresse ou a aprendizagem social. Tal como acontece com muitos outros fenómenos nas vivências humanas, não existe uma única abordagem explicativa para a violência, dado ser de génese multifatorial.

Sabe-se, no entanto, que é na conjugação destes fatores que se circunscreve o fenómeno daquilo que pode ser descrito como “patologia da relação”, marcada por características não só de quem agride e de quem é vítima, mas também nas próprias especificidades relacionais que contribuem para o seu início e manutenção⁵⁶.

Tendo em conta o seu impacto, em especial o dos maus tratos psicológicos, alguns autores descrevem que, na abordagem da saúde, o fenómeno pode ser considerado como uma síndrome crónica (Roberts, Hegarty e Feder, 2006; cit in Redondo, et al., 2012).

⁵⁵ Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2013, de 31 de Dezembro. Disponível em URL <https://dre.pt/application/file/56358583>

⁵⁶ Consultar 2.1.4. Dinâmicas Relacionais, Parte I, página 51

Este caráter de cronicidade explica os avanços e retrocessos a nível do processo de mudança nas vítimas que muitas vezes constitui um obstáculo à intervenção. em correr o risco de cair no fatalismo, os profissionais deverão estar sensíveis para o insucesso das suas intervenções⁵⁷. De facto, não é raro que, após concertação de esforços por parte da vítima e dos serviços, esta retorne ao contexto de violência.

De seguida, descrevem-se alguns dos fatores mais comumente associados ao risco de ocorrência deste tipo de violência, tendo em conta uma perspetiva baseada no modelo ecológico da violência da OMS⁵⁸, ou seja nunca encarados individualmente como causadores da mesma.

FATORES MACROSSOCIAIS

- » Padrões históricos associados ao papel social de género de homens e mulheres;
- » Estruturas organizacionais, institucionais e patriarcais da sociedade que promovem desigualdade nas relações de poder entre homens e mulheres que tácita ou diretamente suportam e reproduzem a opressão e a violência, em particular contra as mulheres;
- » Alterações recentes nos papéis de género, sobretudo nas sociedades mais desenvolvidas, em relação às expectativas de vida nas mulheres, gerando ambiguidades nas relações sociais e íntimas.

FATORES RELACIONAIS

- » Medo experienciado quer por mulheres quer por homens enquanto potenciador da violência física e psicológica nas relações;
- » Conflitos e tensões conjugais;
- » Falta de compreensão mútua;
- » Instabilidade nas relações, divórcios ou separações;
- » Domínio e controlo de um parceiro sobre o outro;

- » Instabilidade financeira;
- » Relações e interações pouco saudáveis;
- » Historial de violência na família.

FATORES INDIVIDUAIS

- » Baixa autoestima;
- » Baixo nível socioeconómico;
- » Baixa diferenciação académica;
- » Comportamento agressivo ou delinquente na adolescência;
- » Consumo de substâncias, principalmente álcool;
- » Depressão nas vítimas;
- » Raiva e hostilidade por parte de quem agride;
- » Traços de personalidade antissocial ou traços de personalidade borderline/limite, nomeadamente instabilidade no humor e impulsividade;
- » Isolamento social;
- » Desemprego, resultante da estratégia de controlo do agressor;
- » Dependência emocional e insegurança;
- » Crença nos papéis de género baseados na posição dominante do sexo masculino;
- » Desejo de poder e controlo nas relações por parte de quem agride;
- » Historial de maus tratos físicos ou psicológicos na infância;
- » Interações pais-filhos escassas na infância;
- » Historial de punição física na infância.

FATORES BIOLÓGICOS

- » Fatores associados ao dimorfismo sexual, sob o ponto de vista genético, endócrino e anatómico.

⁵⁷ Consultar 6. Impacte da Intervenção na Saúde Mental dos Profissionais, Parte II, página 123

⁵⁸ Consultar 1.5.1. Modelo Ecológico da Violência, Parte I, página 38

2.1.3. MITOS ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE

Para a compreensão da VRI, para além dos fatores enumerados, é fundamental referir a cultura que, não sendo o único fator explicativo, assume um papel relevante. Neste âmbito, os mitos criados nas sociedades para explicar fenómenos mal entendidos e pouco explorados, mediante uma visão menos crítica, acabam por assumir o caráter de realidade, como que “legitimando”, neste caso, a violência de género dirigida contra as mulheres. São muitas as ideias acerca da violência nas relações de intimidade

que, mesmo no desempenho profissional, podem igualmente constituir-se como um verdadeiro obstáculo a qualquer tipo de intervenção. Assim, o profissional de saúde tem um papel fundamental na desconstrução de alguns mitos e preconceitos junto dos/as utentes, contribuindo, de forma ativa, para a **promoção da igualdade de género**. Adiante, descrevem-se alguns desses mitos, assim como factos e argumentos que refletem o entendimento da realidade que àqueles se opõe. (**Quadro 10**).

QUADRO 10 - MITOS E FACTOS ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE

MITO	→ O álcool e/ou as drogas fazem com que as pessoas se tornem violentas.
FACTO	→ As substâncias químicas não são a causa da violência, mas podem potenciá-la porque têm um efeito desinibidor.
MITO	→ Os homens que batem nas mulheres têm doença mental.
FACTO	→ Muitas vezes os agressores não apresentam sinais evidentes de psicopatologia, pelo que aparentam ser equilibrados na esfera pública. No entanto, a forma como se comportam nas relações íntimas pode revelar uma estrutura de personalidade que predisponha à violência.
MITO	→ A violência apenas existe em famílias de baixo nível socioeconómico.
FACTO	→ As vítimas e os/as agressores/as provêm de todos os estratos sociais, de todas as idades, etnias e credos religiosos, sendo um fenómeno de carácter transversal assumindo diferentes contornos.
MITO	→ A agressão é apenas uma perda momentânea da razão por parte da pessoa que agride.
FACTO	→ Qualquer tipo de violência, de uma pessoa sobre outra, é crime, independentemente da sua frequência ou intensidade. Na violência das relações de intimidade, quem agride, age com o objetivo de magoar a vítima ou de manter o controlo sobre ela.
MITO	→ Uma pessoa pode ser agressora e, ao mesmo tempo, ser bom pai ou boa mãe.
FACTO	→ A qualidade da interação entre o/a pai/mãe e filhos deve ser cuidadosamente avaliada numa situação de violência. Cientificamente está provado que o facto de as crianças estarem expostas a situações de violência pode ter impacte nas mesmas, muitas vezes visível através de alterações comportamentais, emocionais e psicológicas (vitimização vicariante). A vivência num ambiente de violência, em que os protagonistas são as figuras de auge, pode desenvolver nestas a conceção de um mundo imprevisível, inseguro e assustador, com manifestação de sintomas de ansiedade, de evitamento e/ou agressividade.
MITO	→ As pessoas são vítimas de violência doméstica porque querem.
FACTO	→ São vários os fatores que, frequentemente, impedem as vítimas de desenvolverem estratégias para acabar com a situação de violência, nomeadamente a dependência emocional e financeira, técnicas de controlo por parte do/a agressor/a, fraca rede de apoio social, existência de resposta inadequada do sistema judiciário, criminal ou de outros serviços, isolamento social, impedimentos culturais ou religiosos, o medo de sofrer ainda mais violência ou o facto de haver filhos em comum.
MITO	→ A mulher, ou o homem, não pode sair de casa porque perde direitos e pode ficar sem os/as filhos/as.
FACTO	→ A mulher, assim como o homem vítima, tem o direito e a responsabilidade de proteger-se a si e aos seus filhos, devendo, no entanto, informar as autoridades judiciais quando pretenda sair de casa.
MITO	→ Somente as mulheres são vítimas da violência doméstica.
FACTO	→ Os homens também são vítimas da violência doméstica e as estatísticas em Portugal revelam que, apesar das mulheres serem as maiores vítimas, tem havido um aumento no número de denúncias por parte dos homens às forças de segurança. Contudo, é um fenómeno ainda mal estudado, que se mantém muito escondido, não só porque, muitas vezes, os homens não reconhecem certos atos como tratando-se de violência, mas também, no caso de os reconhecerem como tal, pela vergonha social que a revelação acarreta.
MITO	→ As crianças que residem em agregados onde ocorre violência tendem a tornar-se vítimas ou agressoras.

FACTO	→ Isto, infelizmente, pode ser verdade. Embora muitas vezes os pais refiram que durante os episódios de violência, as crianças estejam a dormir ou não comentem a respeito do que veem e ouvem, elas são afetadas psicologicamente. As crianças apresentam elevada probabilidade de reproduzir os modelos dos adultos, quer como vítimas quer como agressoras, perpetuando o ciclo da violência de forma transgeracional.
MITO	→ Os agressores são sempre pessoas más e cruéis.
FACTO	→ A maior parte das vezes, os agressores são pessoas socialmente adaptadas, de todos os meios sociais. A maioria não tem antecedentes criminais.
MITO	→ O ciclo da violência é rompido quando acaba o relacionamento.
FACTO	→ Os momentos mais perigosos para a vítima podem ocorrer quando cessa o relacionamento íntimo sem um plano de segurança.
MITO	→ A violência doméstica é apenas violência física.
FACTO	→ Agredir é uma forma de coerção e controlo que uma pessoa exerce sobre a outra. Agredir não tem apenas expressão física, podendo incluir o recurso a várias estratégias, como intimidação, ameaças, privação económica, isolamento e abuso psicológico e sexual (mesmo durante a conjugalidade). Estas diferentes formas de violência ajudam a manter o poder e o controlo sobre o cônjuge ou o/a companheiro/a.

Adaptado de: www.apav.pt

2.1.4. DINÂMICAS RELACIONAIS

A VRI consiste num conjunto de estratégias de domínio utilizadas pelo/a agressor/a sobre a vítima, implicando atos de natureza física, psicológica, sexual e económica, igualmente presentes noutros tipos de vitimização.

Para uma melhor compreensão das estratégias utilizadas por perpetradores do sexo masculino no contexto de relações íntimas, em especial na vitimização feminina em relações heterossexuais, a Roda do Poder e do Controlo, desenvolvida pelo Modelo Duluth⁵⁹ (programa de intervenção em

violência doméstica) descreve de forma esquemática as formas de poder e controlo utilizadas a nível da violência física, sexual, económica e psicológica: coação, ameaças, intimidação, abuso emocional e económico, gozo de privilégios masculinos, isolamento, minimização e culpabilização e utilização dos filhos (**Figura 5**). Para a intervenção neste tipo de violência, o Modelo desenvolveu igualmente a Roda da Igualdade de forma a apoiar o trabalho junto de agressores no encorajamento à mudança para novas formas de relação não violentas (**Figura 6**).

⁵⁹ Disponível em URL <http://www.theduluthmodel.org/wheelgallery.php>

FIGURA 5 – RODA DO PODER E DO CONTROLE



FIGURA 6 – RODA DA IGUALDADE

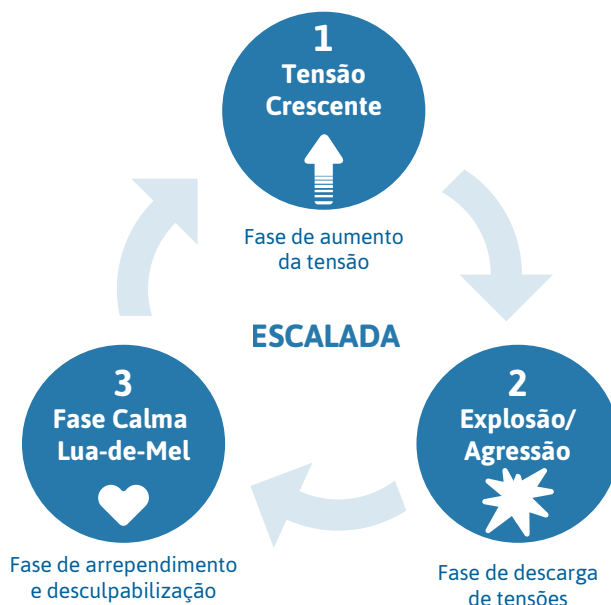


CICLO DA VIOLÊNCIA

O Ciclo da Violência foi desenvolvido em 1979 por Walker, enquanto modelo explicativo dos padrões de comportamento violentos perpetrados por homens no contexto de relações de intimidade.

Neste ciclo, a violência apresenta-se como padrão em três momentos distintos: fase de tensão crescente, fase de explosão/agressão e fase calma ou “lua-de-mel” que se descrevem de seguida (**Figura 7**).

FIGURA 7 – CICLO DA VIOLÊNCIA



Fase de Tensão Crescente

Nesta fase, os conflitos e tensões criam na vítima a sensação de perigo iminente. Qualquer motivo é suficiente para gerar uma discussão: o trabalho, as crianças, as tarefas domésticas, a forma de vestir, etc. O agressor critica, insulta, humilha, esbofeteia, agride verbalmente, emocionalmente e/ou fisicamente, culpabilizando a companheira pela situação. Por seu turno, esta tenta diminuir a tensão, evitando situações que possam gerar o conflito, tais como: ter sempre as refeições prontas a horas, vestir-se como ele/a gosta, manter as crianças sossegadas, etc. Normalmente, é uma fase caracterizada pela minimização do perigo por parte da vítima.

Fase de Explosão/Agressão

Esta fase é caracterizada pelo agravamento das agressões que se intensificam e se tornam mais frequentes e mais violentas. Esta intensificação não é exclusiva da violência física, podendo existir situações apenas de violência psicológica e verbal. O agressor é quem exerce totalmente o poder na relação, sen-

do a única pessoa que pode colocar um ponto final na situação de violência. A vítima muitas vezes tende a desvalorizar a gravidade da situação, acreditando que foi um episódio isolado e que não irá voltar a acontecer. Sente-se impotente, isolada e frequentemente culpabilizada pela situação, pois essa é uma das estratégias mais frequentes do agressor: o justificar a sua violência com o comportamento do outro (mecanismo de projeção). É nesta fase que as vítimas mais denunciam a situação e procuram apoio. Algumas optam por realizar a denúncia e/ou sair de casa⁶⁰.

Fase Calma ou “Lua-de-Mel”

A violência cessa por um período de tempo. O agressor seduz a vítima, sendo frequente nesta fase pedidos de desculpas, oferta de presentes, atitude carinhosa e solícita para com esta e com as crianças, realização de promessas de mudanças com o argumento de que a situação não voltará a acontecer. A vítima por diversos fatores acredita na possibilidade de mudança e decide dar uma nova oportunidade à relação.

Ao longo do tempo, a duração de cada uma destas

⁶⁰ A saída de casa ou abandono da relação é um dos indicadores de maior perigosidade para as vítimas, uma vez que quem agride sente que perdeu o controlo sobre o outro e pode retaliar. Nestas situações há que estabelecer, após avaliação dos indicadores de risco, um plano de segurança com a vítima (consultar 2.4.6. Avaliação dos Indicadores de Risco, Parte III, página 176 e anexo 6, página 229).

etapas torna-se progressivamente mais curta, com um aumento da gravidade e escalada das situações de violência, podendo culminar em homicídio⁶¹. É, pois, fundamental que o/a profissional de saúde reconheça na vítima em que fase esta se encontra para poder adequar a intervenção. Salienta-se que é na fase de explosão/agressão que as vítimas mais recorrem aos serviços de saúde para receberem cuidados, nomeadamente aos serviços de urgência no caso de violência física. No entanto, nem sempre essa procura encontra-se explícita, pelo que os/as profissionais deverão estar atentos/as aos indicadores presentes tanto em vítimas como agressores e nas características do relacionamento⁶².

A dinâmica do próprio ciclo em especial na fase de lua-de-mel permite igualmente compreender os retrocessos ao nível do processo de mudança nas vítimas que muitas vezes constitui um verdadeiro obstáculo à intervenção e, conseqüentemente, ao processo judicial^{63 64}.

Para apoiar e consolidar o processo de mudança nas vítimas, sugere-se acompanhamento continuado da situação⁶⁵ ou encaminhamento para serviços de apoio especializados⁶⁶.

De acordo com a APAV (2006), ao longo do ciclo da violência, a vítima pode experimentar diversos estádios:

- » 1. **Negação:** a vítima sente choque, confusão e descrença;
- » 2. **Cólera ou raiva:** a vítima riposta com violência;

- » 3. **Negociação:** a vítima prevê futuros atos violentos;
- » 4. **Depressão:** a vítima tem comportamentos autodestrutivos, ou ideações suicidas;
- » 5. **Transição:** a vítima tem percepção do risco que corre;
- » 6. **Aceitação:** a vítima assume finalmente controlo da sua vida, tomando decisões relativamente ao futuro.

Em certos casos, mudanças tanto no tipo como no contexto da violência podem funcionar como **desencadeantes do pedido de ajuda**, em particular:

- Maior visibilidade da violência (fora do espaço privado; marcas físicas visíveis);
- Escalada da violência e, conseqüente, aumento da percepção do risco;
- Extensão da violência para terceiros (nomeadamente filhos);
- Descrença na mudança do comportamento de quem agride;
- Percepção de apoios efetivos na rede de suporte formal e informal.

Dinâmicas relacionais semelhantes podem ocorrer noutro tipo de relações diádicas independentemente do sexo dos/ das protagonistas

2.1.5. CARACTERÍSTICAS DE VITIMIZAÇÃO

A VRI pode assumir diferentes contornos e apresentar diferentes especificidades em função do tipo de relacionamento íntimo bem como de características em agressores e vítimas.

Muitas das vítimas partilham, frequentemente, situações de fragilidade generalizada, a diversos níveis, psicológicos, físicos, sociais e económicos: a vergonha de revelar o seu problema a outros,

a confusão e a perda de confiança no futuro, a baixa autoestima e a desconfiança em relação a terceiros são fatores que influenciam o que parece corresponder a uma certa “passividade” perante a vitimização. Tais fatores, em última instância, não são mais que sintomatologia depressiva e de evitamento, indissociáveis, muitas vezes, de alguns distúrbios de ansiedade. Sinais como a desorganização e perda de controlo, hipervigilância a pistas de perigo, fobias,

⁶¹ Consultar 2.4.6 Avaliação dos Indicadores de Risco

⁶² Consultar 2.1. Indicadores de Suspeita de Violência, Parte III, página 155.

⁶³ O crime de violência doméstica é de natureza pública, não necessitando, portanto, de queixa por parte da vítima. No entanto, sem a sua colaboração muitas vezes torna-se difícil o avanço do processo judicial. Consultar 9.

Aspetos Legais, Parte II, página 132

⁶⁴ Consultar 2.3. Obstáculos à Detecção, Parte III, página 160

⁶⁵ Consultar 4. Aspetos Gerais no Atendimento a Vítimas, Parte II, página 111

⁶⁶ Consultar 2.4.5. Avaliação do Processo de Mudança na Vítima, Parte III, página 175

ataques de ansiedade e sintomas psicossomáticos associados ao stress e ansiedade, são o espelho do mundo interior destas vítimas (APAV, 2010)^{67 68}.

De seguida, descrevem-se algumas características mais frequentes na vitimização feminina e masculina em relações heterossexuais, bem como em relações homossexuais, a que os profissionais deverão estar atentos na sua intervenção. Ressalva-se que são meros indicadores, uma vez que muitos deles são partilhados entre os diferentes tipos de vitimização.

VITIMIZAÇÃO FEMININA EM RELAÇÕES HETEROSSEXUAIS

Geralmente, as mulheres em situação de vitimização pretendem que a situação de violência termine, mas não a relação, sendo comum um elevado grau de dependência a variados níveis, nomeadamente emocional, associado a características de uma personalidade dependente.

São de ordem variada os fatores que permitem a manutenção da mulher numa relação abusiva, designadamente⁶⁹:

- Medo de represálias, muitas vezes por *stalking*⁷⁰ ou ameaças de homicídio dirigidas à própria ou dependentes, em caso de abandono da relação;
- Baixa autoestima, pelo desgaste psicológico contínuo provocado pelo companheiro, num discurso marcado por desqualificação, insultos, inferiorização, desvalorização;
- Insegurança em viver sozinha, receando não ser capaz de lidar com a nova situação de independência;
- Quadro de perturbação de pós-stresse traumático que impede ou dificulta a tomada de decisões;
- Dependência financeira, muitas vezes com filhos a cargo, sem emprego ou recursos que lhe garantam autonomia;
- Dependência habitacional;
- Dependência emocional, o facto de continuar a amar o companheiro;
- Culpabilização pela situação, a maior parte das vezes induzida pelo companheiro/a como

forma de justificação dos seus atos violentos;

- Crença de que o companheiro irá mudar o comportamento violento;
- Crença de que é melhor para os filhos crescerem junto do casal, ignorando ou minimizando o impacto da violência direta ou indireta (vicariante) sobre estes;
- Pressão da família em manter o relacionamento, muitas vezes por crenças culturais ou religiosas ou desconhecimento da situação⁷¹;
- Evitamento da rutura familiar com consequente mudança de casa e de escola dos filhos e abandono da rede de familiares e amigos;
- Existência de vínculo afetivo para com o agressor associado ao trauma e como forma de sobrevivência, denominado de Síndrome de Estocolmo Doméstico⁷²;
- Antecedentes de violência na família ou em relacionamentos anteriores, com consequente modelo de relacionamento aprendido e internalizado;
- Não reconhecimento da situação como um problema ou como sendo um crime;
- Papéis tradicionais da mulher e do homem na sociedade, fazendo com que a vítima acredite que é seu dever manter a unidade familiar, cuidar do bem-estar da família e do espaço doméstico;
- Preocupação relativa ao estigma associado à violência doméstica e ao rótulo de “vítima de violência doméstica”;
- Receio de perder os filhos em caso de envolvimento dos serviços sociais e da justiça;
- Receio de que ninguém acredite nela, especialmente, se não existirem lesões físicas;
- Existência de barreiras culturais ou religiosas;
- Preocupação relativamente ao estatuto de imigrante;
- Isolamento por parte do agressor que a impede de fazer queixa, nunca deixando-a sozinha;
- O facto de ninguém a ter questionado diretamente – a maioria das vítimas não revela espontaneamente e fica a aguardar que alguém as aborde.

⁶⁷ Consultar 1.4. Impacte e Custos da Violência, página 34

⁶⁸ Consultar 2.1. Indicadores de Suspeita de Violência, Parte III, página 155

⁶⁹ Adaptado de: Department of Health, UK, 2005 e APAV, 2009

⁷⁰ Consultar 2.8.1. Stalking, Parte I, página 83

⁷¹ Salienta-se que muitos agressores/as mantêm um comportamento social adequado, sem sinais indiciadores de violência.

⁷² Consultar 2.8.5. Síndrome de Estocolmo, Parte I, página 91

VITIMIZAÇÃO MASCULINA EM RELAÇÕES HETEROSSEXUAIS

A VRI perpetrada pelas mulheres sobre os seus parceiros é, igualmente, um grave problema social e de saúde que deve ser abordado. Contrariamente à crença tradicional de que um homem não possa ser agredido, alguns estudos têm vindo a revelar dados que se encontravam subvalorizados. No entanto, a investigação, de uma forma geral, revela prevalências mais baixas na vitimização masculina, assim como o facto de os efeitos não serem tão lesivos ou letais como no caso da violência perpetrada por parceiro masculino sobre a vítima. Contudo, é de assinalar que, conforme salienta Casimiro (2008), a investigação nos homens evidencia igualmente a relação existente entre o serem vítimas de abuso emocional e o stresse psicológico que pode levá-los à depressão. Um fator primordial para a não revelação deste tipo de situações subjaz ainda em raízes culturais patriarcais fortemente arraigadas, tornando este fenómeno imbuído de vergonha e humilhação quando do conhecimento comum.

De facto, numa cultura fortemente marcada pelos papéis de género, a exposição destas “fragilidades” ainda é difícil ser comumente aceite e compreendida.

Embora a violência perpetrada por mulheres no contexto de relações íntimas aconteça muitas vezes em situações de autodefesa, a verdade é que também as mulheres podem exercer controlo e poder sobre o seu companheiro, muitas vezes sobre a forma de violência psicológica ou até física. Neste tipo de violência não é raro, tal como noutras dinâmicas relacionais abusivas, a utilização de intimidação e coação como ameaças de morte ou suicídio, do contacto com as forças policiais realizando falsas queixas de violência doméstica do companheiro, e da utilização de alguns privilégios femininos como o impedimento de acesso aos filhos, em verdadeiras situações de alienação parental (APAV, 2010a).

São vários os fatores que têm contribuído para que o fenómeno da vitimização masculina em contexto de relações de intimidade seja pouco conhecido, em particular⁷³:

- Predomínio do sexo masculino nas estatísticas policiais, em quase todos os tipos de crime, incluindo na violência nas relações de intimidade, importando não confundir a

visibilidade dos fenómenos sociais com a sua efetiva expressão;

- Predomínio do sexo feminino nas estatísticas de saúde, no que respeita a lesões, principalmente físicas, e ao medo que é reportado. Na maioria dos casos, as lesões físicas causadas pelos homens são muito mais graves que os danos físicos infligidos pelas mulheres. Nos homens, o impacto deste tipo de violência é menos evidente e menos provável a sua deteção, contribuindo para tal o facto de a violência exercida pelas mulheres assumir um forte pendor psicológico/emocional;
- Existência de normas culturais que toleram a violência masculina;
- Existência de estereótipos de género, entre eles o de que os homens são fortes, corajosos, assertivos e dominadores, e as mulheres frágeis, delicadas, sensíveis e cuidadoras;
- Vergonha associada ao estigma pela humilhação em revelar a sua condição de vitimização;
- Falta ou distorção de informação sobre esta problemática que é disponibilizada à opinião pública. A cobertura mediática deste tipo de violência, na maior parte das vezes, reflete e reforça os estereótipos de género descritos anteriormente;
- Baixa incidência detetada de violência contra os homens nas relações de intimidade, que a denunciam pouco, com dificuldade de acesso a estimativas credíveis;
- Dificuldade em aceitar que os homens podem ser vítimas de abuso, conduzindo à não denúncia da situação. É facilmente aceite que um homem apresente uma contusão ou hematoma em consequência de uma situação de violência mútua em contexto social com outro homem ou de um acidente no trabalho, mas não que resulte de agressão no contexto de relações de intimidade;
- Pouco investimento em termos de recursos para apoio nesta área;
- Dificuldade em admitir que a violência não é exclusivamente uma questão de género, um problema de dominação dos homens sobre as mulheres. Podem existir múltiplas causas na base dos comportamentos violentos em relações íntimas.

Em termos de sintomatologia, os estudos revelam

⁷³ Adaptado de: www.oregoncounseling.org/

que os homens quando são as vítimas experienciam os mesmos sintomas psicológicos que as mulheres, nomeadamente, culpa, vergonha e humilhação, raiva, ansiedade ou depressão (Shulter, 2010; Straus, 2007).

Relativamente aos principais fatores de manutenção da relação por parte dos homens vítimas, salientam-se os seguintes⁷³:

- **Proteção dos filhos** - os homens vítimas de violência têm medo que, em caso de separação a guarda seja entregue à mulher. Temem perder o contacto com os filhos ou que a mulher lhes transmita a imagem de que é um mau pai.
- **Culpabilização** - Muitos homens acreditam que a culpa de serem vítimas é sua, ou sentem que merecem o tratamento que recebem. Frequentemente, assumem responsabilidade em situações que as outras pessoas não assumiriam. Acreditam que podem e devem fazer algo para tornar a situação melhor.
- **Dependência (ou medo da Independência)** – Na maior parte das situações, o homem vítima é dependente da mulher agressora a nível emocional, financeiro e/ou nas atividades da vida diária. A ideia de abandonar a relação pode conduzir a sentimentos de depressão ou ansiedade.

Outro aspeto a considerar diz respeito ao risco de lesão e da escalada da violência que é maior quando ambos os parceiros são violentos e os atos violentos são inter cruzados (Straus, 2007). Apesar de tudo, e de uma maneira geral, as estatísticas, pelo menos no que respeita a maus tratos físicos, revelam o seguinte: *“Os homens são mais violentos do que as mulheres - tanto dentro de casa como na esfera pública. É enganoso [e perigoso] caracterizar a violência conjugal como violência mútua”* (cit in. Fagan & Browne, 1996).

Desta forma, os profissionais de saúde deverão estar alerta para indicadores associados a este tipo de violência, de forma a permitir uma deteção precoce e apoio adequado nestas situações.

VITIMIZAÇÃO EM RELAÇÕES HOMOSSEXUAIS

Apesar da crescente investigação acerca da VRI ocorrida nas últimas décadas, a violência em relacionamentos íntimos entre pessoas do mesmo sexo tem sido das áreas que permanecem ainda pouco estudadas (Nunes, 2004; cit in Costa et al., 2006).

Trata-se de um fenómeno muitas vezes encoberto por questões relacionadas com a homofobia e o heterossexismo que reforça, como descrevem Redondo et. al, (2012), “[...] a «invisibilidade» da problemática e a dificuldade no acesso e apoio a LGBT, vítimas de violência em contextos de intimidade, aos serviços especializados nesta área” (cit).

A maior parte dos estudos realizados conclui que a incidência de violência conjugal entre casais do mesmo sexo assume contornos semelhantes aos dos casais de sexo diferente (Matthews et. al., 2002), sendo possível identificar os mesmos fatores de risco a nível da assimetria de poder, dependência económica, experiência passada de abuso, stresse e consumo de substâncias como álcool e drogas (Metz et al., 1995; Farley, 1996; Lie et. al., 1991). Estudos recentes desenvolvidos em Portugal reforçam estes mesmos pressupostos de que as dinâmicas são idênticas, sobretudo, no que diz respeito aos tipos de violência, estratégias do/a agressor/a, Ciclo da Violência e impacte e consequências para as vítimas (Antunes & Machado, 2009).

Contudo, para uma melhor compreensão da violência em casais homossexuais à que salientar alguns aspetos particulares do fenómeno (APAV, 2010a)⁷⁴:

- **A utilização do “outing” como instrumento de intimidação** - estratégia de violência psicológica específica dos casais de homossexuais, que acontece quando um dos elementos ameaça revelar ou revela a orientação sexual do/a parceiro/a, em situações em que não realizou o “outing”, ou seja, não comunicou a sua homossexualidade no seio da família, rede de amigos e/ou trabalho. Trata-se de uma forma de controlo e de intimidação sobre a vítima;
- **Associar orientação sexual a violência** - para muitas destas vítimas a orientação sexual aparece intimamente ligada a relacionamentos violentos, pelo que pode existir uma culpabilização pelo facto de estarem a ser vítimas de violência no contexto do relacionamento íntimo devido ao facto de serem homossexuais, transgénero ou intersexos;
- **Considerar a VRI como problema exclusivo dos relacionamentos heterossexuais** - quando se fala deste tipo de violência, fala-se sobretudo da violência exercida pelo agressor homem contra a vítima mulher em relacionamentos hétero – a forma mais

⁷⁴ Sugere-se a consulta do Manual Alcipe, da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010). Disponível em URL http://www.apav.pt/apav_v2/images/pdf/ManualAlcipe.pdf

conhecida e com maior representação estatística –, podendo mesmo acreditar-se que as relações entre pessoas do mesmo sexo, supostamente mais igualitárias, estarão a salvo deste tipo de problemática.

- **Considerar que o uso da violência física é uma característica masculina e menos provável nas relações homossexuais femininas** - este quadro pode levar a que não se acredite que exista nas relações entre pessoas do mesmo sexo e, por isso, a vítima homossexual nessa situação não se reconheça enquanto tal; por outro lado; isso pode igualmente levar a que amigos e familiares de homossexuais não saibam exatamente o que fazer quando tomam conhecimento das situações de VRI.
- **O isolamento e a confidencialidade da comunidade Lésbica, Gay, Bissexual, Transgênero e Intersexos (LGBTI)** - muitas vezes, a reduzida dimensão da rede e das comunidades LGBTI a que agressor/a e vítima pertencem pode dificultar o pedido de ajuda por parte desta. Existe também o receio de ser estigmatizado/a no seu grupo ou do isolamento relacional imposto por parte do/a agressor/a: dificultando ou proibindo o contacto com família, amigos e colegas, ou mesmo de sair à rua. Isto pode ser especialmente verdade para vítimas que estão envolvidas em dinâmicas de violência no seu primeiro relacionamento;
- **O estigma na procura de ajuda** - pelo receio do estigma na procura de ajuda e no contacto com organizações públicas e privadas, as vítimas homossexuais poderão ter dificuldade acrescida em procurar e obtê-la. Isto, associado a experiências anteriores de discriminação ou pedidos de ajuda sem sucesso, pode levá-las a aumentar o seu isolamento e, consequentemente, a sua vulnerabilidade.

Dado o estigma e preconceito muitas vezes internalizado, é frequente encontrar neste tipo de vitimização sintomatologia psicológica como depressão, ansiedade, sentimentos de culpa, medo, desconfiança, insegurança, disfunções sexuais, abuso de substâncias, ideação e/ou comportamento suicida às quais os profissionais de saúde deverão estar especialmente atentos.

A este nível, Redondo *et. al.* (2012), alertam para que os profissionais de saúde na sua intervenção tenham em conta os seguintes aspetos:

- Estar atento a mitos e estereótipos relacionados com a homossexualidade, autoavaliando os seus sentimentos e atitudes com a homofobia e o heterossexismo;
- Ponderar a possibilidade de haver uma situação de relacionamento entre parceiros do mesmo sexo, na identificação de situações abusivas;
- Respeitar a orientação sexual dos/as utentes bem como os receios associados à sua revelação;
- Adequar a intervenção tendo em conta que, em relações homossexuais abusivas, o/a utente pode ter dificuldade em confiar em técnicos do mesmo sexo;
- Contribuir para a quebra do silêncio;
- Estimular o diálogo sobre o assunto, trabalhando receios e aumentando a confiança dos/as utentes dos serviços enquanto fonte de apoio;
- Desconstruir estereótipos e preconceitos que persistem neste tipo de relacionamentos;
- Defender um tratamento igualitário por parte dos serviços, incluindo não só a saúde, mas também serviços judiciais, policiais, sociais, entre outros.

2.1.6. VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE DURANTE A GRAVIDEZ

Para muitas mulheres, de acordo com o que a investigação aponta de forma consistente, a gravidez pode constituir um fator de risco para a violência perpetrada em relações de intimidade. Contudo, não é claro se, nas situações em que a violência preexistia, ela tende a aumentar ou a diminuir naquele período.

De acordo com um estudo levado a cabo pela OMS em diversos países, se, por um lado, a maioria das mulheres grávidas que reportaram ter sofrido violência física durante a gravidez indicaram que tal

já antes acontecia, por outro, nalguns locais, cerca de metade das inquiridas afirmou que tinha sido batida pela primeira vez no decurso da gestação (WHO 2005).

A prevalência da violência no decurso da gravidez varia substancialmente consoante os estudos efetuados em diversos países, fruto não só da própria realidade social, mas também da diversidade na metodologia de investigação empregue e nos conceitos utilizados.

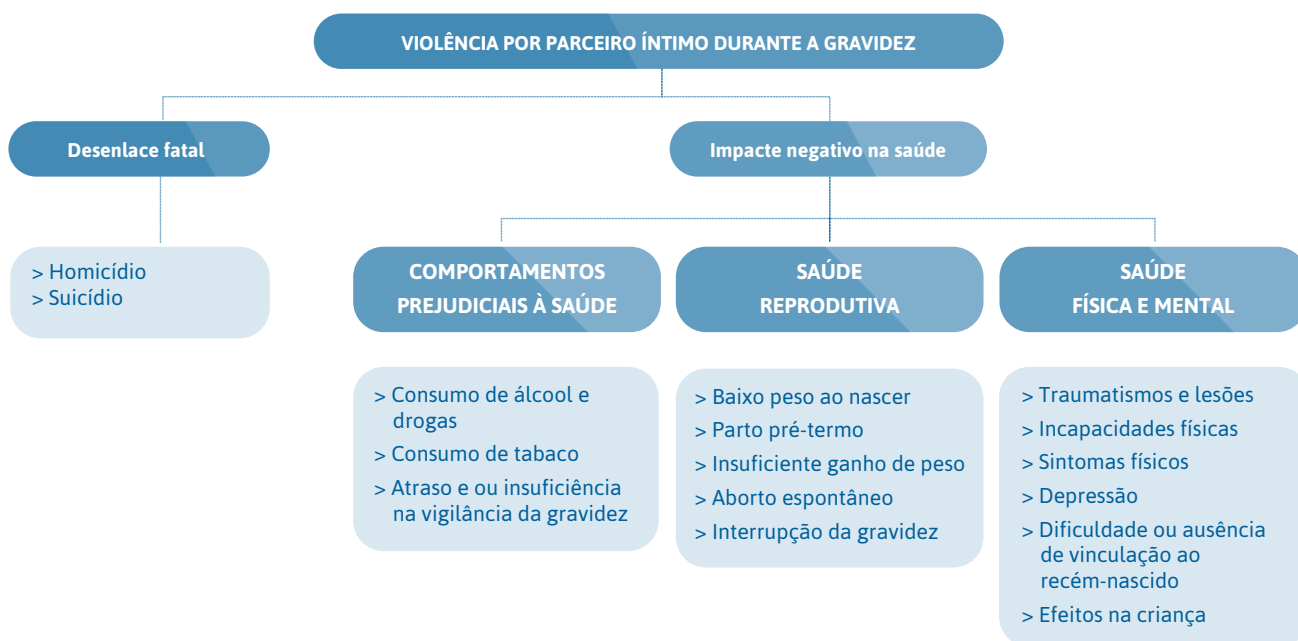
Por exemplo, no estudo supracitado, no que respeita a violência física, foram encontrados valores num intervalo entre 1% numa cidade japonesa e 28% numa província do Peru.

Em 2014, numa população do sul da Suécia, numa amostra de 1939 grávidas, verificou-se que, no decurso da gestação, cerca de 1% das mulheres havia estado sujeito a violência nas relações de intimidade, e que

o principal fator de risco detetado era, exatamente, um historial prévio de sujeição a atos de violência perpetrados pelo parceiro (Finnbogadóttir et al., 2014).

De diferentes formas, o fenómeno pode ter consequências severas na saúde da grávida, tanto sob o ponto de vista físico como mental, e também na do embrião ou do feto (**Figura 8**).

FIGURA 8 - EFEITOS DA VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE DURANTE A GRAVIDEZ



Adaptado de: WHO, 2011

Diversos estudos apontam para que exista risco acrescido de ser-se vítima de homicídio por parte do companheiro íntimo durante a gravidez; há também evidência de que os homens que são perpetradores de violência sobre as companheiras durante a gravidez apresentam uma probabilidade aumentada de cometerem, mesmo, homicídio.

No contexto de uma gravidez, o impacte negativo da violência impende tanto sobre a mãe como sobre o embrião, feto ou recém-nascido e pode prolongar-se pelos anos subsequentes, com consequências graves (Almeida et al, 1999).

Existe evidência de que, em presença de maus tratos, é mais elevada a possibilidade de surgir restrição de crescimento intrauterino e parto pré-termo, conduzindo a baixo peso ao nascer e a outros riscos no período neonatal.

A violência em relacionamentos íntimos no decurso da

gestação está também associada a risco aumentado de aborto espontâneo, interrupção da gravidez, hemorragia, morte perinatal e, inclusive, a morte materna. Encontram-se igualmente aumentados os índices de suicídio após uma gravidez onde tenha ocorrido VRI no seu decurso.

Em suma, a existência de VRI ao longo da gravidez constitui um risco que deve ser levado em conta, dado estar associado ao impacte negativo que pode ter na saúde física e mental, tanto na própria mulher como no processo da gravidez, no parto e no produto da concepção.

Assim, a prevenção do fenómeno implica, nomeadamente, o desenvolvimento de políticas e programas educativos com enfoque nele, mediante uma perspectiva compreensiva da sua génese, situada, em larga medida, nas desigualdades de género e na assimetria de poderes que através delas se cria.

No domínio mais estrito da prestação de cuidados, há que aprofundar a investigação, dado que os profissionais necessitam de melhor conhecimento sobre os contornos deste tipo de violência, bem como estarem atentos à possibilidade de ocorrência das situações neste período do ciclo de vida de

especial vulnerabilidade, de forma a desenvolverem mecanismos de resposta mais adequados.

Informações acerca do rastreio da VRI durante a gravidez encontram-se descritas no capítulo 1.1. Rastreio da Violência na Gravidez, Parte III – Protocolo Geral de Atuação (página 151).

2.1.7. VIOLÊNCIA NO NAMORO

A violência no namoro⁷⁵, enquanto forma de violência no contexto da intimidade, não difere substantivamente daquela que pode acontecer no decurso das relações conjugais. Tal semelhança está presente nas próprias dinâmicas relacionais⁷⁶. A este nível, importa salientar que, face à legislação portuguesa, este tipo de prática é punida enquanto crime de violência doméstica⁷⁷.

Porque diz respeito, maioritariamente, aos grupos etários mais jovens, ocorrendo, regra geral, em contextos fora da coabitação, reveste-se de particularidades que merecem ser referidas com maior detalhe.

Assim, importa referir que, nestas idades, em particular no grupo dos mais novos, a vivência do namoro, não deixando de remeter para o domínio da intimidade, acontece no contexto do relacionamento em grupos de pares. Tal significa que, na relação de casal, os padrões de conduta são intensamente mediados pelas práticas observadas no contexto grupal, em interação com as aprendizagens provenientes da vivência familiar e das que são veiculadas através dos meios de comunicação social.

Dessa forma, tanto nos rapazes como nas raparigas, o comportamento no namoro, particularmente nas fases iniciais, acaba por mimetizar aquilo que entendem como sendo o “que é esperado”, para eles e para elas, no desempenho de papéis sociais que comportam normas e expectativas de género, naquele momento e naquelas circunstâncias.

Não deixando de se verificar o mesmo ao longo de todo o ciclo de vida, nestas idades, em que a maturidade cognitiva ainda não é plena, em que emoções e afetos adquirem maior turbulência, em que traços

de personalidade não se encontram definidos e em que os relacionamentos íntimos são marcados muitas vezes pela in experiência, as condutas são fortemente mediadas pelos padrões culturais vigentes e pelas representações sociais acerca das relações íntimas.

Nesse contexto, e num momento de afirmação das identidades pessoais, os ditames do género, a “afirmação da masculinidade e da feminilidade”, encontram condições favoráveis para se instalarem e, dessa forma, permitirem a aprendizagem das relações assimétricas entre homens e mulheres em torno dos eixos da diferença, do poder e da dominação. Desta forma, podem instalar-se padrões relacionais de violência no contexto do namoro.

Nesta perspetiva, as condutas de mau trato, pelo menos as que envolvem as formas mais severas de violência, tendem a ser perpetradas pelos rapazes sobre as raparigas, se bem que, nestas idades, em particular nas mais precoces, pareça verificar-se uma maior simetria entre sexos no que respeita a condutas violentas, nas suas diferentes formas.

Embora haja tendência, de acordo com diversos autores, para que, quer vítimas quer agressores/as desvalorizem as relações violentas, não deixa de ser perceptível que o impacto negativo psicológico e emocional destas ocorrências se torna maior no sexo feminino do que no masculino, regra geral.

Não deixando de os enquadrar no cômputo geral dos determinantes, fatores de risco e outras características associadas à violência nas relações de intimidade - já abordadas anteriormente - diversos aspetos ligados a estas idades merecem referência particular, em ambos os sexos, quando o que está em causa é

⁷⁵ Entenda-se conceito de namoro, em particular quando aplicado em idades jovens e referente às relações interpessoais de conotação afetiva e erótica, correspondendo a níveis diferentes de intimidade, a graus diversos de compromisso mútuo, a estabilidade temporal muito variável e a padrões comportamentais diversificados.

⁷⁶ Consultar 2.1.4. Dinâmicas Relacionais, Parte I, página 51

⁷⁷ Art. 152º CP do Código Penal, na redação dada pela Lei nº 19/2013, de 21 de fevereiro.

contribuir para que, no processo da socialização, a não-aceitação da violência nas relações de intimidade seja, cada vez mais, uma realidade.

Merecem referência particular os seguintes:

- Não pode ser menosprezada a pressão exercida pelos pares, enquanto indutora de atitudes favoráveis ao controlo e dominação, à assimetria de poderes pré-estabelecida e ao sexismo, assim como a adoção de padrões de comportamento violentos, num quadro de desigualdades de género que ainda persistem;
- Por outro lado, as vivências noutros contextos de socialização também pautados pela violência, em particular os meios familiares caracterizados por violência doméstica, estimulam a interiorização de padrões relacionais agressivos, enquanto forma de comunicação, de exteriorização de emoções e de resolução de conflitos entre *namorados/namoradas*⁷⁸;
- Além disso, com o caminhar para a idade adulta, à medida que as relações estabelecidas se vão tornando mais duradouras e os laços interpessoais são mais intensos, aumentam as ocasiões em podem surgir focos de tensão e conflito, propiciando formas de comunicação violentas.

Neste domínio, toda a ação preventiva que possa ser concretizada por parte dos/as profissionais, em particular da saúde, deve resultar da ponderação de tais aspetos. De facto, sendo uma etapa do ciclo vital com enorme potencial preventivo, dada a mobilidade dos processos psicológicos e de socialização, que oferece vantagens ao nível da aprendizagem de relações saudáveis, é importante que a prevenção da violência de género tenha início na adolescência (Wolfe, 2006).

Nesta matéria, o acompanhamento das diversas etapas do crescimento e do desenvolvimento ao longo das duas primeiras décadas da vida, de acordo

com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil constitui um recurso incontornável⁷⁹.

Por outro lado, como contributo na matéria por parte dos serviços e dos/as profissionais de saúde há que salientar a necessidade, não menos relevante, de desenvolver trabalho continuado com os grupos juvenis, estimulando a aprendizagem comum de atitudes favoráveis a condutas não violentas, de rejeição das desigualdades e da violência de género, geradoras de novas formas de exercício da cidadania, num e noutro sexo. Este tipo de intervenções no âmbito da saúde, nomeadamente, em contexto escolar, encontra o seu enquadramento no Programa Nacional de Saúde Escolar⁸⁰.

Refira-se que, nesta matéria, para além de campanhas de sensibilização, levadas a cabo por diversas organizações, algumas iniciativas têm sido tomadas por parte da Saúde e de outros Setores. São disso exemplo, enquanto boas práticas, os Guiões de Educação – Género e Cidadania produzidos pela Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género⁸¹ ou a criação de sites e documentação sobre o tema:

- » www.apavparajovens.pt/pt - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV)
- » <http://www.amcv.org.pt/pt/amcv-jovens/violencia-no-namoro/o-que-e> - Associação de Mulheres Contra a Violência (AMCV)
- » http://www.umarfeminismos.org/index.php?option=com_content&view=article&id=256&Itemid=103 - União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR)
- » http://tk.redejovensigualdade.org.pt/kitpedagogico_rede.pdf - Rede Portuguesa de Jovens para a Igualdade de Oportunidades entre mulheres e homens
- » <http://www.coolabora.pt/publicacoes/coolkit.pdf> - Coolabora, cooperativa de consultoria e intervenção social
- » http://www.graal.org.pt/files/EA_Guia_para_accao.pdf - Graal Associação Cultural e Social
- » Guia Prático “Amor não é violência” - Cruz Vermelha Portuguesa

⁷⁸ Consultar 1.5.3. Transgeracionalidade, Parte I, página 42

⁷⁹ Disponível em URL <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013.aspx>

⁸⁰ Disponível em URL <http://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-saude-escolar-2014-em-discussao-publica.aspx>

⁸¹ Disponíveis em URL <http://www.cig.gov.pt/documentacao-de-referencia/doc>, em particular o guião destinado ao 3.º ciclo que contém um subcapítulo específico sobre género e saúde, com propostas de atividades a serem implementadas por docentes em contexto escolar, visando a desconstrução dos estereótipos de género e os subsequentes comportamentos “normatizados”, individuais e coletivos, que estão na base da violência.

2.2. MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS

Os maus tratos em crianças e jovens constituem um fenómeno complexo e multifacetado que se desenrola de forma dramática ou insidiosa, com repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos indivíduos.

Este tipo de violência diz respeito a qualquer ação ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da criança ou jovem.

Dada a multiplicidade de formas de que se reveste, bem como as suas raízes culturais, económicas e sociais, a OMS defende que a abordagem à sua

prevenção, nomeadamente pelo setor da saúde, requer uma melhor compreensão sobre a sua ocorrência em contextos variados bem como sobre as causas e consequências dos mesmos (WHO, 2006).

Em Portugal, desde 2008, o Ministério da Saúde passou a desenvolver uma resposta mais estruturada à problemática dos maus tratos em crianças e jovens, através da constituição da Rede Nacional de Núcleos de Apoio à Crianças e Jovens em Risco, segundo o Despacho 31292/2008, de 5 de dezembro, que criou a Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR)⁸². A intervenção nesta área encontra-se abordada detalhadamente no Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (DGS, 2011)^{83 84}

2.2.1. TIPOLOGIAS DE MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS

Existe uma multiplicidade de situações que consubstanciam esta prática, que podem apresentar diferentes formas clínicas, por vezes associadas (DGS 2008):

NEGLIGÊNCIA

Entende-se por negligência a não satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais das crianças e jovens. Regra geral, é continuada no tempo, pode manifestar-se de forma ativa, quando existe intenção de não prestar o cuidado necessário, ou passiva, quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar tais necessidades.

MAU TRATO FÍSICO

O mau trato físico resulta de qualquer ação não accidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, que provoque ou possa vir a provocar dano físico.

Este tipo de maus tratos engloba um conjunto diversificado de situações traumáticas, desde a Síndrome da Criança Abanada até a intoxicações provocadas.

MAU TRATO PSICOLÓGICO/EMOCIONAL

O mau trato psicológico resulta da privação de um ambiente de tranquilidade e de bem-estar afetivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem. Engloba diferentes situações, desde a precariedade de cuidados ou de afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afetiva, passando pela depreciação permanente da criança/jovem, com frequente repercussão negativa a nível comportamental.

ABUSO SEXUAL

O abuso sexual corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha. Baseia-se numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas, nas quais a criança/adolescente, em função do estágio de desenvolvimento:

- » Não tem capacidade para compreender que delas é vítima;
- » Percebendo que o é, não tem capacidade para nomear o abuso sexual;

⁸² Disponível em: <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/legislacao-relacionada/despacho-n-312922008-de-5-de-dezembro.aspx>

⁸³ Disponível em http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia_maus-tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx.

⁸⁴ Consultar 2.1. Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, Parte II, página 103

- » Não se encontra estruturalmente preparada;
- » Não se encontra capaz de dar o seu consentimento consciente, livre e esclarecido.

O abuso sexual pode revestir-se de diferentes formas – que podem ir desde importunar a criança ou jovem, obrigar a tomar conhecimento ou presenciar conversas, escritos e espetáculos obscenos, utilizá-la em sessões fotográficas e filmagens, até à prática de coito (cópula, coito anal ou oral), ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objetos, passando pela manipulação dos órgãos sexuais, entre outras - previstas e punidas pelo atual art. 171º do Código Penal (CP), que trata expressamente do crime de abuso sexual de crianças. Sempre que do ato resulte gravidez, ofensa à integridade física grave ou morte da vítima, infeções de transmissão sexual ou suicídio, a pena será agravada em metade ou em um terço, nos seus limites máximos e mínimos, conforme o caso em apreço e de acordo com a idade da vítima. O mesmo sucede se esta for descendente, adotada ou tutelada pelo agente – art. 177º CP.

Frequentemente, o abuso sexual é perpetrado sem que haja qualquer indício físico de que tenha ocorrido, facto que pode dificultar o diagnóstico. Recomenda-se, sempre que possível, a colaboração da saúde mental infantil, tanto no diagnóstico como na intervenção. Contudo, em algumas situações, é possível identificar sintomas/sinais físicos deste tipo de mau trato.

SÍNDROMA DE MÜNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

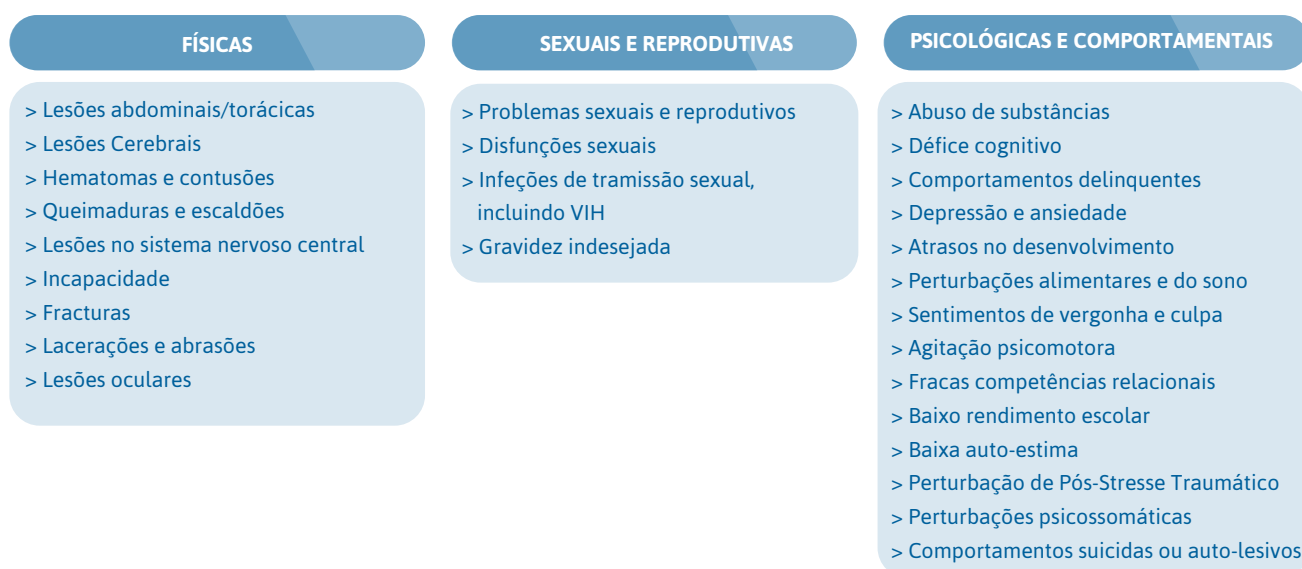
A Síndrome de Münchausen por Procuração diz respeito à atribuição à criança, por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando, por vezes, procedimentos de diagnóstico exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas e hospitalizações frequentes. Trata-se de uma forma rara de maus tratos, mas que coloca grandes dificuldades de diagnóstico, dado que sintomas, sinais e forma de abuso são inaparentes ou foram provocados sub-repticiamente.

2.2.2. IMPACTE DOS MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS

Em 2002, a OMS descrevia como principais consequências deste tipo particular de violência na saúde

de crianças e jovens, as seguintes (**Figura 9**)⁸⁵:

FIGURA 9 - CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE DOS MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS



Adaptado de: Krug et al., 2002

⁸⁵ Consultar 2.1. Indicadores de Suspeita de Violência, Parte III, página 155

Dados os efeitos nesta etapa de especial vulnerabilidade do ciclo vital, os profissionais de saúde têm um papel-chave a nível da prevenção, deteção precoce de situações e intervenção. Nesta área, a avaliação do risco familiar revela-se fundamental, constituindo-se como um parâmetro a considerar nas

consultas de Saúde Infantil do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (SAM/SAPE), sendo que todas as situações de risco detetadas devem ser sinalizadas ao Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) ou Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR).

2.2.2.1 IMPACTE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NAS CRIANÇAS

As crianças que vivem em contextos de violência doméstica confrontam-se com vários riscos, nomeadamente, os de exposição a acontecimentos traumáticos, negligência, serem direta e fisicamente mal tratadas e ou de perderem um ou ambos os pais/cuidadores⁸⁶.

A investigação nesta área salienta três grandes categorias de problemas na infância associados à exposição a contextos de violência doméstica (Carlson, 2000; Edleson, 1999; Huges et al, 2001; Stocker & Youngblade, 1999):

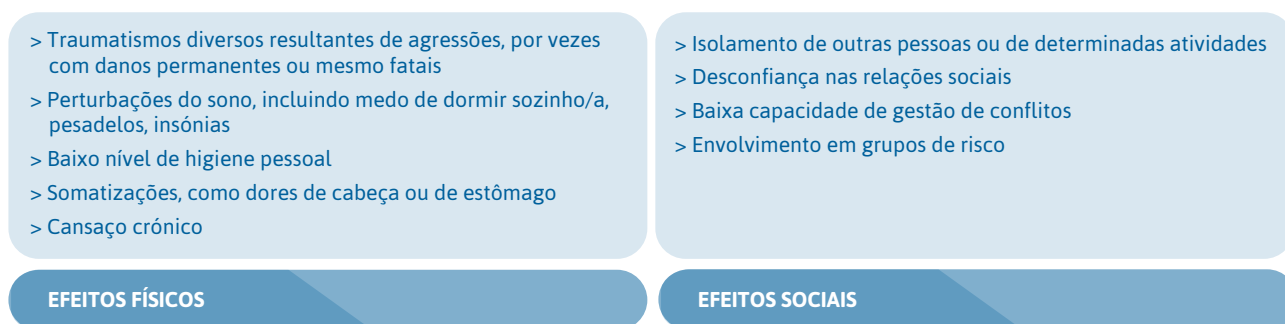
- » **Problemas comportamentais, emocionais e sociais** - níveis mais elevados de agressividade, hostilidade, comportamentos de oposição e desobediência, dificuldades na resolução de conflitos e gestão da frustração,

aceitação do recurso a comportamentos e atitudes violentas, crenças em estereótipos rígidos de género e à “supremacia/poder” masculino; ansiedade, medo, isolamento, depressão;

- » **Problemas cognitivos** - dificuldades no funcionamento cognitivo (incluindo atenção/concentração, memória), baixa competência na resolução de problemas e fraco desempenho escolar;
- » **Problemas de longo prazo** - níveis mais elevados de depressão na fase adulta, sintomatologia traumática, aumento da tolerância para com a violência e recurso a esta nas relações interpessoais.

A **Figura 10** sistematiza os efeitos deste tipo de violência em crianças e jovens:

FIGURA 10 – EFEITOS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM CRIANÇAS E JOVENS



Adaptado de: Rosmaninho, T. [n.d.]⁸⁷

⁸⁶ Consultar 1.5.3. Transgeracionalidade e Violência, página 42

⁸⁷ Huges et al, 2001; Carlson, 2000; Edleson, 1999; Stocker & Youngblade, 1999

Os estudos nesta área evidenciam uma grande variedade de respostas das crianças à violência doméstica. Os níveis de risco para as crianças e as suas reações representam um continuum em que algumas podem demonstrar uma enorme resiliência enquanto outras mostram sinais significativos de perturbação no seu desenvolvimento. Fatores protetores como competência social, inteligência, adequada auto estima, vínculos com figuras significativas (adultos e pares), parecem ser fatores de proteção importantes contra os efeitos adversos da exposição à violência doméstica.

São vários os estudos que salientam que o impacto da violência doméstica nas crianças pode ser moderado por diversos fatores, nomeadamente⁸⁸:

- » **Natureza e frequência da violência.** Os dados disponíveis evidenciam que as crianças que observam formas de violência graves e frequentes, percecionam-se, de uma forma geral, como culpadas dessa violência e podem apresentar níveis de stresse mais elevados do que aquelas que observam menor número de incidentes de violência;
- » **Idade da criança** - as crianças com pouca idade parecem apresentar níveis mais elevados de ansiedade e stresse emocional

e psicológico comparativamente a crianças com mais idade; esta diferença pode decorrer do facto das crianças mais velhas poderem ter recursos cognitivos e sociais que lhes permitam compreender melhor a violência e seleccionar várias estratégias para lidar e aliviar as emoções perturbadoras despoletadas pela violência;

- » **Sexo da criança** - em geral, os rapazes exibem mais comportamentos de exteriorização (ex. agressividade, tendência para o agir – *acting-out*), enquanto as raparigas adotam, mais frequentemente, comportamentos de internalização (ex. depressão, isolamento). Adicionalmente, sobretudo na violência de género, verifica-se que os rapazes tendem a identificar-se mais vezes com o homem abusador e as raparigas com a mulher vítima;
- » **Maus tratos diretos** - as crianças que são testemunhas da violência doméstica e simultaneamente são vítimas de maus tratos físicos ou psicológicos diretos apresentam frequentemente níveis mais elevados de problemas emocionais e psicológicos do que as crianças que não são vítimas desse tipo de abuso mas vivenciam situações de violência doméstica.

⁸⁸ Consultar URL em <http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-1/violencia-domestica-folheto-pdf.aspx>

2.3. TRÁFICO DE SERES HUMANOS

De acordo com o **III Plano Nacional de Prevenção e Combate ao Tráfico de Seres Humanos** (III PNPCTSH 2014-2017), o Tráfico de Seres Humanos (TSH) é uma das formas mais graves e complexas de violação dos direitos humanos, que não conhece fronteiras e é desenvolvida, na maior parte das vezes, por redes de criminalidade organizadas. Estas redes atuam junto de pessoas vulneráveis, normalmente fragilizadas devido a situações de pobreza, exclusão, marginalização e desigualdades sociais e económicas, e aproveitam-se das assimetrias entre os diversos países e regiões.

Este fenómeno tem vindo a alastrar e a Organização das Nações Unidas (ONU) estima que, anualmente, 2,4 milhões de pessoas são vítimas de tráfico de seres humanos, num negócio que movimenta 24 mil milhões de euros. Dentre os fatores que condicionam e são causa do fenómeno, há que referir a violência de género, a discriminação, a carência económica, os baixos níveis de escolaridade e literacia, a corrupção e a existência de conflitos armados, que aumentam as situações de fragilidade a que as pessoas estão sujeitas e facilitam a sua exploração.

O TSH pode assumir diversas formas, tais como a exploração sexual, a exploração laboral, o tráfico de órgãos e a exploração da mendicidade, entre outros.

O referido plano reflete a importância atribuída a este tipo de violência, contemplando uma série de medidas de intervenção nesta matéria, incluindo no domínio da saúde, a nível nacional.

No seguimento do II Plano Nacional Contra o Tráfico de Seres Humanos, foi criada a **Rede de Apoio e Proteção às Vítimas de Tráfico (RAPVT)**, com o objetivo central da promoção da reintegração social plena das vítimas de tráfico, através de uma metodologia de trabalho multidisciplinar e especializada, na qual o setor da saúde se encontra representado. O III PNPCTSH contempla uma série de medidas a serem dinamizadas no âmbito desta rede.

Importa ainda referir, em termos nacionais, o estudo *“Tráfico de mulheres em Portugal para fins de*

exploração sexual” (Santos et al., 2008), realizado no âmbito do projeto CAIM, (Cooperação, Ação, Investigação e Mundivisão), que visou estudar a problemática do tráfico de mulheres para fins de exploração sexual, com o objetivo de conhecer as dinâmicas e tendências relacionadas a este tipo de tráfico, aliado ao conhecimento de áreas, estratégias e agentes que pudessem contribuir para potenciar a prevenção, proteção das vítimas e repressão deste fenómeno. Este estudo exploratório assumiu um caráter pioneiro, dada alguma “opacidade” do fenómeno no nosso país, naquela data.

Dentre as várias conclusões retiradas deste estudo, ressalta-se, mais uma vez, a certeza de que se a abordagem ao tema do TSH é complexa, a intervenção específica no tráfico de mulheres reveste-se, ainda, de outras particularidades, uma vez que aqui está implicada não só a definição de tráfico, mas também a definição de exploração sexual e a associação com a prostituição. Nesta interação entre diferentes níveis de dificuldade e vulnerabilidade, a questão do género assume particular relevância, dado o impacto exercido sobre as mulheres, no que respeita à vitimização. Este padrão mantém-se observável nas situações de tráfico para exploração sexual, à semelhança de outras situações de vitimização onde as mulheres (e as crianças) são vítimas mais vulneráveis à exploração, pobreza, discriminação e exclusão. A partir do melhor conhecimento desta realidade no nosso país, foi possível efetuar recomendações, quer a nível da prevenção, quer a nível do acompanhamento e reintegração social das possíveis vítimas.

Mais recentemente, de acordo com os dados do Observatório do Tráfico de Seres Humanos (OTSH)⁸⁹, é possível verificar um aumento nas sinalizações de situações de tráfico para exploração laboral, sugerindo alguma mudança no padrão observado até a data, em Portugal.

Acerca do enquadramento penal, em Portugal o TSH é considerado **crime público**, ao abrigo do artigo 160º do Código Penal, conforme se transcreve a seguir (**Quadro 11**):

⁸⁹ Fantuzo, 1989; Fantuzo et al., 1991; Kolbo, 1996; Levendosky & Graham-Bermann, 1998; Edleson, 1999; Carlson, 2000; Hugues et al., 2001

QUADRO 11 - ARTIGO 160º DO CÓDIGO PENAL

1- Quem oferecer, entregar, recrutar, aliciar, aceitar, transportar, alojar ou acolher pessoa para fins de exploração, incluindo a exploração sexual, a exploração do trabalho, a mendicância, a escravidão, a extração de órgãos ou a exploração de outras atividades criminosas:

- a) Por meio de violência, rapto ou ameaça grave;
 - b) Através de ardil ou manobra fraudulenta;
 - c) Com abuso de autoridade resultante de uma relação de dependência hierárquica, econômica, de trabalho ou familiar;
 - d) Aproveitando-se de incapacidade psíquica ou de situação de especial vulnerabilidade da vítima; ou
 - e) Mediante a obtenção do consentimento da pessoa que tem o controlo sobre a vítima;
- é punido com pena de prisão de três a dez anos. (...)

O crime de TSH foi definido pela primeira vez no **Protocolo relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Seres Humanos, especialmente de Mulheres e Crianças** (também conhecido como Protocolo de Palermo), adicional à Convenção das Nações Unidas contra o Crime Transnacional Organizado (CTOC), que entrou em vigor em 25 de dezembro de 2003. A mesma definição foi utilizada na Convenção do Conselho da Europa relativa à luta contra o Tráfico de Seres Humanos (2005).

Em 2011, uma nova Diretiva da União Europeia (UE)

- (Diretiva 2011/36/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 5 de abril de 2011, relativa à prevenção e luta contra o tráfico de seres humanos e à proteção das suas vítimas) foi criada para estabelecer regras mínimas a nível da UE sobre a definição de infrações penais e sanções em matéria de tráfico de seres humanos. A Diretiva também estabelece medidas destinadas a melhorar a prevenção deste fenómeno e a melhorar a proteção das suas vítimas.

Assim, e de acordo com a citada Diretiva, por **Tráfico de Seres Humanos** deverá entender-se o seguinte:

“Tráfico de Seres Humanos

1. Recrutamento, transporte, transferência, guarida ou acolhimento de pessoas, incluindo a troca ou a transferência do controlo sobre elas exercido, através do recurso a ameaças ou à força ou a outras formas de coação, rapto, fraude, ardil, abuso de autoridade ou de uma posição de vulnerabilidade, ou da oferta ou obtenção de pagamentos ou benefícios a fim de conseguir o consentimento de uma pessoa que tenha controlo sobre outra para efeitos de exploração.
2. Por posição de vulnerabilidade entende-se uma situação em que a pessoa não tem outra alternativa, real ou aceitável, que não seja submeter-se ao abuso em causa.
3. A exploração inclui, no mínimo, a exploração da prostituição de outrem ou outras formas de exploração sexual, o trabalho ou serviços forçados, incluindo a mendicância, a escravatura ou práticas equiparáveis à escravatura, a servidão, a exploração de atividades criminosas, bem como a remoção de órgãos.
4. O consentimento de uma vítima do tráfico de seres humanos na sua exploração, quer na forma tentada quer consumada, é irrelevante se tiverem sido utilizados quaisquer dos meios indicados no n.º 1.
5. Sempre que o comportamento referido no n.º 1 incidir sobre uma criança, deve ser considerado uma infração punível de tráfico de seres humanos, ainda que não tenha sido utilizado nenhum dos meios indicados no n.º 1.
6. Para efeitos da presente diretiva, entende-se por «criança» qualquer pessoa com menos de 18 anos.”

Diretiva 2011/36/UE

Desta forma, perante uma situação de suspeita, existem alguns elementos fundamentais que devem estar presentes, para que a mesma seja reconhecida

como tráfico de seres humanos, nomeadamente: **AÇÃO, MEIOS e FINS (Quadro 12).**

QUADRO 12 - ELEMENTOS CARACTERÍSTICOS DAS SITUAÇÕES DE TSH

AÇÃO	MEIOS	FINS
<ul style="list-style-type: none"> → Recrutamento → Transporte → Transferência → Guarida → Acolhimento 	<ul style="list-style-type: none"> → Ameaças → Força → Outras formas de coação → Rapto → Fraude → Ardil → Abuso de autoridade ou posição de vulnerabilidade → Oferta ou obtenção de pagamentos ou benefícios 	<ul style="list-style-type: none"> → Exploração da prostituição de outrem ou outras formas de exploração sexual → Trabalho ou serviços forçados, incluindo mendicidade → Escravatura ou práticas equiparáveis à escravidão → Servidão → Exploração de atividades criminosas → Remoção de órgãos

Fonte: RAPVT, 2013

É importante, contudo, ressaltar que, no caso de crianças, basta a presença dos critérios **AÇÃO** e **FINS**, não havendo necessidade de existir critério **MEIOS**, para que a situação seja classificada como TSH.

Saliente-se ainda que o consentimento declarado, livre e esclarecido da vítima é irrelevante se qualquer um dos meios tiver sido utilizado.

A mendicidade forçada e a exploração de atividades ilícitas seguem a definição constante na Diretiva

da EU 2011/36 /UE e na Convenção sobre Trabalho Forçado ou Obrigatório, 1930 (n.º 29), da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

As situações de tráfico para fins de remoção de órgãos, adoção ilegal, ou casamento forçado estão contempladas na mesma Diretiva e também no ordenamento jurídico nacional. Contudo, devido às suas especificidades em matéria de indícios, profissionais envolvidos e procedimentos a adotar, requerem protocolos de atuação específicos.

2.3.1. TRÁFICO DE SERES HUMANOS EM CRIANÇAS E JOVENS

Na Convenção do Conselho da Europa define-se o tráfico de crianças como uma situação específica de TSH.

Tal como referido acima, independentemente do facto de não terem sido utilizados os meios citados anteriormente, caso ocorram o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento ou o acolhimento de uma criança (definido como qualquer menor de 18 anos de idade) com o fim de exploração, **a situação deve ser considerada como tráfico de seres humanos.**

A Convenção n.º 182 da OIT, relativa à Interdição

das Piores Formas de Trabalho das Crianças e Ação Imediata com Vista à sua Eliminação, reconhece o tráfico de crianças como a forma mais abusiva de trabalho infantil. A definição operacional de tráfico e exploração de crianças foi criada em 1992 pelo Programa Internacional para a Eliminação do Trabalho Infantil (IPEC-OIT), e implica considerar-se a exigência do ato e da finalidade de exploração para a configuração da situação.

De acordo com este Programa, define-se este tipo de exploração da seguinte forma:

Tráfico e Exploração de Crianças

Todas as formas de escravatura ou práticas análogas, tais como a venda e o tráfico de crianças, a servidão por dívidas e a servidão;

Trabalho forçado ou obrigatório, incluindo o recrutamento forçado ou obrigatório das crianças;

Utilização em conflitos armados;

Utilização, o recrutamento ou a oferta de uma criança para fins de prostituição;

Utilização para produção de material pornográfico ou de espetáculos pornográficos;

Utilização, o recrutamento ou a oferta de uma criança para outras atividades ilícitas, para a produção e o tráfico de estupefacientes tal como são definidos pelas convenções internacionais pertinentes; Sujeição a trabalhos que, pela sua natureza ou pelas condições em que são exercidos, são suscetíveis de prejudicar a saúde, a segurança ou moralidade da criança;

Trabalho realizado por crianças abaixo da idade mínima de admissão a emprego.

IPEC-OIT, 1992

2.3.2. TRÁFICO DE SERES HUMANOS E AUXÍLIO À IMIGRAÇÃO ILEGAL

O TSH distingue-se do tráfico ilícito de migrantes. De acordo com o Protocolo Adicional contra o Tráfico Ilícito de Migrantes por Via Terrestre, Marítima e Aérea, de 15 de novembro de 2000, Artigo 3(a), entende-se por «introdução clandestina de migrantes» como o auxílio à entrada ilegal de uma pessoa num Estado Parte do qual essa pessoa não é nacional ou residente permanente, visando a obtenção, direta ou indireta de benefícios financeiros e/ou materiais. O mesmo Protocolo faz referência aos

casos de tráfico ilícito, em que o migrante consente em pagar a alguém para organizar e/ou facilitar a sua entrada ilegal num Estado do qual essa pessoa não é nacional ou residente.

Em termos nacionais, a Lei n.º 23/2007, de 4 de julho, que aprovou o regime jurídico de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território, alterada pela Lei n.º 29/2012 de 9 de agosto, a propósito do crime de auxílio à imigração ilegal estabelece o seguinte como:

QUADRO 13 - ARTIGO 183º DA LEI N.º 29/2012

“1- (...)

2-“Quem favorecer ou facilitar, por qualquer forma, a entrada, a permanência ou o trânsito ilegais de cidadão/ã estrangeiro/a em território nacional, com intenção lucrativa, é punido com pena de prisão de um a cinco anos.”

Com esta alteração, o Tráfico Ilícito de Imigrantes passa a ser considerado como auxílio à imigração

ilegal, cujas principais diferenças se encontram descritas no quadro seguinte (**Quadro 14**).

QUADRO 14 - DIFERENÇAS ENTRE TRÁFICO DE SERES HUMANOS E AUXÍLIO À IMIGRAÇÃO ILEGAL

TRÁFICO DE SERES HUMANOS		AUXÍLIO À IMIGRAÇÃO ILEGAL
Fim	Exploração	Para benefícios financeiros ou materiais
Consentimento	Inválido	Válido
Transnacionalidade	Não necessária	Necessária
Tipo de Crime	Contra a Pessoa	Contra o Estado

Fonte: RAPVT, 2013.

Apesar de terem contornos diferentes, estes processos podem estar interligados, dificultando a tipificação do crime. Nas duas situações, e uma vez que as redes criminosas se interrelacionam, os dois grupos de vítimas podem cruzar a fronteira conjuntamente, de

forma ilegal. Por outro lado, mesmo situações que no início configuram imigração ilegal podem, na fase final, transformar-se em situação de tráfico de seres humanos.

2.3.3. INDICADORES DE TRÁFICO DE SERES HUMANOS

Relativamente à deteção deste problema, existem vários indicadores gerais que podem servir para orientar o profissional durante o atendimento, de

forma a conduzir a entrevista e a observação em busca de sinais mais específicos para facilitar a confirmação de TSH (**Quadro 15**).

QUADRO 15 - INDICADORES GERAIS DE TRÁFICO DE SERES HUMANOS

- » A pessoa não tem o controlo dos seus documentos de identificação ou de viagem;
- » A pessoa teve indicações específicas sobre o que dizer quando estivesse perante um agente da autoridade;
- » A pessoa foi recrutada para fazer um trabalho, e depois forçada a fazer outro;
- » Está a ser retirada uma parte do ordenado à pessoa, para pagar as despesas da viagem;
- » A pessoa está a ser forçada a práticas sexuais;
- » A pessoa não tem liberdade de movimentos;
- » Caso tente escapar, a pessoa ou a sua família pode sofrer represálias;
- » A pessoa foi ameaçada que seria deportada ou sofreria outra sanção legal;
- » A pessoa foi agredida ou privada de comida, água, sono, cuidados médicos ou outras necessidades básicas;
- » A pessoa não pode, livremente, contactar amigos e familiares;
- » A pessoa não pode livremente socializar com outras pessoas, nem pode livremente praticar a sua religião.

Fonte: APAV⁹⁰

Existem ainda indicadores específicos para os quais o atendimento a uma potencial vítima (**Quadro 16**). os profissionais de saúde devem estar alerta durante

QUADRO 16 - INDICADORES ESPECÍFICOS DE TRÁFICO DE SERES HUMANOS

EXPLORAÇÃO SEXUAL		
<ul style="list-style-type: none">→ Restrição/Proibição do uso de preservativos→ Impossibilidade de recusar clientes→ Ausência de pausas, dias de folga ou tempo livre→ Aparência de exaustão e cansaço→ Ausência de tratamento de infeções de transmissão sexual→ Realização de trabalho ininterrupto	<ul style="list-style-type: none">→ Transporte de um local para outro sem o próprio consentimento→ Recurso à mentira às autoridades policiais em situações de inspeções→ Sujeição a atividades ilícitas ou humilhantes→ Prostituição forçada mesmo em caso de gravidez ou doença→ Sair sempre acompanhado/a→ Não dispor de dinheiro	<ul style="list-style-type: none">→ Existência de tatuagens ou outras marcas que indiquem ser “propriedade” do explorador/a→ Não poder ficar sozinho/a em atendimentos de saúde ou sociais→ Higiene descuidada em prostitutas/as
EXPLORAÇÃO LABORAL		
<ul style="list-style-type: none">→ Exigência da realização de trabalhos perigosos sem equipamento de proteção adequado→ Não ter formação e experiência para realização do trabalho em segurança→ Exigência de realização de atividades ilícitas ou humilhantes→ Exigência de trabalho mesmo em caso de doença ou gravidez→ Não ter representantes para negociar as condições de trabalho→ Realização de horas extraordinárias sem receber a devida remuneração	<ul style="list-style-type: none">→ Em caso de recusa na realização de trabalho extraordinário, deixar de poder realizá-lo no futuro→ Disponibilidade para o trabalho 24h dia/ 7 dias/semana→ Horários fora do período normal de trabalho→ Realização de trabalho adicional na propriedade privada do/a empregador/a→ Não ter direito a pausas, folgas, tempo livre e benefícios legais, p.ex. pagamento de férias	<ul style="list-style-type: none">→ Ambiente de trabalho insalubre, com pouca iluminação e ventilação, falta de aquecimento e instalações sanitárias→ Ausência de avisos de segurança ou saúde e falta de equipamentos no local de trabalho→ Violação das leis do trabalho e convenções coletivas→ Horário de trabalho indefinido→ Remuneração condicionada a resultados e metas de produção→ Ausência de contratos de trabalho,

⁹⁰ Disponível em www.apav.pt. Acesso em 18/07/2014.

OUTRAS FORMAS DE EXPLORAÇÃO: MENDICIDADE FORÇADA E ATIVIDADES ILÍCITAS

→ Transporte de um local para outro para prática da mendicidade
 → Obrigação de mendigar durante todo o dia
 → Aparência de cansaço e exaustão
 → Obrigação da prática da mendicidade mesmo em caso de doença ou gravidez

→ Aparência de ser portador de alguma deficiência
 → Utilização/venda/ocultação/transporte de substâncias ou armas ilegais
 → Aparentar estar amedrontado(a)
 → Não dispor de dinheiro
 → Estar acompanhado por crianças (nomeadamente bebés de colo)
 → Exibição de letreiros em português sem falar a língua

→ No caso de menores: não ter acesso aos pais ou tutores legais; viver com adultos que não são os pais; estar desacompanhado; não ter acesso ao sistema educativo

Fonte: RAPVT, 2013.

2.4. VIOLÊNCIA SEXUAL

De acordo com o conceito adotado pela OMS em 2010⁹¹, entende-se por **violência sexual**:

Violência Sexual

Todo o ato sexual, ou tentativa de realizá-lo, comentário ou insinuação de conotação sexual indesejados, atividade de tráfico ou prática perpetrada por alguém contra a sexualidade de outrem usando coação, independentemente da relação tida com a vítima e do contexto em que ocorre.

WHO & LSHTM, 2010

A coerção associada pode cobrir uma série de variantes de força e poder, dimensões que se constituem como o cerne de outro tipo de violências. À parte da força física, a violência sexual pode assim envolver intimidação psicológica, chantagem ou outro tipo de ameaças. Ocorre inclusive em situações em que a vítima não se encontra em condições físicas ou mentais para dar o consentimento, como por exemplo no caso de estar sob o efeito de substâncias ou de ter incapacidade física e/ou mental.

Importa salientar que a violência sexual não se restringe à penetração forçada da vulva, ânus ou boca de quem é vítima, empregando para tal o pênis, outra parte do corpo ou um objeto. A **violação** define-se como penetração fisicamente forçada ou coagida – mesmo que ligeiramente – da vulva ou ânus, com recurso ao pênis, outras partes do corpo ou objetos. A tentativa de realização de tal prática é considerada tentativa de violação.

Outras formas de violência sexual podem incluir práticas de contacto com órgãos genitais, incluindo contacto entre boca e pênis, vulva ou ânus.

De acordo com estas noções, a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV)⁹² exemplifica este tipos de práticas:

- » Ser forçado/a a escutar comentários de carácter sexual que causem desconforto ou receio;

- » Ser sujeito/a toques íntimos não desejados, tais como beijar, acariciar ou apalpar;
- » Receber carícias indesejadas nos órgãos sexuais;
- » Ser forçado/a a tocar nos órgãos sexuais de outra pessoa;
- » Ser obrigado/a a penetrar outra pessoa ou a praticar com ela sexo oral;
- » Ser compelido/a a assistir ou a participar em filmes, fotografias ou espetáculos pornográficos;
- » Ser coagido/a a envolver-se na prostituição.

De uma forma geral, o espectro de tais práticas é variado podendo ocorrer em diferentes contextos e circunstâncias, nomeadamente:

- Violação em contexto de relações íntimas, incluindo conjugalidade e namoro;
- Violação por estranhos;
- Violação sistemática durante conflitos armados;
- Práticas sexuais não desejadas ou assédio sexual, inclusive exigindo relações sexuais em troca de favores;
- Abuso sexual de pessoa física ou mentalmente incapaz;
- Abuso sexual de crianças;
- Casamento forçado ou coabitação, incluindo casamento em idade infantil;
- Início forçado da atividade sexual;
- Tráfico de seres humanos para fins de exploração sexual;
- Violência sexual contra trabalhadoras/es do sexo;
- Negação ao direito de utilização de contraceção ou outras medidas de proteção contra infeções de transmissão sexual;
- Aborto forçado.

⁹¹ Preventing intimate partner and sexual violence against women – Taking action and generating evidence, OMS (2010), disponível em URL http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/9789241564007_eng.pdf.

⁹² Disponível em URL <http://www.apavparajovens.pt/pt/go/o-que-e3>. Acesso em 18/07/2014.

Desta forma, a violência sexual, nas diferentes expressões que adquire, pode vitimizar mulheres e homens ao longo do ciclo da vida e pode ser perpetrada por pais e mães, prestadores/as de cuidados, parceiros/as íntimos/as, pessoas próximas do círculo de amizades e de conhecimentos da vítima ou, mesmo, por quem lhe é estranha. O abuso sexual no contexto das relações de intimidade pode ocorrer entre pessoas de sexo diferente ou do mesmo sexo.

A OMS sustenta que ser-se mulher é um dos principais fatores de risco para a vitimização sexual, sendo que na sua maioria este tipo de prática ocorre maioritariamente em relações de intimidade. No entanto, salienta outro tipo de fatores de risco associado: idades jovens; consumo de substâncias; historial de abusos prévios; multiplicidade de parceiros sexuais; envolvimento em prostituição; pobreza.

Algumas práticas de raiz cultural e étnica, tais como o casamento forçado e a mutilação genital feminina, consubstanciam outras formas de violência sexual tendo por base a violência de género.

Importa no entanto referir que a violência sexual constitui um fenómeno multifacetado e transversal a várias culturas e estratos sociais, pelo que na sua compreensão devem ser tomados em conta os vários níveis do modelo ecológico, incluindo fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais, sob pena de uma abordagem reducionista.

Em Portugal, sob o ponto de vista jurídico, de acordo com o Código Penal⁹³, tendo em conta a natureza e tipologia dos atos de violência sexual, são considerados diversos tipos de **crimes contra a liberdade e a autodeterminação sexual (Quadros 17 e 18)**.

QUADRO 17 - ARTIGOS 163º A 170º DO CÓDIGO PENAL

Crimes contra a liberdade sexual:

Artigo 163º - Coação Sexual
Artigo 164º - Violação
Artigo 165º - Abuso sexual de pessoa incapaz de resistência
Artigo 166º – Abuso sexual de pessoa internada

Artigo 167º – Fraude sexual
Artigo 168º - Procriação artificial não consentida
Artigo 169º - Lenocínio
Artigo 170º - Importunação sexual

QUADRO 18 - ARTIGOS 171º A 178º DO CÓDIGO PENAL

Crimes contra a autodeterminação sexual:

Artigo 171º - Abuso sexual de crianças
Artigo 172º - Abuso sexual de menores dependentes
Artigo 173º - Atos sexuais com adolescentes
Artigo 174º – Recurso à prostituição de menores

Artigo 175º – Lenocínio de menores
Artigo 176º - Pornografia de menores
Artigo 177º - Lenocínio
Artigo 178º - Importunação sexual

Os diferentes tipos de crimes mencionados podem, de acordo com as respetivas características, ser de natureza *pública* ou *semipública*, e a cada um deles corresponde uma moldura penal específica. A este propósito, sugere-se a consulta do ponto 9. Aspetos Legais, Parte II, neste manual (página 132).

Tal como referido anteriormente, os dados da investigação disponíveis sugerem que o maior risco

de vitimização de violência sexual é observável nas mulheres e no contexto das relações de intimidade. Contudo, os estudos efetuados em diversas populações, tendo por alvo o sexo feminino, apontam para a grande variabilidade na prevalência de relações sexuais forçadas, em algum momento da vida das mulheres⁹⁴. A disparidade de números encontrada é resultante de diversos fatores e pode refletir, por um lado, diferenças entre comunidades

⁹³ De acordo com a Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro, que aprova a vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n. 400/82, de 23 de Setembro.

quanto às prevalências reais do fenómeno e, por outro, dissemelhanças na forma de orientar os estudos, de operacionalizar a variável “violência sexual” e de medir os resultados.

Acresce ainda que o admitir as experiências de vitimização e relatá-las – ou, ainda mais difícil, denunciá-las – pode constituir tarefa penosa para as vítimas. Vários fatores podem contribuir para tal, nomeadamente a vergonha sentida, o medo de discriminação e de represálias, a auto culpabilização ou a convicção sobre falta de apoio pessoal e institucional.

Quando as vítimas são do sexo masculino, o estudo do fenómeno da violência sexual apresenta o mesmo tipo de limitações, e neste caso, de uma forma ainda mais acentuada. De facto, os ditames do género, ancorados nos valores e tradições de carácter sexista, que atribuem aos homens o controlo sobre a sexualidade das mulheres, tornam como que inadmissível que possa ocorrer qualquer manifestação de poder em sentido contrário.

Afigura-se “proibido” a um homem estar sujeito a comportamentos e atos que revelem alguma forma de subjugação face a uma mulher, em particular quando se trata de condutas de carácter sexual. Tal representa, assim, um fator acrescido de dissuasão da revelação,

por parte de um homem, da violência sexual de que está a ser vítima por parte de uma mulher⁹⁵.

Por outro lado, parte substantiva da violência sexual sofrida pelos homens é perpetrada por outros homens, tanto no contexto das relações íntimas e de conjugalidade como no da homofobia e de outros crimes de ódio, no do abuso sexual de crianças e jovens e em outros contextos específicos nos quais a vitimização pode ocorrer.

Trata-se, em suma, de uma área da violência com características peculiares e que, conforme o próprio conceito sugere, constitui uma entidade polissémica, abordável segundo diversos pontos de vista, em particular o dos direitos humanos e da cidadania, o da cultura, o socioeconómico, o educativo, o da saúde e o da justiça.

Dada ser uma área bastante sensível do foro íntimo, implica uma abordagem mais cuidadosa por parte do profissional de saúde ao nível da prevenção, deteção e intervenção, especialmente no que se refere ao exame físico e recolha dos meios de prova. Esta especificidade ao nível das práticas nos serviços de saúde foi tida em conta na elaboração do Protocolo Geral de Atuação, sendo alvo de uma atenção especial⁹⁶.

⁹⁴ De acordo com dados citados no estudo *Violência sexual na América Latina e no Caribe: uma análise de dados secundários* (2010), preparado por Contreras e col. para a Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual, realizado na América Latina e no Caribe, foram encontrados valores de 5 a 42%, de vitimização nas mulheres; por outro lado, na mesma região, quando a perpetração do ato violento não era atribuída a parceiro íntimo, os dados obtidos apontaram para uma prevalência de 8 a 27% de vitimização nas mulheres e nas raparigas; contudo, neste grupo, a maior parte dos perpetradores era conhecida das vítimas, tanto familiares como amigos, vizinhos, colegas de trabalho, etc.

⁹⁵ Consultar 2.1.5. Características de Vitimização, Parte I, página 54

⁹⁶ Consultar 5.2.1. Situações Agudas e/ou de Agressão Sexual, Parte III, página 194,

2.5. VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS IDOSAS E DEPENDENTES

Em termos genéricos, a OMS entende por **violência contra pessoas idosas**:

Violência contra Pessoas Idosas

Qualquer forma de negligência ou de abuso físico, mental, sexual, ou financeiro sofrido a partir dos 60 anos de idade

Sethi et al., 2001

Quando não detetadas, estas situações comprometem severamente a qualidade de vida das vítimas e o respetivo tempo de sobrevida.

Na Região Europa da OMS, ainda que uma forma grosseira, calcula-se que mais de 4 milhões de pessoas idosas sofram maus tratos, todos os anos. A prevalência do fenómeno apresenta assinalável variação sob o ponto de vista geográfico e cultural. De acordo com os dados disponíveis, cerca de 19.4% da população idosa viveu situações de abuso psicológico em anos anteriores; no que respeita a mau trato físico e a abuso sexual, os dados apontam para os valores de 2,7% e de 0,7%, respetivamente; saliente-se, também que 3,8% desta população terá estado sujeita a abuso financeiro (Sethi et al., 2011). A população feminina apresenta um risco mais elevado de maus tratos, facto a que não são alheios os determinantes de género já mencionados.

As atitudes de segregação e os estereótipos ainda persistentes em relação ao período final do ciclo de

vida, que consubstanciam aquilo que nas ciências sociais se designa por *idadismo*, colocam em causa a solidariedade e a coesão social, fatores considerados indispensáveis para a justiça social, o bem-estar e a saúde das comunidades.

Num tempo em que a esperança média de vida continua a aumentar, a probabilidade de surgir doença e de incapacidade cresce, fator que, aliado a uma maior precaridade económica, também frequente, determina mais dependência e faz aumentar o risco de ocorrência dos maus tratos nesta fase do ciclo de vida.

Coloca-se assim aos Estados um desafio ainda maior quanto à prevenção. No que respeita aos profissionais, designadamente aos da saúde, o repto adquire contornos particulares. Em matéria de prevenção da violência contra pessoas idosas, há que detetar as necessidades de proteção, nem sempre óbvias e explícitas, e assegurar as respostas adequadas, contribuindo para a prevenção aos diferentes níveis, através da boa prática profissional.

Ainda de acordo com a OMS, o grau de risco de ocorrência de maus tratos contra pessoas idosas pode ser ponderado mediante a análise dos fatores que interagem, tanto de ordem individual, referentes à potencial vítima e a quem é perpetrador, como no plano das relações interpessoais, no do enquadramento comunitário e no do contexto social (op cit.). Embora varie o grau de evidência quanto à relevância dos principais fatores de risco identificados, eles podem ser mencionados conforme consta do **Quadro 19**.

QUADRO 19 – FATORES DE RISCO NA VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS IDOSAS

NÍVEL	PRINCIPAIS FATORES DE RISCO
INDIVIDUAL (VÍTIMA)	<ul style="list-style-type: none">→ Sexo: mulher→ Idade: superior a 74 anos→ Dependência: grau elevado de incapacidade física e ou intelectual→ Demência, incluindo doença de Alzheimer e outras→ Perturbações mentais: depressão→ Comportamento agressivo e desafiante
INDIVIDUAL (PERPETRADOR/A)	<ul style="list-style-type: none">→ Sexo: homem, no caso dos maus tratos físicos; mulher, no caso da negligência→ Perturbações mentais: depressão→ Consumo de substâncias: álcool e drogas→ Hostilidade e agressividade→ Problemas financeiros→ Stresse: <i>burnout</i> enquanto cuidador/a

RELACIONAMENTO	→ Dependência financeira do/a perpetrador/a face à vítima → Dependência do/a perpetrador/a face à vítima (emocional e habitacional) → Transmissão intergeracional da conduta violenta → História prolongada de relacionamento interpessoal difícil → Parentesco: filho/a ou cônjuge/parceiro/a → Coabitantes
COMUNITÁRIO	→ Isolamento social: vítima vivendo sozinha com o/a perpetrador/a; ambos com poucos contactos sociais → Carência de suporte social: ausência de recursos e sistemas sociais de suporte
SOCIAL	→ Discriminação em função da idade: <i>idadismo</i> → Outras formas de discriminação: sexismo e racismo → Fatores sociais e económicos → Cultura de violência: banalização da violência

Adaptado de: Sethi et al., 2011.

Também nesta matéria, e como este quadro sugere, o determinante género deve ser tido em conta, uma vez que as mulheres representam um maior potencial de vulnerabilidade de sofrerem maus tratos relativamente aos homens, no âmbito de relacionamentos familiares, íntimos⁹⁷ ou até institucionais. De facto, em muitas destas situações trata-se de violência de género.

Na compreensão destas dinâmicas relacionais importa considerar a qualidade das relações entre pais e filhos durante as últimas décadas e a qualidade das relações conjugais entre casais de pessoas idosas (APAV, 2010b). Numa grande maioria das situações, observa-se um *continuum* da violência nas relações de intimidade ao longo dos anos, acompanhando o envelhecimento de ambos os elementos da diáde. Por outro lado, a inversão de papéis que ocorre dentro das famílias em que os filhos passam a ser cuidadores, pode representar especial vulnerabilidade, nomeadamente nas situações de maior dependência, como por exemplo nas demências, em que stresse de quem cuida pode potenciar condutas violentas.

Por outro lado, a existência de cuidadores/as (formais e informais) violentos/as deve ser foco de especial atenção, dado a limitação das capacidades de autodefesa da vítima e de pedir ajuda externa, dada a sua condição pela sua condição de dependência.

Nestas idades, como em todas as outras, os maus tratos podem ocorrer de forma ocasional, serem esporádicos ou continuados e acontecerem nos diversos contextos de vida – na família, em casa própria, residindo só ou acompanhado/a, em instituições de acolhimento, tratamento e internamento, ou na via pública.

Em matéria de violência contra pessoas idosas, há que salientar o facto de que, tal como em outras áreas da

violência interpessoal, a deteção de fatores de risco, sinais e sintomas associáveis a maus tratos, quando identificados isoladamente, não permite estabelecer, de imediato, um diagnóstico de maus tratos.

*Tal como anteriormente abordado, os **maus tratos contra pessoas idosas** podem ocorrer tanto por omissão de cuidados a prestar, como por execução de atos que consubstanciam violência física ou psicológica, ou por atentado ao património de quem é vítima.*

No primeiro caso, o da **NEGLIGÊNCIA**, não são cumpridas as obrigações por parte de quem é responsável pelo cuidar, estando a pessoa idosa privada dos cuidados básicos de higiene, bem-estar e saúde.

A negligência é considerada como *negligência ativa* quando existe intencionalidade no comportamento do/a perpetrador/a e *negligência passiva* quando resulta da ignorância ou da negação por parte deste/a quanto à insuficiência ou ausência dos cuidados prestados ou, ainda, de um contexto de privação extrema.

São exemplo de sinais e sintomas de negligência os seguintes:

- Perda de peso, desnutrição e desidratação;
- Problemas físicos não tratados, tais como úlceras de pressão em doentes acamados;
- Más condições higiénico-sanitárias: falta de limpeza ou presença de insetos na cama ou quarto; roupas e lençóis sujos;
- Falta de higiene pessoal;
- Falta de óculos, próteses dentárias ou auditivas;
- Utilização de roupas inadequadas para a estação do ano;

⁹⁷ Consultar 2.1. Violência nas Relações de Intimidade, Parte I, página 45

- Abandono do/a idoso/a em locais públicos;
- Condições habitacionais de risco; inexistência de mecanismos de regulação da temperatura da habitação, instalação elétrica deficitária ou outros perigos de incêndio.

No que respeita a comportamentos que consubstanciam atos de violência física ou psicológica, ou atentado contra o património de quem é vítima, há que considerar diferentes formas⁹⁸:

MAUS TRATOS FÍSICOS – Referem-se ao uso não accidental da força para conter uma pessoa idosa, do qual resulta dor física, lesão ou incapacidade naquela. Inclui, não apenas a agressão corporal, mas também o emprego inadequado de drogas, de restrições ou supressão da mobilidade.

São alguns sinais e sintomas de maus tratos físicos os seguintes:

Marcas ou lesões cutâneas inexplicadas, tais como feridas e hematomas, especialmente se se localizam de forma simétrica no corpo;

- Lesões músculoesqueléticas - fraturas, luxações ou entorses;
- Relatos de sobre ou de sub-medicação;
- Sinais de restrição da mobilidade, tais como marcas de corda nos pulsos;
- Óculos com armações partidas;
- Evidência radiográfica de fraturas antigas (desalinhadas);
- Recusa por parte do/a cuidador/a em permitir permanência da pessoa a sós com o/a profissional.

MAUS TRATOS PSICOLÓGICOS – Dizem respeito a formas de comportamento em que cuidadores/as se dirigem às pessoas idosas de uma forma ameaçadora, causando tensão ou sofrimento emocional.

São vários os sinais e os sintomas que fazem suspeitar de maus tratos psicológicos à pessoa idosa, tanto de carácter verbal como não-verbal:

Maus tratos verbais:

- Intimidação através de gritos e ameaças;
- Humilhação, ridicularização, infantilização;
- Culpabilização;
- Manipulação de informações;
- Imposição de decisões e regras de conduta.

Maus tratos não-verbais:

- Comportamento de ignorância face à pessoa;
- Ostracização e isolamento da pessoa em relação à família, amigos ou à atividade;
- Aterrorização ou ameaça.

Pode haver igualmente:

- Comportamento ameaçador, depreciativo ou controlador por parte do cuidador;
- Comportamentos semelhantes à demência por parte da pessoa idosa; por exemplo, balanceio, sucção ou balbuceio e murmúrio.

ABUSO SEXUAL – Considera-se abuso sexual de uma pessoa idosa qualquer forma de contacto de conotação sexual sem o consentimento da mesma. Envolve atos sexuais e outras atividades, tais como exibição de material pornográfico, ou o forçar a vítima a assistir a atos sexuais ou a desnudar-se.

Podem ser sintomas e sinais de abuso sexual:

- Hematomas no tórax ou órgãos genitais;
- Infecções de transmissão sexual;
- Sangramento anal ou vaginal inexplicado;
- Roupa interior rasgada, manchada ou ensanguentada.

EXPLORAÇÃO FINANCEIRA - O mau trato sob o ponto de vista patrimonial, tanto da autoria de familiares, cuidadores, pessoas próximas da vítima ou de estranhos, envolve a utilização não autorizada, ou mediante coação, de fundos ou propriedades da vítima. O/a cuidador/a apropria-se ou gere e negocia os bens, dinheiro ou pensões da vítima, fazendo uso de cheques, cartões de crédito e contas bancárias, roubando dinheiro, rendimentos e objetos de casa, falsificando a assinatura ou a identidade da vítima. Podem ser também cometidas falcatuas que incluem o anúncio de prémios inexistentes, a troca de dinheiro, doações para obras de caridade, fraude em investimentos, etc.

Considera-se serem sinais de exploração financeira de uma pessoa idosa os seguintes:

- Levantamentos de montantes significativos de conta bancária da vítima;
- Alterações repentinas da respetiva situação financeira;

⁹⁸ Consultar 2.1. Indicadores de Suspeita de Violência, Parte III, página 155

- Desaparecimento de objetos e dinheiro de casa da mesma;
- Mudanças suspeitas em testamentos, procurações, títulos e apólices;
- Aumento de nomes às assinaturas de contas e cartões de crédito;
- Existência de dívidas, mesmo que a vítima disponha de dinheiro suficiente para pagar;
- Atividade financeira que a vítima não poderia ter efetuado, como por exemplo, levantamentos com cartão em máquinas automáticas quando o titular da conta se encontra acamado;
- Aquisição de serviços desnecessários (ou despropositados), de bens ou subscrições.

No âmbito do SNS, nos últimos tempos, a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), nomeadamente das Equipas de Cuidados Continuados Integrados contribui para uma maior deteção de situações de violência, até então ocultas na esfera privada doméstica e até institucional. No en-

tanto, a reconhecida dificuldade nas respostas sociais nesta área constitui um forte obstáculo à intervenção, conduzindo, muitas vezes, a sobreocupação de camas, nomeadamente nos serviços de urgência, em situações de abandono ou de inexistência de redes familiares ou outras de suporte. Subsistem, muitas vezes, situações precárias ou provisórias que não vão de encontro às necessidades das vítimas e que reforçam a sua fragilidade aos diferentes níveis. Um outro obstáculo que surge frequentemente aquando da atuação diz respeito a aspetos ligados a questões de consentimento, nomeadamente em situações de invalidez ou incapacidade quando os cuidadores são os próprios maltratantes. Nestes casos é fundamental um trabalho de proximidade junto dos serviços do Ministério Público.

Desta forma, é essencial que os profissionais atuem não só a nível da deteção de situações como na construção de redes de suporte comunitárias para intervenção neste domínio que contribuam de forma efetiva para o delineamento de respostas eficazes e que previnam a (re)vitimização.

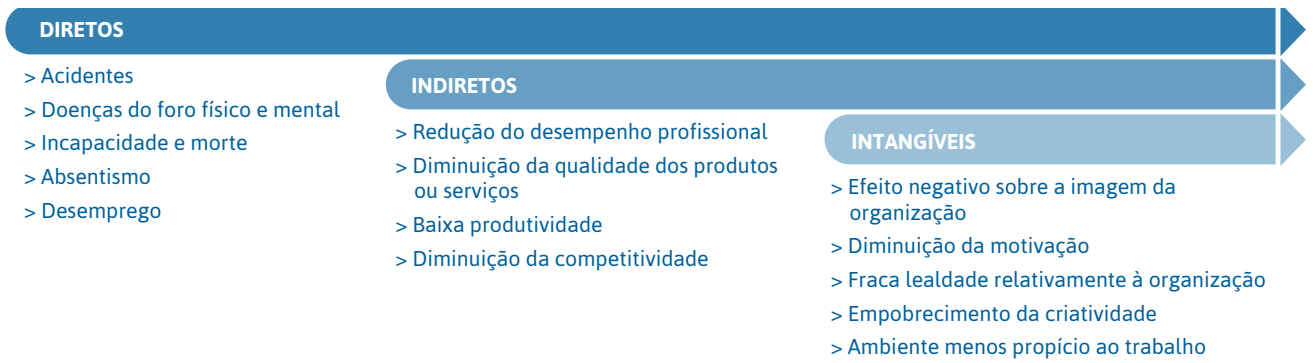
2.6. VIOLÊNCIA NO LOCAL DE TRABALHO

A violência no local de trabalho, quer seja física ou psicológica, transformou-se num problema mundial que atravessa fronteiras, contextos de laboração e grupos profissionais, representando uma ameaça grave contra a eficiência e o êxito das próprias organizações. A violência causa perturbações imediatas e às vezes de longo prazo nas relações entre as pessoas e o ambiente laboral. Afeta a dignidade dos profissionais e constitui uma fonte importante de desigualdade, discriminação, estigmatização e

conflito no trabalho, tornando-se, cada vez mais, num problema de direitos humanos.

Em 2002, no seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, a OMS defendia a necessidade de intervenções concertadas neste domínio pelos efeitos nefastos que produzem não só no âmbito das relações interpessoais mas também em todo o contexto laboral. Tal impacto representa efeitos diretos, indiretos e intangíveis, conforme descritos na **Figura 11**.

FIGURA 11 - EFEITOS DA VIOLÊNCIA NO LOCAL DE TRABALHO



Adaptado de: Krug et al., 2002.

Tal como a abordagem a outro tipo de violências, a violência em contexto laboral requer uma visão compreensiva e holística. Não deve ser entendida, portanto, como um problema de âmbito apenas individual, mas como um problema estrutural de causas socioeconómicas, culturais e organizacionais.

Neste domínio, a tradicional resposta baseada exclusivamente no reforço em matéria de regulação falha na sua compreensão global, cujo objetivo é tornar a saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores como partes integrantes do desenvolvimento das organizações.

2.6.1. MOBBING

Associado à violência no local de trabalho, surgiu o conceito de *Mobbing*, introduzido por Leymann & Gustavsson em 1984:

Mobbing

Conjunto de condutas que consubstanciam violência psicológica exercida sobre um/a trabalhador/a, por parte de um/a superior/a hierárquico/a, ou por um/a colega de trabalho no mesmo patamar funcional da instituição.

Leymann & Gustavsson, 1984

Esta forma de assédio moral caracteriza-se, regra geral, pela degradação deliberada das condições de trabalho da vítima, mantidas e agravadas ao longo do tempo, em que o/a perpetrador/a exerce uma forma de poder ilegítima sobre outrem nomeadamente através das seguintes práticas:

- Formas de comunicação agressiva, com crítica e depreciação constantes, procurando o isolamento e ostracização da vítima;
- Manipulação da atividade profissional desta, mediante a sonegação de projetos, o esvaziamento do seu conteúdo funcional e a atribuição de funções que ficam aquém das suas qualificações profissionais;

→ Humilhação da vítima, levantando falsos testemunhos, criando, nomeadamente, rumores infundados acerca da vida privada, ridicularizando e insultando através de meios informáticos, agredindo verbal ou, até, fisicamente.

Na génese deste tipo de mau trato podem estar fatores de ordem individual, tanto por parte do/a perpetrador/a como da vítima, assim como contextos favoráveis ao seu surgimento, quando, por exemplo, existe uma cultura organizacional que o propicia ou quando a conjuntura económica e social é adversa.

Por vezes, o exercício desta forma de agressão psicológica propaga-se em sentido descendente no interior da própria hierarquia de poder existente na instituição, tanto a formal como a informal.

Tal como referido anteriormente, o *mobbing* faz diminuir a motivação, o empenho e a própria produtividade de quem dele é vítima, para além do impacto que pode ter na própria saúde do/a trabalhador/a. Não raro, verifica-se absentismo ou abandono da própria instituição, baixa da autoestima, stresse, irritabilidade, agitação, agressividade, défice de atenção, perturbações do sono, ansiedade e depressão, assim como um conjunto de alterações do foro psicossomático, com queixas frequentes a nível dos sistemas digestivo e nervoso autónomo.

2.6.2. VIOLÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O fenómeno da violência nos serviços de saúde, tal como noutros, é uma realidade multifatorial, inserindo-se num problema estrutural e estratégico que tem raízes em fatores sociais, económicos, organizacionais e culturais e, desse modo, perpassa as diferentes unidades de saúde. É considerado, pela OMS, como uma disfunção grave do sistema de saúde e, como tal, deve ser combatido.

A violência nas instituições de saúde constitui cerca de 25% de toda a violência no local de trabalho e está generalizada em todos os países e em todas as profissões no Setor da Saúde (ICN, PSI, WHO & ILO, 2005).

Neste contexto, podem distinguir-se três áreas de violência diferentes, tendo como referência o estatuto de quem é perpetrador/a e de quem é vítima. Assim, há a considerar a violência praticada por parte do/as utentes *contra os/as profissionais de saúde*, a violência *entre profissionais de saúde*, exercida no contexto das relações dentro da organização, e a *violência institucional* quando os/as utentes são as vítimas de atos ou omissões lesivos dos seus interesses praticados pelos/as profissionais.

Na compreensão deste tipo de violência salienta-se a importância de modelos relacionais instituídos, caracterizados por assimetrias de poder, subordinação social e técnica e desempoderamento, tanto no domínio da relação com os utentes associado a situações de dependência e vulnerabilidade, como em relações hierarquizadas de trabalho, que podem potenciar, no limite, a ocorrência de verdadeiras situações de violência.

A Direção-Geral da Saúde disponibiliza em suporte eletrónico o seguinte:

- » Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (atual NOTIFIQ@) acessível para profissionais de saúde e cidadãos. As variáveis caracterizadoras da violência contra utentes estão de acordo com a Taxonomia da Estrutura Conceptual da Classificação Internacional para a Segurança do Doente (2011)

- » Sistema de Notificação online Violência contra Profissionais de Saúde, incluindo a violência contra e entre profissionais.

VIOLÊNCIA CONTRA E ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O sistema de saúde tornou-se complexo e os/as utentes encontram-se cada vez mais conhecedores dos seus direitos e deveres, mas também mais informados e exigentes na relação profissional de saúde-utente. Questões como tempos de espera considerados excessivos, carências de infraestruturas, insatisfação quanto aos cuidados de saúde, escassez do tempo de consulta ou falhas da comunicação podem constituir motivo de desagrado por parte de quem acorre aos serviços e deixar o profissional de saúde mais exposto, enquanto face visível da organização de saúde sendo, por isso, o alvo de queixas e, inclusive, de agressões.

Em 2006, tendo em vista definir orientações sobre a violência contra profissionais de saúde, foi publicada, pela Direção-Geral da Saúde, a Circular Informativa n.º 15/DSPCS, de 7 de abril⁹⁹, “Melhorar o Ambiente Organizacional em prol da Saúde dos Profissionais”. Este documento salienta a importância do desenvolvimento de estratégias, a nível macro, meso e micro, para que sejam reduzidas as probabilidades deste tipo de incidentes, contemplando algumas orientações nesta matéria, entre as quais se enumeram:

- Constituição de um Observatório Nacional de Violência Contra Profissionais de Saúde, criando um sistema de registo online dos episódios de violência contra elementos deste grupo profissional no local de trabalho, a nível nacional, onde são também disponibilizados documentos de referência e instrumentos úteis na abordagem deste tipo de situações, bem como a partilha de experiências organizativas no âmbito desta temática;
- Constituição, em cada unidade de saúde, de um **Grupo Coordenador Institucional** de abordagem da violência contra os/as profissionais de saúde no local de trabalho;

⁹⁹ Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-15dspcs-de-07042006.aspx>

- Elaboração, em cada instituição, pelo respectivo Grupo Coordenador Institucional, de um **programa** a nível institucional para a prevenção do fenómeno

Tais orientações inscrevem-se numa abordagem organizada deste problema, com a finalidade de promover a colaboração das unidades de saúde e das várias associações do Setor.

Em 2013, foram 202 as notificações *online*, mais 38 que em 2012. De uma forma global, os profissionais do sexo feminino apresentaram o maior número de notificações, tendo o mesmo sucedido com os/as enfermeiros/as enquanto grupo profissional representado. O espaço físico mais comum onde ocorreram os episódios foi a consulta externa. Relativamente a agressores, a maioria era do sexo feminino. No que respeita à relação com o/a profissional, salienta-se 45% utentes e 34% profissionais. Nos serviços de psiquiatria e urgência, predominaram os utentes como agressores. Na consulta externa, predominaram os profissionais de saúde da unidade de saúde como agressores. Quanto à caracterização da violência, registou-se em maior número as injúrias (51%) bem como a discriminação/ameaça (52%) e pressão moral (51%). No entanto, há a registar 22% de violência física.

Em 2014, houve um total de 531 notificações de episódios de violência.

O aumento verificado aponta para a necessidade de uma abordagem, de âmbito nacional, para este tipo de violência, com enfoque em linhas orientadoras para a prevenção e intervenção, assim como a criação de um registo *online*, no mínimo, acerca da violência física contra profissionais a nível das unidades de saúde.

Sendo que uma percentagem significativa destas notificações reporta-se à violência entre profissionais de saúde, esta matéria deverá ser alvo de especial reflexão organizacional dentro dos serviços de saúde. Este tipo de prática abusiva pode incluir situações em que é exercida coação psicológica sobre um/a trabalhador/a tanto por parte de um/a superior/a hierárquico/a, como de um/a colega do mesmo patamar funcional dentro da

organização. Tal fenómeno, que atravessa tanto as relações profissionais hierarquizadas como no plano horizontal, constitui um tipo de violência anteriormente designado por *mobbing*.

VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

No domínio da saúde, para além de barreiras económicas e socioculturais de raiz, em termos genéricos, a violência institucional diz respeito a: questões relacionadas com persistência de desigualdades e, por vezes, discriminação no acesso aos serviços de saúde; iniquidades na prestação de cuidados, tanto nas desigualdades estabelecidas em situações clínicas de cariz semelhante, como na não discriminação positiva em situações de vulnerabilidade acrescida; limitação do exercício da autodeterminação em saúde; desumanização no atendimento e no acolhimento institucional; exercício de má prática¹⁰⁰. A este propósito, sugere-se a consulta neste manual na Parte II – Boas Práticas na Atuação da Saúde.

Tais situações podem ter, com frequência, origem em barreiras socioculturais, ideias do senso comum, estereótipos e estigmas ligados a grupos sociais específicos, aos quais quem planeia, gere e presta cuidados em saúde poderá não estar integralmente imune.

Desta forma, podem originar-se disfuncionalidades, que não deixam de constituir uma forma de violência para quem solicita cuidados junto dos serviços.

Por outro lado, no relacionamento dos/as utentes com os serviços de saúde, nas interações humanas, podem criar-se situações que consubstanciam violência, tanto as de violência contra profissionais citadas atrás como as que ocorrem em sentido inverso.

No limite, ao ceder a preconceitos, ao não valorizar especificidades individuais, ao não facultar o exercício do consentimento livre e esclarecido, ao abdicar do emprego do conhecimento sobre as evidências científicas, ao quebrar os protocolos de atuação estabelecidos, ao desumanizar o atendimento, exerce-se violência, pelo menos psicológica, sobre quem está mais vulnerável.

¹⁰⁰ Trata-se de matéria que, pela sua complexidade e vastidão, deverá ser merecedora de documentação específica futura.

2.7. SUICÍDIO E VIOLÊNCIA AUTODIRIGIDA

Os **comportamentos suicidas** constituem um fenómeno complexo e multifacetado, que resulta da interação de fatores de ordem individual e ambiental, e que se expressa por ideação suicida, comportamentos auto lesivos e atos suicidas, tanto sob a forma de tentativas como de suicídio consumado.

De 2007 a 2011, em Portugal, a taxa de mortalidade por suicídio variou entre 9,5 e 10,4/100000 habitantes, sendo predominante no sexo masculino, calculando-se que, em 2010, ter-se-ão verificado, no caso dos homens, cerca de 15 000 anos potenciais de vida perdidos, valor três vezes superior ao calculado para as mulheres. Constata-se também que o fenómeno tem expressão heterogénea quando encarado sob a perspetiva da distribuição geográfica, adquirindo, no Continente, maior expressão no Alentejo e menor na Região Norte.

São numerosos os fatores que podem estar associados aos comportamentos suicidas, tanto de ordem individual, como sociocultural como situacional. Em qualquer um destes três planos, o fenómeno da violência interpessoal está presente com frequência.

Sob o *ponto de vista individual*, para além de fatores como doença mental, stresse emocional, abuso de álcool e drogas ou agressividade, um historial de maus tratos, violência ou abuso, pessoal ou familiar podem influenciar aquele tipo de comportamentos.

No *plano sociocultural*, aspetos como o estigma criado acerca da necessidade de pedir ajuda, as crenças sobre o valor do suicídio como forma de resolução de dilemas e conflitos - por exemplo, a tradicional “defesa da honra” -, a exposição a comportamentos suicidas da parte de outros ou a influência dos meios de comunicação social podem incentivar este tipo de condutas.

No que se refere à violência encarada *sob o ponto de vista situacional*, vários acontecimentos podem tornar-se causa de extrema tensão emocional que, em interação com outros fatores de ordem pessoal, sociocultural ou situacional, desencadeiem um ato suicida. Não deixando de tratar-se de fatores de risco de suicídio mais relacionados com as vítimas, podem também ser condicionantes da conduta por parte dos/as próprios perpetradores/as da violência. A este propósito, é de salientar que o suicídio, não raro, acaba por ser o epílogo de um ato de homicídio.

Desta forma, há que ter em consideração que vivências negativas relacionadas com violência nas relações de intimidade, abuso sexual, *bullying*, *violência contra pessoas idosas*, *stalking*, *mobbing*, etc., podem estar associadas ao desencadear de comportamentos suicidas.

É necessário, por isso, procurar incrementar os fatores protetores em relação a estas condutas. Os fatores protetores correspondem a características e circunstâncias individuais, coletivas e socioculturais que, quando presentes ou reforçadas, associam-se à prevenção dos comportamentos auto lesivos e de atos suicidas.

Nesta matéria, uma estratégia de prevenção deve identificar as vias suscetíveis de estabelecer, manter e reforçar, entre outros, os seguintes fatores:

- Fatores individuais: a capacidade de resolução de problemas e conflitos, tomada de iniciativa no pedido de ajuda, noção de valor pessoal, abertura para novas experiências e aprendizagens, estratégias comunicacionais desenvolvidas, empenho em projetos de vida;
- Fatores familiares: o bom relacionamento familiar, o suporte e apoio familiares, as relações de confiança;
- Fatores sociais: estar empregado, ter facilidade de acesso aos serviços de saúde, a existência de articulação entre os vários níveis de serviços de saúde e parcerias com instituições que prestam serviços sociais e comunitários e, também, os valores culturais de referência e a pertença a uma religião.

A propósito deste assunto, consultar as seguintes publicações:

- » Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) 2013-2017, em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>
- » Portugal - Saúde Mental em números – 2013 em: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx> Public health action for the prevention of suicide – WHO, em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf

2.8. OUTROS CONCEITOS E FORMAS DE VIOLÊNCIA

Outros conceitos e terminologias associadas a violência, alguns deles de conceitualização recente pelo *crescendum* da utilização das novas tecnologias, como o caso do *stalking*, *cyberbullying*, *grooming* e *sexting*, entrecruzam-se e sobrepõem-

se frequentemente. Destas e de outras formas de violência como a Síndrome de Estocolmo, Mutilação Genital Feminina e o Casamento Forçado é dado enfoque no presente capítulo.

2.8.1. STALKING

O **Stalking** diz respeito a:

Stalking

Padrão de comportamentos de assédio persistente, resultante de motivações várias, que se traduz em formas diversas de comunicação, contacto, vigilância e monitorização de uma pessoa, o qual assume um carácter intrusivo e/ou indesejado para quem dele é alvo

Ferreira & Matos, 2013.

É um fenómeno que não é recente, mas que, pelo reconhecimento do direito dos indivíduos a terem uma vida privada pacífica e sem restrições à liberdade individual, tem adquirido maior visibilidade nas sociedades atuais.

Trata-se de um espectro diversificado de comportamentos, que vão desde atos aparentemente “inócuos” (p.e., oferecer flores) até outros explicitamente intimidatórios (p.e., ameaças, perseguição), que tendem a aumentar de frequência e gravidade ao longo do tempo, podendo, mesmo, associar-se a outras formas de violência física e/ou sexual (Spitzberg & Cupach, 2007).

Na maioria dos casos, o/a *stalker* faz parte do círculo de conhecimentos da vítima, tratando-se, frequentemente, de/a ex-parceiro/a íntimo/a, familiar, amigo/a ou colega da pessoa alvo (Matos et. al., 2012).

No **Quadro 20**, é apresentada uma tipologia da vítima e do/a perpetrador/a, tendo em conta o tipo de relação existente entre ambos e o contexto em que o *stalking* ocorre - sendo de notar que não se trata de grupos mutuamente exclusivos.

QUADRO 20 – TIPOLOGIA DE VÍTIMAS E PERPETRADORES/AS DE STALKING

VITIMIZAÇÃO POR EX-PARCEIRO/A ÍNTIMO/A
→ Neste grupo está envolvida, maioritariamente, uma vítima do sexo feminino que é perseguida por ex-companheiro, mas o abuso também pode ocorrer em vítimas do sexo masculino e ser do sexo feminino quem maltrata. Estas situações tendem a ser mais continuadas no tempo, podendo ocorrer ameaças e violência física.
VITIMIZAÇÃO POR CONHECIDOS/AS, AMIGOS/AS OU OCORRIDA NA SEQUÊNCIA DE ENCONTROS OCASIONAIS
→ Trata-se de uma forma de <i>stalking</i> provavelmente mais frequente em vítimas do sexo feminino. Tende a ser mais circunscrita no tempo e pode resultar da vontade de expressão de um desejo de intimidade, a qual é dificultada por défice de competências sociais por parte do/a <i>stalker</i> . Apresenta baixo risco de violência.
VITIMIZAÇÃO NO CONTEXTO DE APOIO PROFISSIONAL
→ Ocorre no contexto ou na sequência de atividade profissional que exige relacionamento regular e de proximidade entre vítima e <i>stalker</i> ; é o caso da intervenção de profissionais de saúde, advogados, professores, assistentes sociais e outros. O/a perpetrador/a pode encontrar-se socialmente isolado ou pode ser portador de perturbação psicológica.
VITIMIZAÇÃO EM CONTEXTO LABORAL
→ Trata-se de uma forma de assédio em que estão envolvidos/as colegas de trabalho, empregadores/as, chefias, pessoal subordinado ou clientes; o/a <i>stalker</i> procura um relacionamento íntimo ou tem o intuito de exercer alguma forma de vingança sobre a vítima. Podem ocorrer situações de violência.

VITIMIZAÇÃO POR DESCONHECIDOS/AS

→ Este tipo de vitimização tende a ser percebida por parte da vítima com grande apreensão e alarme, mas não existe evidência de que os/as stalkers desconhecidos/as sejam mais perigosos/as, salvo no caso de predadores/as sexuais.

CELEBRIDADES E FIGURAS PÚBLICAS COMO VÍTIMAS

→ Artistas, desportistas, políticos/as, apresentadores/as de televisão, etc. são perseguidos/as por stalkers que pretendem estabelecer uma relação de intimidade com as vítimas, ou, ainda, com o intuito de vingança ou de obtenção de favores pessoais.

FALSAS VÍTIMAS

→ Podem ocorrer situações de falsa vitimização de molde a assegurar contacto legal com a verdadeira vítima ou, na sequência de experiências de assédio anteriormente vividas, identificar como *stalking* comportamentos que são comumente considerados como aceitáveis. Pode também haver relatos de suposto *stalking* associados a psicopatologia, designadamente situações de delírios e alucinações.

Adaptado de: Pathé et al, 2001.

A caracterização das situações de *Stalking* nem sempre é fácil, dado tratar-se de um modelo comportamental multifacetado, que pode ir de ações aparentemente simples e inofensivas por parte do/a perpetrador/a (podendo, inclusivamente, serem confundidas com verdadeiras manifestações de simpatia ou de afeição) até outras que se enquadram explicitamente num contexto de intimidação, coação ou ofensa à reputação da vítima. Podem tornar-se um fator de grande mal-

estar, causando inquietação e medo, cerceando a liberdade de movimentos e serem, inclusive, lesivas da integridade física e mental de quem é visado. O/a stalker invade repetidamente a esfera da privacidade da vítima.

Os comportamentos de *Stalking* (**Quadro 21**) adquirem contornos e impacte variados, correspondendo os mais frequentes, regra geral, àqueles que potencialmente são menos lesivos.

QUADRO 21 - COMPORTAMENTOS DE STALKING

COMPORTAMENTOS	FREQUÊNCIA
<ul style="list-style-type: none">→ Recolher ou reunir informações sobre a vítima junto de amigos/as ou familiares, no correio, internet, local de trabalho, escola, etc.→ Enviar repetidamente cartas, mensagens escritas por email ou telemóvel, bilhetes e /ou efetuar telefonemas de conteúdo inofensivo e não ameaçador→ Tentar persistentemente aproximações físicas e/ou pedidos para encontros, reuniões, etc.→ Deixar bilhetes ou flores junto do carro da vítima→ Observar/perseguir e aparecer “coincidentemente” nos locais frequentados pela vítima→ Ficar sentado/a à porta de casa da vítima, no seu local de trabalho, e/ou estabelecimento de ensino que frequenta→ Esperar a vítima junto ao seu carro no parque de estacionamento→ Espalhar rumores, dar falsas informações ou revelar segredos da vítima a amigos/as ou familiares	Presentes na totalidade ou quase totalidade de situações de assédio persistente
<ul style="list-style-type: none">→ Destruir e/ou danificar os bens pessoais da vítima e/ou o seu património (p. ex: o automóvel; a habitação)→ Enviar repetidamente cartas, mensagens escritas por email ou telemóvel, bilhetes e/ou efetuar telefonemas ameaçadores. As ameaças podem ser diretas, implícitas ou simbólicas→ Deixar provas de que arrombou o carro da vítima→ Entrar em casa da vítima enquanto esta não está→ Entrar em casa da vítima quando esta lá está→ Deixar flores, animais mortos, outros objetos, incluindo de teor obsceno, em casa ou no carro da vítima	Presentes em cerca de metade das situações de assédio persistente
<ul style="list-style-type: none">→ Agredir fisicamente a vítima→ Violar ou tentar violar a vítima	Presentes em cerca de ¼ das situações de assédio persistente
<ul style="list-style-type: none">→ Matar ou tentar matar a vítima	Presentes em menos de 2% das situações de assédio persistente

Adaptado de: APAV¹⁰²

¹⁰¹Disponível em URL <http://apavparajovens.pt/pt>. Acesso em 21/07/2014.

¹⁰² Disponível em URL <http://apav.pt/stalking/index.php/features>. Acesso em 21/07/2014.

É o impacto que provoca na vítima e os meios empregues que determinam, em concreto, a sua tipificação penal. Presentemente, a tipificação do *stalking* limita-se aos atos mais violentos ou intrusivos da esfera da vida

privada, sendo consideradas as condutas que, no desenrolar do *stalking*, violem uma norma instituída e consubstanciem um facto ilícito, culposos, puníveis (Ribeiro, 2013b), conforme consta do **Quadro 22**

QUADRO 22 - TIPIFICAÇÃO DOS CRIMES DE STALKING

Crime de:

- **Violência doméstica** - previsto e punido (p. e p.) pelo art. 152º do Código Penal (CP)
- **Coação, abuso, importunação sexual ou violação** - p. e p. pelos artigos 163º, 165º, 170º e 164º do CP, respetivamente
- **Ameaças** - p. e p. pelo art. 153º do CP
- **Coação** - p. e p. pelo art. 154º do CP
- **Perturbação da vida privada** - p. e p. pelo art. 190º do CP
- **Devassa da vida privada** - p. e p. pelo art. 192º do CP
- **Devassa por meio de informática (cyberstalking)** - p. e p. pelo art. 193º do CP
- **Difamação ou injúrias** - p. e p. pelos arts. 180º e 181º do CP
- **Gravações e fotografias ilícitas** - p. e p. pelo art. 199º do CP

Este tipo de violência está a ser estudado para uma tipificação particularizada enquanto crime.

Em termos genéricos, esta forma de violência ocorre frequentemente no contexto de relações de intimidade encontrando, nestes casos, enquadramento jurídico no “crime de violência doméstica”, de acordo com o art. 152º do Código Penal. As manifestações mais exuberantes, nomeadamente a violência física, podem encobrir formas menos visíveis de abuso, incluindo *stalking*, injúrias, ameaças e coação.

Este tipo de violência é frequente, nomeadamente na vitimização feminina, surgindo muitas vezes no decurso de rompimento da relação por parte da mulher vítima e onde se eleva o risco de homicídio por parte do agressor.

Por outro lado, se se torna mais visível, a respetiva investigação pode ser, também, facilmente encoberta por manifestações mais visíveis no quadro da ofensa de violência doméstica. O *stalking* pode parecer insignificante quando associado, ou integrado, em situações de violência doméstica, sobretudo as que envolvem violência física.

Ainda associado a este conceito, surge o Cyberstalking, quando o assédio envolve o uso de novas tecnologias de comunicação. Rapidamente esta prática pode levar a situações de contactos e aproximações e, no limite, a verdadeiras situações de violência física e verbal.

A propósito deste tema, consultar também “**Stalking: Boas práticas no apoio à vítima – Manual para profissionais**”, em: <http://www.igualdade.gov.pt/IMAGES/STORIES/DOCUMENTOS/DOCUMENTACAO/PUBLICACOES/STALKING.PDF>

2.8.2. BULLYING

O termo **Bullying** pretende definir:

Bullying

Processo específico de violência que tem como base a intimidação e abuso continuado de uma criança por parte de outra, sem possibilidades de se defender

Rodríguez, 2004

Mais uma vez, assumem especial destaque as questões relacionadas com dominação e desequilíbrio de poder sobre o outro.

Carvalhosa, Lima e Matos (2001), referem a existência de dificuldades em se encontrar um consenso no que diz respeito à operacionalização do conceito de *bullying*, uma vez que os comportamentos agressivos enquadráveis neste fenómeno variam segundo os diferentes autores; enquanto alguns consideram apenas a violência física, outros consideram a violência

física, verbal e psicológica, sendo em menor número, aqueles que mencionam também a violência sexual.

De acordo com a APAV¹⁰³, este tipo de violência consiste em dirigir a alguém, sem motivação evidente, comportamentos intencionais e repetidos que infligem intencionalmente prejuízos ou desconforto, através de agressões físicas ou verbais, ameaças ou violência psicológica, que podem incluir provocações, insultos, violência física ou exclusão social. Um/a *bullie* ou agressor/a pode atuar sozinho ou em grupo.

Nem sempre é fácil identificar vítimas e agressores/as neste tipo de violência pelo que, por vezes, pode ser difícil distinguir violência entre pares e *bullying*.

Este é um fenómeno muito presente nas escolas, provavelmente desde sempre, mas que, fruto da maior visibilidade adquirida nos últimos anos e do melhor conhecimento dos seus efeitos no desenvolvimento e na saúde mental das vítimas, passou a merecer atenção mais detalhada por parte dos investigadores e dos profissionais da educação e da saúde.

Outro conceito associado ao *bullying* é o de **cyberbullying**, uma prática que envolve o uso de [tecnologias de informação](#) e comunicação para dar apoio a comportamentos deliberados, repetidos e [hostis](#) praticados por um indivíduo ou grupo com a intenção de prejudicar outrem. Existe *cyberbullying* quando uma criança, ou um jovem, é atormentado/a, ameaçado/a, assediado/a, humilhado/a ou envergonhado/a por parte de outra criança ou jovem, usando, para o efeito, a Internet, os telemóveis e outras tecnologias interativas digitais.

O anonimato, a não perceção direta e imediata do dano causado bem como o envolvimento em papéis imaginários nas redes sociais, tornam este fenómeno um grave problema.

Por seu turno, alguns autores também descrevem outras especificidades deste tipo de violência como o *bullying* homofóbico/transfóbico, essencialmente como comportamento abusivo baseado na perceção da orientação sexual ou da identidade de género.

Neste caso, as agressões, perseguições ou ameaças, são na sua génese motivadas pelo preconceito em relação à orientação sexual ou identidade de

género da vítima (seja essa pessoa homossexual, heterossexual, bissexual, transsexual ou intersexos).

A proibição de discriminação com fundamento na orientação sexual encontra enquadramento constitucional no n.º 2 do Artigo 13º da Constituição da República Portuguesa (Lei Constitucional n.º 1/2004, de 24 de julho).

A nível legal, o art. 240º do Código Penal Português criminaliza, desde 2013, qualquer tipo de «Discriminação Racial, religiosa e sexual». No caso da homofobia, esta pode ser igualmente enquadrada do ponto de vista jurídico noutros tipos de crimes, como por exemplo, homicídio, agressão e ofensa à integridade física qualificada, enquanto circunstâncias agravantes.

No entanto, tratando-se de crianças, o assento legal de qualquer tipo de crimes segue a Lei nº 166/99, de 14 de setembro – Lei Tutelar Educativa.

De acordo com o estudo “*Global School-based Health Survey*”¹⁰⁴, realizado pela Unicef, em 2006, entre 20 a 65% das crianças em idade escolar relataram ter sido vítimas de *bullying* verbal ou físico nos últimos 30 dias.

Tendo em vista minorar ou eliminar o problema, Rodríguez (2004), defende como fundamental que os adultos, as crianças e jovens tenham em conta o seguinte:

- A perseguição moral ou os maus-tratos psicológicos de uma criança a outras, embora se prolonguem no tempo, nem sempre produzem marcas visíveis a curto prazo, ao contrário do que acontece nas agressões físicas;
- Para pôr termo à violência nas escolas é importante distinguir um conflito sem implicações de maior importância entre colegas de um problema que possa dar origem a uma onda de violência;
- Nem tudo o que acontece dentro de um grupo é um assunto íntimo e privado entre colegas. Se existe um desequilíbrio de poder, uma questão de domínio entre um/a ou vários/as colegas e outro/os, é imprescindível a intervenção de um adulto.

¹⁰³ Disponível em URL <http://apavparajovens.pt/pt>. Acesso em 21/07/2014.

¹⁰⁴ Disponível em URL <http://www.who.int/chp/gshs/en/>. Acesso em 21/07/2014.

- Os adultos são os responsáveis por evitar que a intimidação entre colegas possa acontecer;
- Tanto a família como professores/as devem estar informados/as acerca das graves consequências da violência nas escolas, de que podem e devem intervir, e das medidas legais a que podem recorrer, tanto em nome da escola como em seu nome particular, para pôr fim ao *bullying*;
- A troca, as agressões ou os empurrões são formas de perseguição e intimidação que, quando se repetem contra uma mesma vítima com a intenção de a prejudicar, deixam de ser rituais inofensivos para se converterem em abusos de poder e em exercícios desenfreados de domínio sobre o outro;
- O *bullying* nunca é um facto isolado;
- As agressões físicas envolvem maior risco, mas não são menos prejudiciais que as agressões psíquicas, que levam a vítima a perder o amor-próprio e a capacidade de decidir por si mesma;
- O *bullying* não é uma perda momentânea de autodomínio;
- Os/as agressores/as não obedecem a um padrão definido: nem sempre são mais fortes fisicamente, nem mais corpulentos/as ou seguros/as de si; as vítimas também não têm sempre uma aparência frágil ou insegura - Ficar preso/a a estes estereótipos é não ver o que pode estar realmente a acontecer;
- O *bullying* nem sempre tem lugar entre crianças/ jovens que não são amigos;
- A cooperação da família e escola é a forma mais adequada de crianças e jovens vencerem o círculo da violência.

Indicadores de Detecção no Bullying

Existem muitos sinais de que uma criança é vítima de *bullying*. Apesar do mal-estar associado, as vítimas costumam ser hábeis a disfarçá-los, pelo que, muitas vezes, as famílias só se apercebem do problema muito mais tarde, quando já há alterações muito visíveis. As crianças pequenas podem apresentar alterações de humor, perturbações do sono (pesadelos ou terrores noturnos), comportamentos regressivos, enurese, retraimento social, medos inexplicáveis, violência, comportamento de

oposição, agressões aos irmãos, entre outros.

Também podem surgir alterações no rendimento escolar, mentiras, queixas somáticas, comportamentos delinquentes. Nos pré-adolescentes e adolescentes, podem surgir, ainda, comportamentos agressivos em casa e com os pares, comportamentos autoagressivos, delinquência ou perturbações alimentares.

Existem, assim, alguns sinais importantes a serem observados e que podem indiciar a existência de *bullying* (Rodríguez, 2004):

- Presença de hematomas ou feridas;
- Aparecimento em casa com a roupa danificada ou rota;
- Queixas de roubo dos seus pertences ou alusão a “perder” alguma coisa;
- Isolamento em relação aos pares;
- Alterações de humor sem causa aparente;
- Evitamento em sair sozinho/a de casa, recusa da frequência de atividades que antes apreciava;
- Sinais de angústia ao falar da escola, quebra no rendimento académico ou dificuldades de concentração;
- Alterações nos hábitos alimentares e de sono;
- Perda de interesse pelo desporto, passatempos habituais e outras atividades de lazer;
- Negligência e desinteresse em relação ao próprio aspeto;
- Alterações acentuadas de comportamento.

Características nos Agressores ou Bullies

Ramírez (2001) descreve como principais características nos agressores deste tipo de violência, os seguintes:

- Terem idade superior à média de idades do grupo - é frequente terem repetido algum ano escolar;
- Serem rapazes, embora esta constatação possa estar associada ao tipo de agressão, uma vez que estes costumam adotar mais a violência física (mais detetável), ao passo que as raparigas exercem mais a violência verbal;

- Geralmente, o rendimento escolar é baixo, com desinteresse em relação à escola e ao rendimento académico;
- Demonstram um elevado nível de agressividade e de ansiedade;
- Manifestam uma elevada falta de assertividade, o que se traduz, por vezes, em atitude de desafio e oposição;
- Nas suas relações sociais, o autocontrolo é escasso, podendo dar lugar a manifestações de conduta agressiva e de indisciplina;
- O clima sociofamiliar é caracterizado pelo elevado grau de autonomia, desorganização familiar e simultaneamente, dificuldade no controlo de impulsos nos seus membros. Na vivência das relações familiares persiste um certo grau de conflito.

Características nas Vítimas

O mesmo autor, salienta as seguintes características de vitimização:

- Geralmente, a idade das vítimas é mais baixa que a idade dos *bullies*;
- A maior parte das vítimas são rapazes, com algum *handicap* relativo à aparência física;
- Mostram pouca assertividade, associada a um elevado nível de timidez e de ansiedade, o que se traduz em retraimento social e isolamento;
- Revelam baixos índices de extroversão e sinceridade nas escalas de avaliação aplicadas;
- O nível de autoestima é moderado e inferior ao dos *bullies*;
- Apresentam pontuação média na escala de autocontrolo, em contraste com os *bullies*, que têm pontuação baixa;
- Relativamente ao clima sociofamiliar, as relações familiares são um pouco melhores que a dos *bullies*, mas não chegam a ser “boas”. Costumam ser crianças superprotegidas, com pouca independência e com perceção de excessivo controlo familiar.

Consequências do Bullying

- Perturbações psicológicas;
- Insucesso escolar;
- Absentismo escolar;
- Dificuldades em estabelecer relacionamentos;
- Dificuldades na tomada de decisão académica/profissional;
- Homicídio e suicídio, nos casos mais graves.

Alunos envolvidos no processo de *bullying* encontram-se em risco significativo de experienciar um amplo espectro de sintomas psicossomáticos, fugas de casa, abuso de álcool e substâncias, absentismo escolar e, acima de tudo, lesões autoinfligidas, acidentais ou perpetradas por outros, consequências que se estendem muitas vezes até à fase adulta. Existe também evidência de uma associação significativa entre comportamento de *bullying* na infância e morbilidade psiquiátrica posterior (op cit.).

Estratégias de Prevenção e Intervenção

A literatura científica sugere que as intervenções preventivas dirigidas ao *bullying* devem incluir campanhas de consciencialização de toda a comunidade, sobre a sua natureza e impacte. Os esforços devem também ser realizados no sentido de aumentar o envolvimento emocional e organizacional da escola, promovendo a sensibilidade e o respeito pela diversidade a par da própria proibição do *bullying*¹⁰⁵.

Os incidentes devem ser relatados a quem lidera as instituições, que deve garantir uma resposta consistente e organizada, incluindo apoio à vítima e aconselhamento e/ou acompanhamento para o/a agressor/a, sensibilizando-o/a para os danos causados¹⁰⁶. A articulação com os serviços de saúde é indispensável, de modo a minorar as consequências físicas e emocionais do mau trato, assim como o do/a perpetrador/a, tendo em vista a reversão do padrão de comportamento e uma melhor compreensão do fenómeno, nomeadamente a nível individual e familiar.

A este propósito, sugere-se a consulta do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e do Programa Nacional de Saúde Escolar¹⁰⁷.

¹⁰⁵ Consultar Lei n.º 3/2008, de 18 de Janeiro sobre o Estatuto do Aluno dos Ensinos Básico e Secundário, disponível em URL http://legislacao.min-edu.pt/np4/np3content/2newsId=1570&fileName=lei_3_2008.pdf

¹⁰⁶ Consultar a Lei n.º 166/99, de 14 de Setembro – Lei Tutelar Educativa, disponível em URL http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/lei_tutelar_educativa.pdf

¹⁰⁷ Disponíveis em URL <http://www.dgs.pt/2cr=24430> e <http://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-saude-escolar-2014-em-discussao-publica.aspx>

2.8.3. GROOMING

Num mundo cada vez mais tecnológico e global, os benefícios das tecnologias de informação e comunicação podem representar riscos, nomeadamente para os mais jovens, cujo acesso facilitado a estes canais é muitas vezes marcado pela falta de supervisão do adulto. Nestas situações a internet é, muitas vezes, utilizada como um meio de vigilância e intrusão, marcada pela possibilidade de anonimato (Carvalho, 2011).

Em 2010, o estudo *Health Behaviour in School-aged Children*, promovido pela OMS (HBSC/OMS) e liderado em Portugal pela equipa do Projeto Aventura Social, mostrou que 98.6% dos adolescentes portugueses com 11, 13 e 15 anos têm pelo menos um computador em casa e 92.9% tem acesso à internet (Matos et al., 2010). Na mesma linha, um estudo europeu numa amostra de 25142 jovens entre os 9 e os 16 anos de idade concluiu que 53% dos adolescentes portugueses utilizam diariamente a internet e que 67% acedem à internet através dos computadores portáteis pessoais (Haddon, Livingstone & EU Kids Online, 2012).

Em muitos casos, e dado o acesso facilitado a estes meios, ocorrem fenómenos de aliciamento sexual de crianças e jovens através das redes sociais e das salas de conversação *online*, designado por alguns autores como ***grooming***, um tipo particular de maus tratos infantis.

O uso do termo “aliciamento” sugere uma linha de comportamento que tende a evoluir ao longo de um período de tempo, enquanto o/a agressor/a ganha subtilmente a confiança da sua vítima menor.

Grooming

Aliciamento de uma criança ou jovem exercido por um adulto através do recurso às novas tecnologias, com o objectivo de estabelecer relacionamento e controlo emocional cada vez mais próximos. Visando obter algum tipo de contacto sexual direto.

Van Dan, 2001; cit. in Fernández, 2011

Nos dias de hoje, há evidência de que o tempo que decorre entre o envolvimento inicial com uma criança e a experiência abusiva é geralmente mais

curto. Um ponto fulcral deste tipo de violência é que os/as agressores/as focam-se em procurar contactos cada vez mais rápidos em detrimento de estabelecer relações baseadas na confiança com a vítima. Uma característica comum neste tipo de violência diz respeito ao pequeno dispêndio de tempo relativamente ao número de potenciais vítimas (CEOP, 2013).

Segundo alguns autores, a falta ou insuficiente da proteção familiar, parece constituir um fator fulcral para que, nestas idades, os indivíduos se tornem mais suscetíveis ao *grooming*. Em diversos estudos, a escassa coesão e as disfuncionalidades familiares surgem associadas a muitos casos de abuso através deste tipo de violência.

Se, por um lado, existe a ideia de que, nestas idades, a maior vulnerabilidade se deve principalmente à ingenuidade inerente à própria imaturidade, haverá que ter em conta igualmente o facto de que, à medida que crescem e ganham mais experiência na utilização das tecnologias, as crianças e jovens, particularmente estes últimos, envolvem-se mais em formas de comunicação interativa *online*, cada vez mais complexas e sofisticadas.

Além disso, com o avançar da idade, a maior exposição ao risco advém igualmente do desejo crescente que manifestam em adquirir aprendizagens sobre afeto e sexualidade vividas no contexto de relacionamentos íntimos, facto que não se verificava antes com tanta intensidade ou visibilidade.

Diversos tipos de **fatores de risco** podem contribuir para uma maior exposição e vulnerabilidade ao *grooming*:

- Fatores individuais como, por exemplo, baixa autoestima, perceção de se encontrar numa fase má da vida ou sentimento de solidão;
- Fatores relacionados com a família, tais como períodos de ausência prolongada, comunicação familiar escassa, disfuncionalidade, processos complicados de disrupção parental e de reconstrução familiar, ausência de abordagem ao tema da segurança *online*;
- Fatores relacionados com os amigos, incluindo carência de interações, conflitualidade e vitimização por *bullying*;

- Fatores relacionados com a escola, podendo haver insatisfação escolar, queixas de comportamento, stresse causado pela vida académica, escassa educação sobre o uso seguro das novas tecnologias;
- Fatores relacionados com o meio envolvente, que pode ser considerado desinteressante, aborrecido ou, mesmo, constituir sede de alguns problemas para o/a próprio/a.

Por outro lado, é possível identificar um conjunto de vários **fatores protetores** que impedem ou mitigam o impacto do fenómeno, designadamente:

- A nível individual, ter uma boa autoestima, sentir-se feliz e acompanhado, assim como possuir uma adequada educação sobre segurança online;
- No âmbito da família, haver adequada funcionalidade do próprio sistema familiar, proximidade da família alargada, vivências estruturantes, assim como confiança na família para solicitar apoio acerca de preocupações relacionadas com as novas tecnologias;
- No que respeita aos amigos, haver presença consistente e convívio com estes, não ser vítima de *bullying* e estar integrado/a em atividades de lazer e outras atividades extracurriculares;
- A nível escolar, o adequado envolvimento na instituição, assim como a abordagem ao tema da educação sexual e educação para a segurança na utilização das novas tecnologias;
- Quanto ao local de residência, ter uma rede comunitária de apoio e gostar do ambiente contribuem também para proteger do fenómeno.

Esta forma de mau trato baseia-se na utilização, por parte do/a agressor/a, de estratégias de comunicação com o objetivo último de chegar ao contacto presencial com a vítima, de molde a poder perpetrar o abuso sexual.

O/a agressor/a procura cultivar um relacionamento amigável com a criança ou jovem, podendo, em alguns casos, incluir nessa aproximação os próprios familiares, com o objetivo de induzir o sentimento de

confiança e segurança por parte da vítima.

Para tal, procura que esta lhe forneça máximo de informações pessoais, (idade, contactos, fotografias, localização do computador, datas relevantes, rotinas diárias sem vigilância parental, etc.), revela algumas atividades preferidas e gostos pessoais (desporto, cinema, leitura, alimentação, etc.), comenta o relacionamento mútuo (atitudes, sentimentos, continuidade, etc.) e elogia-a (acerca do seu aspeto, da postura, das informações pessoais compartilhadas, etc.).

Através desta forma de manipulação, estabelece maior cumplicidade com a vítima, preparando-a para uma abordagem ainda mais íntima, acentuando a conotação sexual das suas expectativas. Vai estimulando o diálogo de conotação sexual de forma cada vez mais acentuada (por exemplo, através do fornecimento de material pornográfico online), de forma a centrar a relação no tema mas, em simultâneo, desdramatizando a situação (por exemplo, justificando-a como uma prova de amor ou experiência de aprendizagem, enquanto treino para o estabelecimento de relações na vida futura).

Uma vez atingido um grau de cumplicidade, confiança e dependência considerado suficiente pelo/a abusador/a, é finalmente tentado o contacto pessoal com a vítima, de uma forma explícita, tendo em vista o encontro sexual.

Uma vez concretizado o encontro e perpetrado o abuso, o/a agressor/a tenta coagir a vítima ao silêncio, através de ameaças e chantagem, ou tentando convencê-la de que, se revelar a situação, ninguém acreditará no relato e irá causar conflitos graves.

As vítimas de *grooming* podem apresentar sintomas e sinais que, embora não sendo específicos, é comum serem encontrados em crianças e jovens nestas circunstâncias: ansiedade, depressão, perturbações do sono, baixa da autoestima, sentimento de vergonha, tendência ao isolamento, etc.

No que respeita à possibilidade de uma criança ou jovem ser vítima de *grooming*, Ybarra & Mitchell apresentaram, em 2007, uma lista de comportamentos de risco elaborada por ordem decrescente de frequência, mas salvaguardando a ideia de ser possível que os menos frequentes correspondam aos que envolvem maior preocupação quando ocorrem (**Figura 12**).

FIGURA 12 - COMPORTAMENTOS DE RISCO DE OCORRÊNCIA DE GROOMING NA INTERNET

Colocar online posts com informação pessoal (56% jovens utilizadores)
Interagir, online, com pessoas desconhecidas (43%)
Incluir pessoas desconhecidas na “lista de amigos/as” (35%)
Usar a internet para fazer comentários grosseiros e obscenos acerca de outras pessoas (28%)
Enviar informação pessoal para desconhecidos/as, encontrados/as online (26%)
Fazer download de imagens obtidas em programas com pastas partilhadas (15%)
Visitar propositadamente sites pornográficos (13%)
Usar a internet para embaraçar ou atormentar pessoas com quem o/a jovem esteja zangado/a (5%)

Fonte: Ybarra & Mitchell (2007)

2.8.4. SEXTING

No seguimento da “era virtual” marcada pelo acesso facilitado a novas tecnologias de informação e comunicação, muitos dos contactos interpessoais passaram a realizar-se através destas vias.

Associado a este fenómeno, descrevem-se situações de **Sexting**, que consiste no seguinte:

Sexting

Envio de mensagens de conteúdo erótico e sexualmente explícito através de telemóvel, podendo conter textos, fotografias ou vídeos.

Mitchell et al., 2012

Rapidamente, esta prática passou a ter lugar com o uso de qualquer meio eletrónico através da internet, *webcams, smartphones, tablets*, etc. Trata-se de um fenómeno cada vez mais comum entre os/as jovens.

Tendo inicialmente intuítos recreativos, transforma-se, com grande frequência, num verdadeiro mecanismo de violência interpessoal, uma vez que pode tornar-se num instrumento de condicionamento e coação sexual, dada a facilidade de disseminação de tais mensagens e da consequente exposição pública da intimidade pessoal que assim permite.

Nesta perspetiva, o *sexting* pode ser entendido como uma forma possível de praticar *cyberbullying* e, como tal, deve merecer também a atenção preventiva por parte da Saúde (Mitchell et al., 2012).

2.8.5. SÍNDROMA DE ESTOCOLMO

O conceito de **Síndrome de Estocolmo**, criado pelo psicólogo e criminologista Nils Bejerot, teve origem num fenómeno ocorrido naquela cidade, em 1973, durante um assalto ao banco Kredibanken, seguido de sequestro. Durante seis dias, várias pessoas foram mantidas como reféns no interior da instituição. No decurso do convívio forçado que então se verificou entre sequestradores e reféns, estes acabaram por desenvolver uma relação de dependência confundindo-se com sentimentos de afeto e de cumplicidade com os sequestradores, chegando, inclusive, a defendê-los publicamente nos momentos subsequentes ao assalto.

Fenómeno semelhante foi descrito, também, a propósito do caso de Patricia Hearst, em 1974, nos EUA, que, depois libertada do sequestro ocorrido

também durante um assalto a um banco, veio a juntar-se aos seus raptos, vivendo e praticando atividades criminosas juntamente com eles.

Em situações deste tipo, através de um mecanismo inicial de defesa, temendo retaliações e violência, e sem que se apercebam disso, as vítimas podem tentar “cair nas boas graças” dos/as criminosos/as, acabando por identificarem-se emocionalmente com aqueles/as.

No contexto das relações interpessoais, nomeadamente em relações de intimidade, quando se verifica um grande desequilíbrio de poder e se instala o mau trato, o abuso, a coação, a ameaça ou a violência, o desejo de autoproteção (ou da proteção de outrem) por parte de quem é vítima, pode levar a que esta estabeleça vínculos e formas de comportamento face

ao/a perpetrador/a, do mesmo tipo do verificado nos casos anteriores¹⁰⁸.

Este fenómeno é designado por alguns autores como **Síndrome de Estocolmo Doméstico**

Não será alheio a este fenómeno o facto de, em diversas situações de separação por violência no contexto de relações de intimidade, serem as vítimas a tomar a iniciativa de reaproximação com o/a perpetrador/a.

2.8.6. MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

Algumas formas específicas de violência, respeitantes a práticas enquadradas em contextos culturais específicos, são resultante direta das desigualdades de género que continuam a marcar a vida de homens e mulheres em diferentes etnias e comunidades religiosas e, nessa medida, constituem verdadeiras formas de violência social, devendo nessa perspetiva serem igualmente encaradas.

A **Mutilação Genital Feminina (MGF)** é exemplo disso. De acordo com a OMS, este tipo de violência corresponde a:

Mutilação Genital Feminina (MGF)

Qualquer procedimento que envolva a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos da mulher, ou que provoque lesões nos mesmos por razões não médicas.

OMS, 1995; cit in OMS, 2009

Em Portugal, em determinadas áreas geográficas, onde existem, grupos étnicos oriundos de regiões em que a MGF é prática corrente, o fenómeno também se verifica. A verdadeira magnitude do problema é ainda desconhecida, mas não pode deixar de ser-lhe feita referência particular, dado o impacto que representa na vida das mulheres que dele são vítimas e a probabilidade de estes casos chegarem aos/às profissionais e aos serviços de saúde.

A este propósito, há que realçar o facto de estar em execução o **III Programa de Ação para a Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina** (2014-2017), criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2013, de 12 de dezembro, e integrado no âmbito do V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género (2014/ 2017).

Este tipo de prática, consubstancia a existência de crime face à Lei vigente – Artigo 144º do Código Penal – que considera ofensa grave à integridade física o ato praticado sobre o corpo ou a saúde de outra pessoa de forma a, “tirar ou afetar, de maneira grave, (...) a capacidade de fruição sexual”; sendo igualmente aplicável a atos praticados fora do território português. A MGF assume a natureza de crime público, não dependendo de queixa por parte da vítima. Dado tratar-se de uma violação grosseira dos direitos humanos, em particular o da igualdade e não discriminação com base no sexo, constitui-se como uma forma extrema de discriminação contra as mulheres.

Trata-se da expressão de uma forma de **Violência de Género**, ancorada em preceitos culturais e religiosos que preconizam o exercício de um controlo externo apertado sobre a sexualidade das mulheres. Sendo uma prática característica de algumas populações islâmicas, também ocorre noutras comunidades, nomeadamente católicas e seguidoras das religiões africanas tradicionais, assumindo-se como um ritual de iniciação ou de purificação das crianças do sexo feminino, destinando-se também à preservação da moralidade, castidade, pureza e virgindade das raparigas.

De acordo com dados da UNICEF (2013), a maior parte da população de mulheres atingida por estas práticas vive em África, mas também no Médio Oriente e na Ásia, chegando a atingir-se prevalências superiores a 90%, como é o caso da Somália, da Guiné ou do Egipto. Calcula-se que, em África, por ano, 3 milhões de raparigas sejam sujeitas a estas práticas.

Em vários países da Europa, devido aos movimentos migratórios crescentes, a MGF também é praticada entre comunidades oriundas daquelas regiões.

No Reino Unido, por exemplo, estimava-se que, em 2001, estariam a residir em Inglaterra e no País de Gales 66000 mulheres que haviam sido sujeitas a MGF

¹⁰⁸ Em 2006, teve grande repercussão mediática o caso de Natascha Kampusch, uma jovem de 18 anos desaparecida 8 anos antes e mantida em sequestro, cujos depoimentos posteriores foram reveladores de uma nítida vivência do Síndrome de Estocolmo.

e 23000 raparigas em risco de o serem; constatado o aumento da natalidade naquelas populações residentes, é expectável que tais números tenham aumentado até aos dias de hoje.

Em Portugal, local de destino de populações oriundas das regiões africanas referidas, nomeadamente da Guiné Bissau, não está ainda apurada a magnitude do problema, embora estejam a ser desenvolvidos mecanismos que venham a permiti-lo.

Neste domínio e no âmbito do SNS, é de realçar a existência de um formulário *online*, na Plataforma de Dados em Saúde (PDS), acessível a partir dos programas informáticos de apoio à atividade clínica, que permite o registo dos casos de MGF detetados, facultando dessa forma um melhor conhecimento do fenómeno em território português.

São praticados **quatro tipos diferentes de MGF**, conforme referido no quadro seguinte:

QUADRO 23 - TIPOS DE MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

TIPO I – CLITORIDECTOMIA
→ Remoção parcial ou total do clítoris
TIPO II – EXCISÃO
→ Remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios, com ou sem remoção dos grandes lábios
TIPO III – INFIBULAÇÃO
→ Estreitamento do orifício vaginal com a criação de uma membrana selante, cortando e apondo os pequenos e ou os grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris.
Tipo IV – Todas as outras intervenções danosas
→ Sobre os órgãos genitais femininos por motivos não clínicos, nomeadamente puncionar, picar, perfurar, praticar incisão, cortar, escarificar ou cauterizar.

Fonte: PDS¹⁰⁹

A MGF acarreta complicações a vários níveis para a saúde e o bem-estar das raparigas e mulheres que são vítimas destas práticas. Podem surgir complicações imediatas que se traduzem na ocorrência de dor e na possibilidade de haver hemorragia/choque hipovolémico, infeção/choque séptico, dificuldade de urinar/defecar, contaminação pelos utensílios usados (VIH, VHB, VHC) e, até, morte.

A longo prazo, todos os tipos de MGF, para além de complicações várias do foro uro-ginecológico e obstétrico e alterações da resposta sexual, podem também originar sequelas na esfera psicológica mais difíceis de identificar, como ansiedade, depressão, baixa autoestima ou sintomas de pós-estresse traumático (insónia, pesadelos, perda de apetite, perda ou ganho de peso excessivo, pânico, dificuldades de concentração e aprendizagem e/ou perda de memória). A gravidade da psicopatologia e das sequelas é maior em países onde este tipo de prática não é culturalmente aceite.

Há, pois a este nível, que desenvolver um trabalho concertado entre diferentes setores, de modo a concretizar estratégias preventivas que permitam abordar as diversas vertentes do fenómeno da MGF¹¹⁰. A nível da Saúde, a prevenção deste tipo de violência, tão lesivo da integridade física e psicológica das mulheres que dele são vítimas, necessita de ser desenvolvida mediante dois eixos que, embora diversos, se encontram intimamente ligados.

Por um lado, de molde a prevenir a replicação intergeracional do fenómeno, há que participar num trabalho coletivo, intersetorial, de envolvimento das famílias e da comunidade em que se sabe haver a prática da MGF.

Por outro lado, há que assegurar a avaliação do risco/perigo de ocorrência de tal prática junto de cada recém-nascido, criança ou jovem do sexo feminino, sinalizar casos e intervir, conforme os procedimentos preconizados em situações de maus tratos em crianças e jovens, de acordo com a Ação de Saúde para

¹⁰⁹ Disponível em URL <https://servicos.min-saude.pt/profissional/pds/>. Acesso em 21/07/2014

¹¹⁰ Está em execução o III Programa de Ação para a Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina 2014 -2017, que é parte integrante do V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género 2014 -2017 (V PNPCVDG).

Crianças e Jovens em Risco (**Despacho n.º 31292/2008, de 5 de dezembro**), utilizando para tal o **Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção – Maus Tratos em Crianças e Jovens**, editado em fevereiro de 2011¹¹¹.

Em sintonia com estes procedimentos, centrados nos cuidados personalizados de saúde, há igualmente que aquilatar da presença de casos de MGF junto das mulheres adultas pertencentes a populações de risco, com enfoque particular na intervenção junto das que se encontram em idade fértil, particularmente das que estão grávidas. A deteção e boa gestão dos casos sinalizados, para além da prestação direta

de cuidados às vítimas, podem contribuir também para que se interrompa a cadeia de transmissão intergeracional destas práticas.

A propósito do assunto, consultar os seguintes documentos:

→ **Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 005/2012**, de 6 de junho, sobre Mutilação Genital Feminina¹¹²;

→ Relatório da UNICEF, de 2013 - Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change¹¹³.

2.8.7. CASAMENTO FORÇADO

De acordo com a OMS, o casamento forçado tem sido frequentemente utilizado como forma de legitimar uma série de formas de violência contra as mulheres (Krug et al., 2002). Uma dessas formas, o casamento precoce de crianças e jovens do sexo feminino, tem sido prática recorrente e legalizada em muitos países no mundo. Trata-se de uma forma da violência sexual, uma vez que as crianças e jovens envolvidas encontram-se numa situação de incapacidade de dar o seu consentimento. A maior parte delas tem pouco ou nenhum conhecimento acerca da vida sexual antes do casamento. Muitas vezes temem-na, sendo o seu primeiro contato sexual frequentemente forçado.

Sendo uma tradição cultural enraizada em determinados países, nomeadamente Africanos e do Sul da Ásia (Paquistão e Índia), também ocorre noutras regiões do mundo.

Portugal não está isento de tais práticas — pressupõe-se que aconteça no seio de comunidades de etnia cigana ou oriundas de países asiáticos ou africanos.

Anível Nacional existe uma proposta de criminalização deste tipo de práticas ou de qualquer convivência

equivalente. Esta necessidade de ajustamento legal enquadra-se nas medidas preconizadas na Convenção para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica, conhecida por Convenção de Istambul. De acordo com a convenção, que entrou em vigor a 1 de agosto de 2014, os países signatários deverão “adotar medidas legislativas ou outras necessárias para assegurar a criminalização da conduta de quem intencionalmente forçar um adulto ou uma criança a contrair matrimónio”.

Em parecer entregue ao grupo de trabalho parlamentar sobre esta matéria, e de acordo com a disposição legal constante no art. 37º “Casamento Forçado” da *Convenção de Istambul*¹¹⁴, a Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG) defende a criminalização de casamento forçado entendido como “conduta de quem obrigue ou sujeite uma criança ou jovem, que não tenha idade núbil, a um determinado ato que, embora não em termos civis, se reconduz, na prática, a uma vivência considerada como casamento, de acordo com as convenções sociais da comunidade a que pertença”.

¹¹¹ Disponível em URL <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016079.pdf>.

¹¹² Disponível em URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i017165.pdf>

¹¹³ Disponível em URL: http://www.unicef.org/media/files/FGCM_Lo_res.pdf.

¹¹⁴ Disponível em URL <http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/convention-violence/convention/Convention%20210%20Portuguese.pdf>



II BOAS PRÁTICAS NA ATUAÇÃO DA SAÚDE

A violência interpessoal, nas suas diferentes formas, nomeadamente a violência doméstica, constitui, por si só, um verdadeiro problema de saúde pública. Para além da relevância social que hoje lhe é atribuída, outros critérios como magnitude, transcendência e vulnerabilidade permitem classificá-la dessa forma.

- » De facto, o fenómeno reveste-se de uma assinalável **magnitude**, visto apresentar grande dispersão geográfica, atravessar todas as classes sociais e acarretar uma elevada carga de morbilidade e de mortalidade entre as vítimas.
- » O problema, adquire elevada **transcendência** dado, por um lado, produzir impacte severo na vítima e no respetivo sistema familiar e, por outro, ter igualmente repercussões no próprio sistema socioeconómico.
- » Contudo, em termos de **vulnerabilidade**, não deixa de ser perceptível um elevado potencial de prevenção da violência, facto que coloca um grande desafio à sociedade e, em particular, aos serviços e aos profissionais de saúde, ao qual urge responder da forma mais efetiva possível.

Tal implica uma mudança fundamental na perspetiva de intervenção, até aqui assente no modelo centrado na reparação das lesões físicas e psicológicas originadas pelos comportamentos violentos.

Há, agora, que desenvolver formas de atuação que permitam, cada vez mais, intervir a montante das situações de perigo, no sentido da identificação, controlo e gestão do risco e, a jusante, de modo a evitar a recorrência dos atos violentos.

Neste padrão, e tomado em consideração o modelo ecológico de intervenção já referido, a tónica não pode deixar de ser colocada, também, na cooperação e na articulação funcional entre profissionais, equipas, serviços e instituições, dentro e fora do setor da Saúde, privilegiando o trabalho interdisciplinar na condução das situações.

É nestes pressupostos que se encontra elaborado o presente documento, que aborda as formas de intervenção dos profissionais e das equipas de saúde nas várias áreas da violência ao longo do ciclo da vida, em particular na da violência interpessoal.



1. PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

1.1. RESPONSABILIDADE DO SETOR DA SAÚDE

Em quase todos os países, é o setor da justiça que tem a responsabilidade de controlar os níveis de violência e apurar os danos infligidos às vítimas. Embora este trabalho por parte dos órgãos de justiça criminal seja indispensável, claramente não é suficiente quanto à prevenção da violência a nível global.

De facto a responsabilidade pela identificação, avaliação e prevenção da violência é da competência de múltiplos setores, conforme salientado antes. Enquanto a natureza das causas e consequências da violência demanda respostas coordenadas, sistemáticas e multidisciplinares, para as quais diversos ramos da sociedade têm contribuído, no campo da prevenção tal ainda não se afigura tão perceptível.

No caso particular da Saúde, no que respeita à sinalização da ocorrência de maus tratos, há que referir que nem todas as lesões físicas e psicológicas são identificadas como consequência de atos, omissões e contextos que consubstanciem violência – daí a necessidade de melhorar conhecimentos e competências técnicas na matéria por parte dos profissionais, incluindo o fortalecimento das capacidades de trabalho cooperativo.

Por outro lado, é também responsabilidade da Saúde informar o público acerca dos prejuízos que a

violência acarreta para a saúde dos indivíduos e das populações, assim como desenvolver estratégias que permitam erradicá-la¹¹⁵.

De acordo com krug et al., (2002), as estratégias de prevenção da violência devem seguir três linhas de intervenção diferentes, mas complementares:

- » Tomada de iniciativas cujo objetivo é **prevenir a violência antes que ela ocorra**, numa lógica de *prevenção primária*. Embora relativamente negligenciado, o elemento mais crítico, e prioritário, de uma abordagem preventiva é a capacidade para identificar as causas, em detrimento do foco nos sintomas visíveis.
- » Desenvolvimento de formas de abordagem cuja tónica esteja colocada nas **respostas imediatas a situações de violência**, tanto a nível dos cuidados de saúde primários como cuidados hospitalares, enquanto *prevenção secundária* do fenómeno.
- » Concretização de intervenções dirigidas à **reabilitação, reintegração, minimização do impacto do trauma, redução da eventual incapacidade associada à violência e evitação de recorrências** enquanto *prevenção terciária* da violência.

1.2. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

De acordo com a OMS (2010), em termos genéricos, as estratégias de prevenção da violência devem desenvolver-se nas áreas de atuação mencionadas

no **Quadro 24**, estabelecendo prioridades de acordo com as especificidades dos Estados, das diferentes populações e das conjunturas.

¹¹⁵ Em 2004, a Violence Prevention Alliance (VPA), uma rede de governos dos Estados-Membros da OMS, lançou a Campanha Global para a Prevenção da Violência, de forma a servir de apoio à implementação das orientações emanadas no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (RMVS), procurando sensibilizar para o problema, destacando o papel crucial que a saúde pública pode desempenhar na resolução das causas e consequências do fenómeno, em todos os níveis da sociedade, e estimulando o desenvolvimento de uma resposta internacional coordenada. Esta campanha foi lançada por várias organizações não-governamentais e de base comunitária, por agências privadas, internacionais e intergovernamentais. Disponível em URL <http://www.who.int/violenceprevention/en/>

QUADRO 24 - ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

1.	Desenvolvimento da segurança, estabilidade e reforço dos relacionamentos entre crianças e mães/pais/cuidadores/as - As intervenções destinadas a promover uma relação estimulante e securizante entre mães e pais ou cuidadores/as e crianças nos primeiros anos de vida ajudam a prevenir os maus tratos infantis e reduzir as situações de comportamentos agressivos.
2.	Desenvolvimento de competências para a vida em crianças e adolescentes - O desenvolvimento de programas de competências sociais, emocionais e comportamentais podem contribuir para prevenção da violência juvenil, quando em início de idade pré-escolar
3.	Redução da disponibilidade e do uso nocivo do álcool - A violência também pode ser prevenida mediante a redução do acesso ao álcool, com intervenções breves e tratamentos de longo prazo para alcoólicos/as crônicos/as e mediante a introdução de normas que regulem os estabelecimentos onde são servidas estas bebidas.
4.	Redução do acesso a armas de fogo, armas brancas e pesticidas – Dados, ainda incipientes, sugerem que limitar o acesso a armas de fogo e a pesticidas através de leis restritivas pode prevenir as lesões, os homicídios e os suicídios, reduzindo os custos que representam para a sociedade.
5.	Promoção da igualdade de género para a prevenção da violência contra as mulheres - As intervenções em escolas e comunidades orientadas para promover a igualdade de género, através do questionamento dos estereótipos e normas sociais e culturais em torno do poder e do controlo masculino sobre mulheres, previnem a violência de género.
6.	Mudança de normas sociais e culturais que defendam ou tolerem a violência - As normas sociais e culturais influenciam fortemente a formação do comportamento individual, inclusive no recurso à violência. Podem proteger contra a violência, mas também podem reforçá-la e potenciá-la. Por exemplo, a aceitação cultural da violência, seja como método normal de resolução de conflitos ou de educação de uma criança, é um fator de risco para qualquer tipo de violência interpessoal.
7.	Programas de deteção, de cuidados e de apoio – As intervenções que permitam identificar as vítimas da violência interpessoal e prestar apoio e cuidados eficazes são fundamentais para proteger a saúde e romper a transmissão da violência entre gerações.

Adaptado de: WHO & LSHTM (2010)

Especificamente no que se refere à violência intrafamiliar, Camargo et al. (2001) descrevem os seguintes compromissos e estratégias de prevenção, tendo em conta os vários níveis de intervenção:

Sociedade

- » Atuar na mudança de crenças, tabus e valores culturais que envolvam os papéis de género e relações de poder na família;
- » Afirmar novas conceções e novos modelos de poder;
- » Incentivar estratégias e atitudes de respeito e justiça na resolução de conflitos;
- » Incentivar o respeito e a legitimação de interesses divergentes como parte do processo democrático;
- » Incentivar o reconhecimento e a tolerância face às diferenças.

Comunidade

- » Promover a ilegitimidade institucional/social da violência.
- » Promover modelos de não-violência, meios e estratégias que previnam a vitimização.

- » Valorizar o papel ativo da comunidade na resolução não-violenta de conflitos.
- » Promover o empoderamento dos setores vulneráveis e a democratização das relações.
- » Estabelecer metas e valores coletivos a serem alcançados para a reversão da violência.
- » Promover a adoção e respeito à legislação internacional de direitos humanos.
- » Promover o acesso a serviços adequados e apoio institucional às vítimas de violência.
- » Garantir a punição dos/as perpetradores/as e apoio efetivo das vítimas.

Família/Indivíduo

- » Promover novos padrões que favoreçam a quebra do ciclo da violência familiar.
- » Desenvolver competências para a resolução não-violenta de conflitos.
- » Estimular atitudes de flexibilidade e responsabilidade nas relações afetivas e familiares.
- » Promover a elevação da autoestima e empoderamento das vítimas.



Em Portugal, a Lei 112/2009, de 16 de setembro, estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e à assistência das

suas vítimas, assumindo a Saúde, neste âmbito, um conjunto de responsabilidades, a nível da prevenção primária, secundária e terciária (**Quadro 25**).

QUADRO 25 - ATRIBUIÇÕES DA SAÚDE NO CONTEXTO DA LEI N.º 112/2009, DE 16 DE SETEMBRO

Artigo 3.º: Desenvolver políticas de sensibilização nas áreas da educação, da informação, da saúde e do apoio social, dotando os poderes públicos de instrumentos adequados para atingir esses fins;

Garantir a prestação de cuidados de saúde adequados às vítimas de violência doméstica;

Artigo 6.º, n.º 2: O Estado assegura às vítimas especialmente vulneráveis a possibilidade de beneficiar de um tratamento específico, o mais adaptado possível à sua situação.

Artigo 12.º: O Estado, tendo em conta as necessidades de saúde, assegura as medidas adequadas com vista a garantir o acesso equitativo da vítima aos cuidados de saúde de qualidade apropriada.

Artigo 22.º - n.º 2: A vítima tem direito, sempre que possível, e de forma imediata, a dispor de adequado atendimento psicológico e psiquiátrico por parte de equipas multidisciplinares de profissionais habilitadas à despistagem e terapia dos efeitos associados ao crime de violência doméstica.

Artigo 49.º: O serviço Nacional de Saúde assegura a prestação de assistência direta à vítima por parte de técnicos especializados e promove a existência de gabinetes de atendimento e tratamento clínico com vista à prevenção do fenómeno da violência doméstica.

Artigo 50.º: A vítima está isenta do pagamento das taxas moderadoras no âmbito do Serviço Nacional de Saúde¹¹⁶.

Artigo 73.º: Mediante declaração emitida pelo centro de atendimento que providenciou a admissão, os serviços de saúde integrados do Serviço Nacional de Saúde situados na área da casa de abrigo designada providenciam toda a assistência necessária à vítima e seus filhos.

1.3. PAPEL DAS EQUIPAS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Os/as profissionais de saúde têm um papel essencial no desenvolvimento de atuações preventivas, de sensibilização e formação de outros/as profissionais,

assim como de educação para a saúde, a nível comunitário, conforme preconizado no quadro seguinte (**Quadro 26**):

QUADRO 26 - ATUAÇÕES PREVENTIVAS NO ÂMBITO DA SAÚDE

SENSIBILIZAÇÃO E FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS

- » Incluir na formação pré e pós-graduada de profissionais de saúde aspetos relacionados com a prevenção, deteção precoce e cuidados integrais a vítimas de violência. Deve ser dada especial ênfase à formação em competências relacionadas com a diversidade cultural e os distintos contextos de vulnerabilidade para situações de maus tratos.
- » Realizar reuniões de discussão clínica multi e interdisciplinares sobre casos reais que tenham sido alvo de intervenção no serviço.
- » Efetuar reuniões de trabalho com profissionais de outras instituições, em particular da ação social, justiça, educação e forças de segurança.
- » Divulgar estratégias de deteção, avaliação e atuação em casos de crianças e jovens que presenciem violência doméstica.

¹¹⁶ A vítima é dispensada do pagamento de taxas moderadoras no momento do episódio. A isenção de taxas carece de análise mais aprofundada devido à ambiguidade de interpretações em matéria legal, matéria a ser trabalhada conjuntamente com a ACSS.

CUIDADOS INTEGRAIS

- » Promover a informação sobre o tema da violência, através da colocação de material de divulgação e sensibilização em lugares visíveis, que abordem a violência enquanto objeto de intervenção pelos serviços de saúde onde pode ser procurado apoio.
- » Fomentar, através da relação profissional-utente, atitudes, valores e estratégias que favoreçam a autonomia e o exercício dos direitos pessoais, sexuais e sociais, promovendo a participação em atividades de grupo, dentro e fora do sistema de saúde, de forma a estimular o desenvolvimento psicossocial e a capacidade de autocuidado nos indivíduos.
- » Incluir nas atividades de educação para a saúde e nos grupos de preparação para o parto e parentalidade conteúdos de sensibilização e prevenção da violência de género.

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

- » Colaborar com instituições comunitárias na dinamização de *workshops*, seminários e colóquios, sensibilizando para as consequências da violência sobre a saúde e para o papel dos serviços de saúde nesta área.
- » Colaborar com as instituições educativas, em especial através das equipas de saúde escolar, de forma a sensibilizar para modelos pedagógicos e de relação eficazes enquanto forma de prevenção da violência

Adaptado de: Rodríguez et al., 2012

A nível da prestação direta de cuidados, as equipas de saúde têm também um papel específico a desempenhar, dado o nível de proximidade tido com os/as utentes e a possibilidade de assegurarem a

continuidade de cuidados. Adiante, descrevem-se as intervenções de acordo com as diferentes etapas do ciclo de vida (**Quadro 27**).

QUADRO 27 - PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA AO LONGO DO CICLO DE VIDA

Infância e Adolescência

- Incentivar o casal parental a acompanhar a gravidez e o pós-parto de forma a estreitar o vínculo com bebé.
- Incentivar o casal parental na participação nos cuidados ao bebé de forma partilhada.
- Facilitar o acesso a serviços de educação e de apoio.
- Prestar informação a pais, mães, cuidadores/as e comunidade sobre as necessidades das crianças e adolescentes, esclarecendo sobre os seus direitos e as estratégias para a sua proteção.
- Favorecer a vinculação das famílias com a rede de apoio da comunidade (associações, grupos, etc.).
- Contribuir para o fortalecimento dos laços entre o/a adolescente e a família e amigos.
- Organizar grupos de debate com profissionais de outras áreas envolvidas.
- Identificar casos de mal-estar emocional agudo ou crónico desde a vigilância de gravidez e encaminhar para serviços de apoio.
- Identificar nas famílias fatores de risco, nomeadamente no período pré e perinatal.
- Desenvolver programas de visita domiciliária e grupos de autoajuda para famílias com fatores de risco.
- Atuar na deteção, avaliação, acompanhamento e referenciação de casos de violência contra crianças e jovens, através de uma abordagem preventiva.



Relações de Intimidade¹¹⁷

Sensibilizar, apoiar e responsabilizar homens e mulheres pelo seu comportamento e papel na família.

Promover o reconhecimento social de modelos mais flexíveis de masculinidade e paternidade, fator importante na construção de relações afetivas e familiares mais saudáveis e igualitárias.

Promover a organização de grupos de mulheres ou de homens com a finalidade de trabalhar as questões de gênero, poder, violência, fortalecimento da autonomia e formas alternativas de resolução de conflitos.

Facilitar o acesso a redes de apoio social (emprego, bairro, etc.), procurando a sua inclusão e promoção da cidadania.

Apoiar mulheres e homens no reconhecimento do problema da violência, propiciando espaços de escuta individual e coletiva nas unidades de saúde;

Atuar na detecção, avaliação, acompanhamento e referenciação de casos de violência contra mulheres, através de uma abordagem preventiva.

Identificar situações de risco, estimulando mulheres e homens a procurar atendimento individual ou apoio em grupos de reflexão.

Pessoas Idosas¹¹⁸

Promover o acesso das pessoas idosas a uma vida social ativa, mediante formas de convívio e expressão, em centros comunitários, clubes de convivência, associações culturais, de lazer e desportivas, valorizando a transmissão das suas experiências e histórias de vida aos mais novos.

Promover a participação em cursos de formação ou universidade da terceira idade e outras formas de estímulo ao desenvolvimento pessoal.

Referenciar as pessoas idosas para programas comunitários de apoio social - o estímulo à integração em ações comunitárias pode reduzir o custo social provocado pela sobreutilização dos serviços de saúde.

Atuar na detecção, avaliação, acompanhamento e referenciação de casos de violência contra pessoas idosas, através de uma abordagem preventiva.

Pessoas Portadoras de Deficiência ou Incapacidade

Sensibilizar a família para a necessidade destas pessoas, como quaisquer outras, saírem de casa, darem passeios ao ar livre, beneficiarem de cuidados com a alimentação e com o corpo e, sobretudo, sentirem-se amadas e apoiadas.

Estimular a família a incluir a pessoa portadora de deficiência física ou mental nas atividades quotidianas e de lazer, dado que a interação com amigos e familiares facilita a sua aceitação e posterior integração em outros grupos.

Orientar os/as familiares quanto às possibilidades de adaptar o ambiente de modo a facilitar a mobilidade do/a portador/a de deficiência dentro e fora de casa, favorecendo o convívio familiar e comunitário.

Sensibilizar as famílias para o tipo de incapacidade ou deficiência, demonstrando que a rejeição e incompreensão podem desencadear agressividade e sofrimento.

Sensibilizar a família para a necessidade de ensinar a discriminar entre situações de sedução e violência, recomendando, em todo o caso, que crianças ou adolescentes portadores de deficiência não sejam deixados/as a sós com estranhos.

Orientar os/as cuidadores/as para não adotarem métodos disciplinares muito severos que promovam o medo pela ameaça ou coação (por exemplo, colocar no escuro ou amarrar) - sejam ou não portadores de deficiências.

Estimular os familiares a agir com tranquilidade e firmeza através do recurso a ordens simples e precisas.

Recomendar aos familiares que não façam comentários sobre determinados factos que possam causar constrangimento, tais como urinar na roupa ou na cama, babar, e para que evitem usar expressões ofensivas.

Orientar os familiares para a compreensão da situação clínica da pessoa portadora de deficiência e ou incapacidade (ex. quadros demenciais), evitando fatores que possam desenvolver ansiedade.

Estimular os familiares a pedir ajuda a vizinhos/as e amigos/as, quando necessário.

Identificar e encaminhar situações que exijam a integração em unidades de saúde ou mesmo em centros de reabilitação, visando a estimulação neuromotora, apoio médico, de fisioterapia, psicológico ou social.

Atuar na detecção, avaliação, acompanhamento e referenciação de casos de violência contra pessoas portadoras de deficiência ou incapacidade, abordando de forma preventiva situações de violência.

Ter em atenção que as pessoas portadoras de deficiência ou incapacidade que são vítimas de violência podem, muitas vezes, ter dificuldade, ou estar impossibilitadas, de solicitar ajuda, pelas suas limitações motoras, mentais ou sensoriais.

Adaptado de: Camargo et al., 2001.

117 Para aprofundamento desta temática e enquanto boa prática no setor da saúde, sugere-se a consulta do Manual SARAR - Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar: Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar / entre parceiros íntimos, de Redondo et. al. (2012), disponível em URL <http://material.violencia.online.pt/CONTEUDOS/SARAR/Manual%20SARAR%20site.pdf>

118 Para aprofundamento sobre esta temática em mulheres idosas, sugere-se a consulta do referencial Breakingthetaboo 2. Violência contra mulheres idosas no contexto das famílias: reconhecer e agir, de Perista & Silva (Eds.) (2011), disponível em URL http://www.cesis.org/admin/modulo_news/ficheiros_noticias/20130308145517-1manual_de_formaao.pdf

2. MODELOS ORGANIZATIVOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1. AÇÃO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

Em 2008, o Ministério da Saúde estruturou um modelo de resposta mais específico no âmbito da prevenção dos Maus Tratos em Crianças e Jovens, através da constituição da Rede Nacional de Núcleos de Apoio à Crianças e Jovens em Risco, segundo o Despacho 31292/2008, de 5 de dezembro, que criou a Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR)¹¹⁹.

A intervenção nesta área encontra-se referida detalhadamente no Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção/Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco-DGS-2011¹²⁰, motivo pelo qual não será pormenorizada neste referencial. Contudo, mencionam-se, de seguida, a Missão, Objetivos, Atribuições bem como instrumentos informáticos disponíveis de apoio a esta resposta específica no campo da Saúde.

Missão da ASCJR

Apoiar e orientar a intervenção da saúde nas crianças e jovens em risco, com vista a uma mais efetiva prevenção do fenómeno dos maus tratos e a uma significativa melhoria da qualidade das respostas do SNS a esta problemática.

Objetivos da ASCJR

- » Promover os direitos das crianças e jovens, em particular a saúde, através da prevenção da ocorrência de maus tratos, da deteção precoce de contextos, fatores de risco e sinais de alarme, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e ou encaminhamento dos casos identificados.
- » Adequar os modelos organizativos dos serviços nesse sentido, incrementar a preparação técnica dos profissionais, concertar os mecanismos de resposta e promover a circulação atempada de informação pertinente.

A Rede Nacional de Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco é constituída pelos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e pelos Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR), que são **equipas pluridisciplinares que polarizam motivações e saberes sobre maus tratos em crianças e jovens, apoiando os profissionais da instituição nas intervenções neste domínio, constituindo uma interface na articulação e cooperação entre serviços e instituições.**

Assim, em cada área geográfica correspondente aos Centros de Saúde (Unidades Funcionais dos ACES) e Hospital com atendimento pediátrico deverá existir um NACJR/NHACJR.

Estrutura da ASCJR

A nível central a ASCJR é composta por uma **comissão de acompanhamento**, a nível central, sediada na DGS, a quem compete (**Figura 13**):

- » Assegurar, em articulação com as ARS, a monitorização e avaliação do processo de funcionamento dos NACJR/NHACJR, já existentes;
- » Criar, em articulação com as ARS, condições para que os recursos e os mecanismos de articulação perdurem no tempo e ganhem estatuto próprio na dinâmica das instituições;
- » Promover, em articulação com as estruturas diretivas dos ACES, dos hospitais, a criação de Núcleos nos centros de saúde e nos hospitais com atendimento em idade pediátrica onde não existam, e incrementar a qualidade do desempenho naqueles que estão em funcionamento;
- » Definir as linhas orientadoras da formação contínua das equipas que constituem os Núcleos e acompanhar o processo.

¹¹⁹ Disponível em URL: <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/legislacao-relacionada/despacho-n-312922008-de-5-de-dezembro.aspx>

¹²⁰ Disponível em URL: http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia_maus-tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx



Compete ainda:

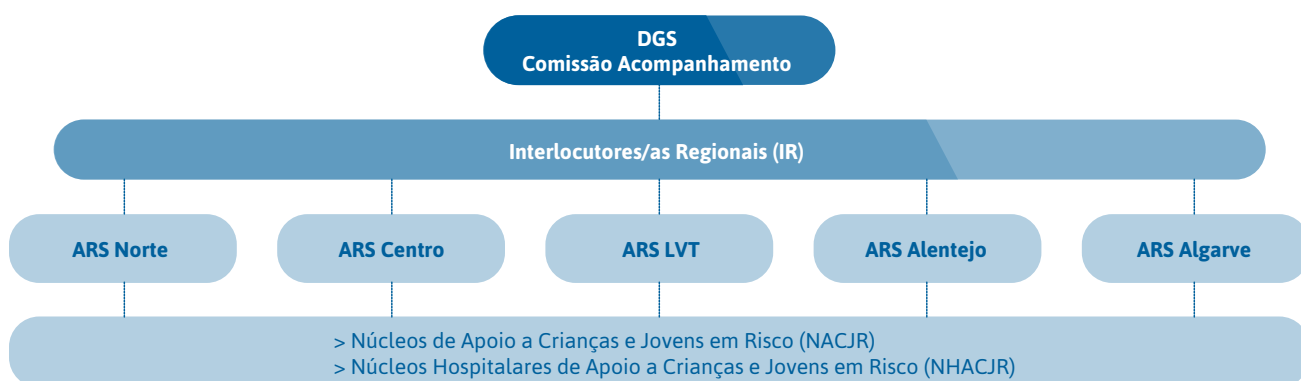
- » Definir e proceder à divulgação dos princípios da boa prática, através, nomeadamente, da difusão de documentação técnica e normativa adequada;
- » Dar continuidade à elaboração de protocolos de atuação a diferentes níveis e estruturas no âmbito do SNS;
- » Promover a criação de protocolos de atuação intersectoriais neste âmbito;
- » Garantir a interligação deste projeto com outros programas no âmbito do Plano Nacional de Saúde;
- » Promover, com o apoio da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), um plano para a implementação de uma aplicação informática de suporte da «Ação de Saúde para Crianças e Jovens em

Risco», baseada na estrutura e aplicações informáticas já existentes no Ministério da Saúde e geridas pela ACSS, que permita a recolha, tratamento, monitorização e avaliação dos dados essenciais;

- » Proceder à monitorização e avaliação periódica da «Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco».
- » Apresentar superiormente relatórios semestrais sobre o desenvolvimento do programa, em particular os elementos de caracterização epidemiológica do fenómeno dos maus tratos respeitantes à atividade desenvolvida pelos núcleos.

O acompanhamento da Ação a *nível regional* é realizado por um/a interlocutor/a regional designado/a em cada ARS, a quem compete assegurar a articulação a nível central, através da comissão de acompanhamento da DGS.

FIGURA 13 - ESTRUTURA DA ASCJR



Atribuições dos NACJR/NHACJR:

São atribuições dos Núcleos, entre outras:

- » Contribuir para a informação prestada à população e sensibilizar os profissionais do setor administrativo e técnico, dos diferentes serviços, para a problemática das crianças e jovens em risco.
- » Difundir informação de carácter legal, normativo e técnico sobre o assunto.
- » Incrementar a formação e preparação dos profissionais, na matéria.
- » Coletar e organizar a informação casuística sobre as situações de maus tratos em crianças e jovens na área de intervenção do Núcleo.

- » Prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos.
- » Gerir, a título excecional, as situações que transcendam as capacidades de intervenção dos outros profissionais ou equipas da instituição e que, pelas características que apresentam, podem ser, ainda, acompanhadas na instituição – nomeadamente as que envolvam matéria de perigo.
- » Cumprir o preceituado na Portaria n.º 965/2009, de 25 de agosto, Portaria Conjunta do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e do Ministério da Saúde, que estabelece a articulação entre as unidades de saúde e

os serviços da segurança social, nos termos do artigo 101º-D do Código do Registo Civil.

- » Fomentar o estabelecimento de mecanismos de cooperação com as diversas Unidades Funcionais dos ACES, Serviços Hospitalares e Unidades Locais de Saúde.
- » Estabelecer a colaboração com outros projetos e recursos comunitários, em particular no primeiro nível de intervenção, que contribuem para a prevenção e acompanhamento das situações de crianças e jovens em risco.
- » Assegurar a articulação funcional entre Núcleos (CSP e Hospitais) através, nomeadamente, da ação das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF), assim como a articulação com as CPCJ, o Ministério Público e os Tribunais, de acordo com os preceitos legais e normativos em vigor.

- » Aplicar as orientações técnicas sobre Maus Tratos em Crianças e Jovens – Intervenção da Saúde, em particular o Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção.

Avaliação do Risco Familiar nos Sistemas Informáticos de Apoio à Prática Clínica

Dado o impacto da violência familiar na saúde da criança e do jovem, este fenómeno passou a integrar um dos parâmetros a avaliar no âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), podendo, atualmente, o seu registo ser efetuado nos sistemas informáticos de apoio à prática clínica no âmbito dos cuidados de saúde primários (ex. SAM/SAPE). Desta forma, todas as situações de violência doméstica entre adultos com crianças no agregado familiar deverão ser registadas no separador denominado **Avaliação do Risco Familiar**, que consta no módulo informático de apoio ao PNSIJ, bem como todas as situações encaminhadas para o NACJR/NHACJR para fins casuísticos ou, pontualmente, para intervenção.

2.2. AÇÃO DE SAÚDE SOBRE GÉNERO, VIOLÊNCIA E CICLO DE VIDA

No âmbito do Ministério da Saúde, em particular no do SNS, com a finalidade de se obterem respostas ao fenómeno da violência interpessoal ao longo do ciclo da vida cada vez mais concertadas, articuladas e eficientes, foi criada a Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV), através do Despacho n.º 6378/2013, de 16 de maio¹²¹.

A partir da experiência colhida e da avaliação do modelo de intervenção em uso no domínio da ASCJR, com base naquele e no âmbito do citado Despacho, procedeu-se à construção da rede de **Equipas de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA)**, através da expansão do âmbito de intervenção, alargamento das competências e enriquecimento das equipas interdisciplinares já no terreno, ou da constituição de novas equipas. Esta Ação vem assim responder à lacuna a nível de uma resposta integrada do SNS no âmbito da intervenção em adultos, muito embora as situações já fossem, de alguma forma, apoiadas

por serviços que entretanto se especializaram neste domínio ou pelos próprios NACJR/NHACJR, nomeadamente quando os maus tratos a crianças e jovens se revestissem da forma de violência vicariante, num contexto de violência doméstica.

Missão da ASGVCV

Apoiar e orientar a intervenção da Saúde no domínio da prevenção da violência ao longo do ciclo da vida, em particular a violência interpessoal. A ASGVCV privilegia formas de intervenção integrada que assentem na colaboração e articulação entre serviços e entre profissionais com responsabilidade na prevenção do fenómeno, em particular os prestadores de cuidados diretos à população.

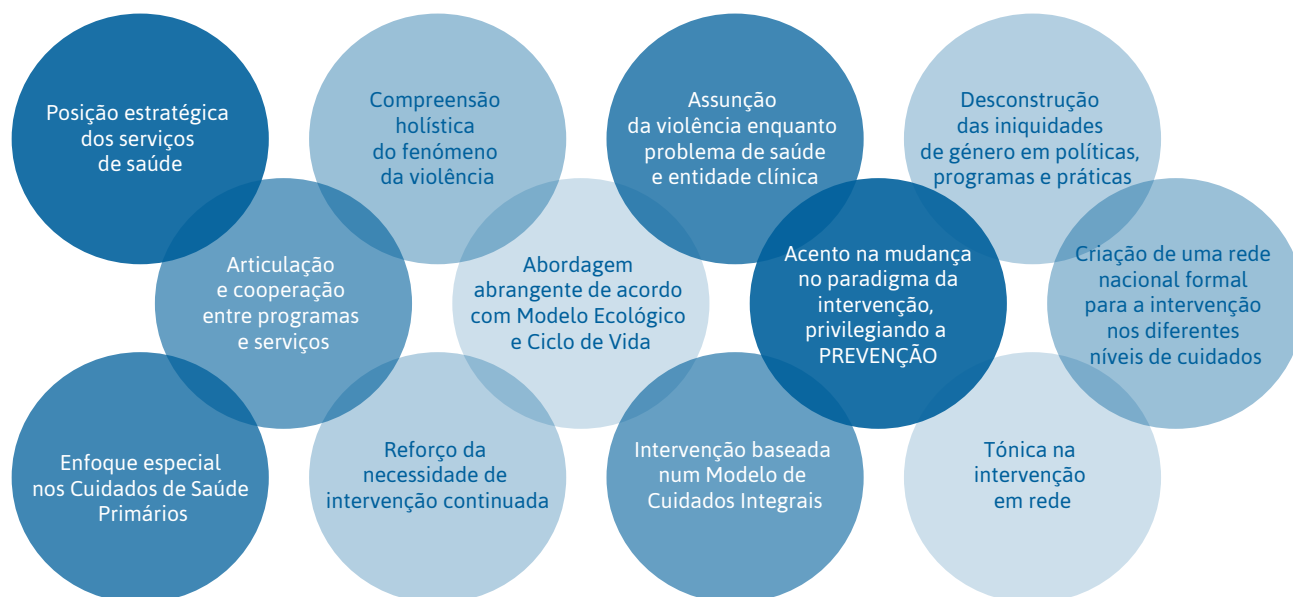
Princípios Norteadores da ASGVCV

Os princípios norteadores da ASGVCV encontram-se especificados na figura seguinte (**Figura 14**).

¹²¹ Consultar URL em <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/legislacao-relacionada/despacho-n-63782008-de-16-de-maio-pdf.aspx>



FIGURA 14 - PRINCÍPIOS NORTEADORES DA ASGVCV



Objetivos da ASGVCV

- » Promover a igualdade e, em particular, a equidade em saúde, independentemente do sexo, idade, condição de saúde, orientação sexual, etnia, religião e condição socioeconómica.
- » Prevenir a violência interpessoal, nomeadamente a violência doméstica, o *stalking*, a violência no namoro, a violência contra pessoas idosas, a violência vicariante, e o tráfico de seres humanos.
- » Fomentar a articulação funcional da ASCJR com a intervenção no domínio da violência em adultos, promovendo uma intervenção integrada.

Nesse sentido, foram criadas as Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), que operacionalizam a ASGVCV, sem prejuízo da identidade e da autonomia funcional dos Núcleos da ASCJR. As EPVA detêm autonomia técnica e funcional análoga à que se encontra atribuída aos Núcleos da ASCJR e podem estar inseridas na estrutura orgânica dos ACES à semelhança daqueles¹²².

Estrutura da ASGVCV

À semelhança da ASCJR, a coordenação da ASGVCV, a nível nacional, é realizada através de um **grupo de acompanhamento**, designado pelo referido Despacho, a funcionar na dependência da DGS, a quem compete:

- » Criar, em articulação com as ARS, as condições

necessárias para que os recursos e os mecanismos de articulação funcional no domínio da prevenção da violência interpessoal perdurem no tempo e adquiram estatuto e dinâmica própria no funcionamento das instituições de saúde;

- » Assegurar, em articulação com as ARS, o processo de criação das EPVA, assim como a monitorização e a avaliação da atividade das mesmas;
- » Definir as linhas orientadoras da formação dos profissionais em matéria de violência interpessoal e produzir referenciais técnicos orientadores da intervenção;
- » Garantir a articulação da ASGVCV com todos os planos, programas projetos e ações em curso no âmbito dos serviços de saúde;
- » Assegurar a colaboração da ASGVCV com outros setores com competências no domínio da violência interpessoal;
- » Proceder à monitorização e avaliação continuada da ASGVCV, com apresentação de relatório anual;
- » Organizar e difundir informação de carácter estatístico e epidemiológico sobre as diversas formas de violência;
- » Orientar, em colaboração com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, a

¹²² Consultar doc. Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco e Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, Disponível em URL: <http://www.dgs.pt/em-destaque/nucleos-de-apoio-a-criancas-e-jovens-em-risco-pdf.aspx>

adaptação dos sistemas informáticos de apoio à prática clínica no Serviço Nacional de Saúde a esta temática, nomeadamente o Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE);

- » Dar continuidade às boas práticas existentes e fomentar a elaboração de novos protocolos de atuação a diferentes níveis e estruturas no âmbito do SNS.

Este grupo de acompanhamento é apoiado por um painel de **Consultores** de diferentes áreas, designado com a finalidade de fornecer contributos de forma

a enriquecer técnica e cientificamente a Ação e respetivos referenciais, numa lógica integradora.

A operacionalização e acompanhamento da Ação a nível regional em cada ARS, IP são realizados pelas/os **interlocutoras/es regionais** (IR), em articulação com o grupo de acompanhamento nacional (**Figura 15**).

Localmente, a operacionalização da Ação é realizada pelas EPVA, constituídas com base nos NACJR/NH123², com os quais passam a partilhar alguns elementos e cujas atribuições se descrevem no ponto seguinte (**Figura 16**).

FIGURA 15 - ESTRUTURA DA ASGVCV

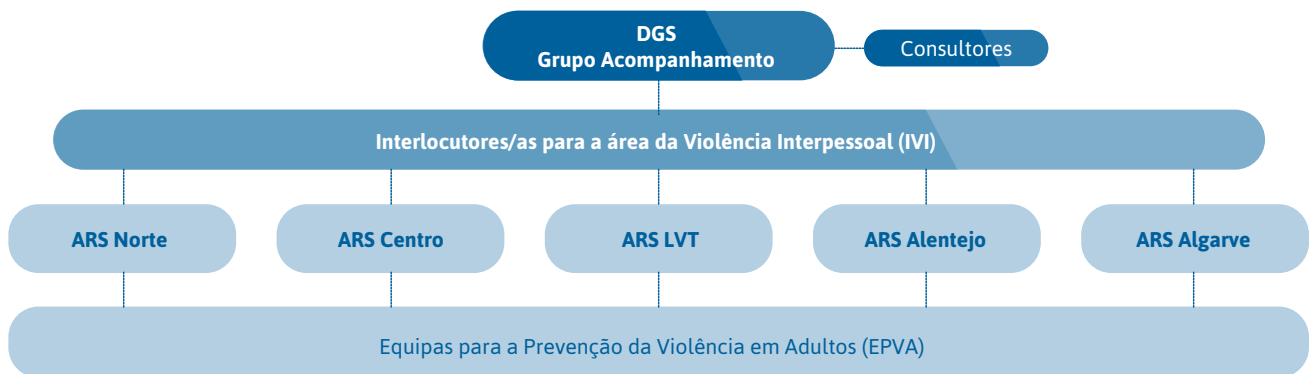
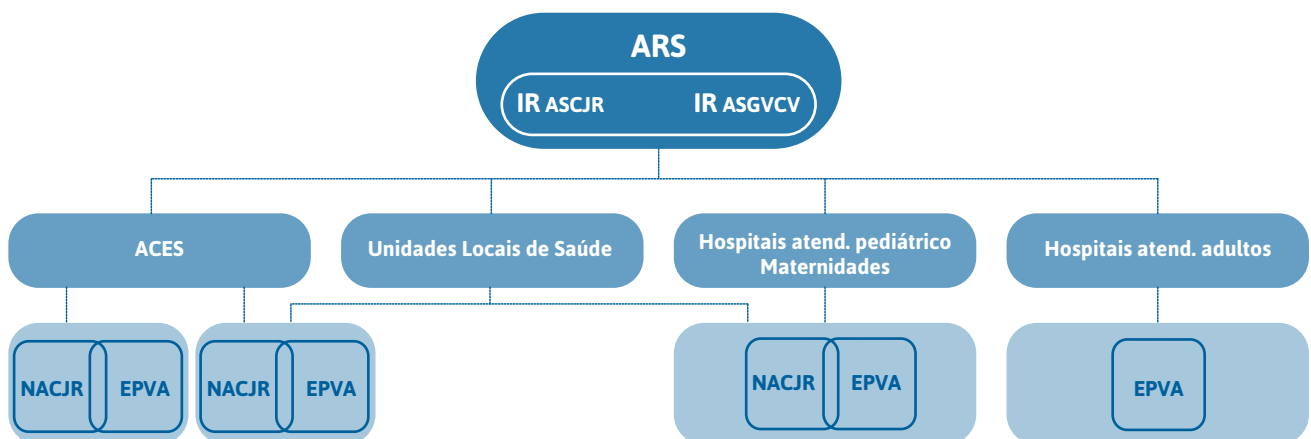


FIGURA 16 - INTERLIGAÇÃO REGIONAL ASCJR-ASGVCV



¹²³ À exceção dos Hospitais sem atendimento pediátrico, onde são constituídas de raiz, segundo Despacho 6378/2013, de 16 de maio.



Atribuições das EPVA

- » Contribuir para a informação prestada à população e sensibilizar os profissionais administrativos e técnicos, dos diferentes serviços, para a igualdade de género e a prevenção da violência ao longo do ciclo da vida;
- » Difundir informação de carácter legal, normativo e técnico sobre o assunto;
- » Incrementar a formação e preparação dos profissionais, na matéria;
- » Coletar e organizar a informação casuística sobre as situações de violência atendidas nos ACES e Hospitais;
- » Prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos;
- » Gerir, a título excecional, as situações clínicas que, pelas características que apresentem, possam ser acompanhadas a nível dos cuidados de saúde primários ou dos hospitais, conforme aplicável, e que, pelo seu carácter de urgência em matéria de perigo, transcendam as capacidades de intervenção de outros profissionais ou equipas da instituição;
- » Fomentar o estabelecimento de mecanismos de cooperação intrainstitucional no domínio da violência interpessoal, quer no âmbito das equipas profissionais dos ACES, quer a nível das diversas especialidades, serviços e departamentos dos hospitais;
- » Estabelecer a colaboração com outros projetos e recursos comunitários que contribuam para a prevenção e acompanhamento dos casos;
- » Mobilizar a rede de recursos internos dos ACES e dinamizar a rede social, de modo a assegurar o acompanhamento dos casos;
- » Assegurar a articulação funcional, em rede, com as outras equipas a nível de cuidados primários e a nível hospitalar que intervenham neste domínio.

Coordenação

À semelhança do que se verifica no domínio da ASCJR, no que respeita aos NACJR/NHACJR, em cada ARS a intervenção das EPVA é realizada por uma Coordenação Regional que estabelece a interlocução com o Grupo de Acompanhamento, a nível central, na DGS.

3. MODELO DE CUIDADOS INTEGRAIS EM SAÚDE

A Saúde pode desempenhar um papel crucial na identificação e no apoio às vítimas de violência, uma vez que, em algum momento da vida, a maioria dos casos entram em contacto com os serviços, quer em consultas de vigilância, de doença ou por outros motivos.

Diversos estudos salientam que, independentemente do tipo de violência que sofre, quem é vítima recorre com maior frequência aos serviços de saúde do que quem o não é, em particular aos cuidados de saúde primários, serviços de urgência, obstetria e ginecologia e saúde mental.

Face aos vários tipos de violência, as necessidades específicas das vítimas são multidimensionais, pelo que requerem intervenções em saúde que tenham em conta aspetos biológicos, psicológicos, relacionais e sociais, na perspetiva do Modelo Ecológico¹²⁴. Por este motivo, é fundamental a implicação ativa de todos os profissionais de saúde, independentemente do nível de cuidados em que intervêm, tendo por referência um modelo de ação baseado nos cuidados integrais.

Este modelo incorpora o conceito de interdisciplinaridade, entendida como uma forma de articulação que, a partir do diálogo e da permuta e partilha de saberes e experiências, possibilita a construção de uma linguagem comum, de novos conhecimentos e de uma atuação concertada, fruto da abordagem partilhada de situações complexas.

Procura-se, através dele, promover a qualidade dos cuidados, rompendo com o isolamento dos serviços e dos profissionais e fortalecendo a inter-relação, reciprocidade, coordenação e reconhecimento da diversidade - metodologias indispensáveis para a adequada intervenção preventiva no domínio da violência interpessoal.

Nos vários serviços de saúde, os profissionais de diferentes áreas (medicina, enfermagem, serviço social, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional,

entre outros) têm um papel importante na prevenção, deteção, diagnóstico e intervenção deste tipo de situações.

A capacidade dos profissionais, mediante uma escuta ativa e empática, para aprofundarem o conhecimento dos aspetos psicossociais ligados à vida dos/as utentes, incluindo questões relacionadas com desigualdades de género, pode contribuir para um diagnóstico eficaz das situações de violência interpessoal. A manifestação da suspeita ou a deteção pelo profissional de saúde contribui para a **“ruptura do silêncio”**, o que pressupõe um primeiro passo na compreensão do problema. A não identificação ou o não reconhecimento de uma situação de violência como condicionante de um problema de saúde, especialmente em figuras dotadas de “autoridade simbólica”, como é o caso comum dos profissionais de saúde, pode conduzir a uma nova vitimização e contribuir para a cronicidade do mau trato bem como para a **“medicalização”** continuada do problema.

Muitas situações requerem intervenções interdisciplinares com profissionais fora do setor da saúde, pelo que é necessária a coordenação entre todas as instituições implicadas na resposta integral e integrada.

Neste sentido, entre outros, é de grande relevância o papel dos técnicos de serviço social em diferentes aspetos: na investigação de fatores psicossociais que incidem sobre o processo de saúde-doença; na elaboração de um projeto de intervenção integral, incluindo nele outros elementos do agregado, tais como as crianças e jovens ou dependentes, caso se trate de violência doméstica/familiar; no encaminhamento e articulação com outras instituições e profissionais dentro e fora do sistema de saúde.

Contudo, independentemente deste tipo de intervenção, há que realçar o facto de caber, em primeira instância, ao/a profissional que efetuou a sinalização o assegurar da condução da intervenção e do eventual encaminhamento do caso.



A este propósito Redondo et. al. (2012), descrevem “[...] a nível da equipa e das instituições, importa ultrapassar toda e qualquer atitude compatível com as síndromes da “empurroterapia” e da “burocratização”, e investir numa visão integrada e integradora nas estratégias a adotar, a par com o reforço de condições facilitadoras da acessibilidade, continuidade e personalização dos cuidados. É importante desenvolver cada plano de ação tendo em conta o seu potencial para fortalecer a família: a mobilização individual, familiar e social, o espaço de denúncia e a responsabilização dos intervenientes”.

No âmbito deste modelo de atuação de cuidados integrais, emerge o papel crucial dos cuidados de saúde primários, nomeadamente na intervenção das equipas de saúde familiar, equipas de cuidados continuados, cursos de preparação para o nascimento e parentalidade e de outras atividades no âmbito das diversas unidades funcionais, que possam contribuir para a prevenção e intervenção na matéria e cujo trabalho se deve reger pela complementaridade. Pelo acompanhamento direto e regular que realizam

aos/às utentes em determinadas etapas do ciclo de vida, constituem-se como recursos privilegiados para a deteção e intervenção continuada neste domínio. Especificamente, em áreas de atendimento relacionadas com a parentalidade, é fundamental a abordagem de temas como relacionamento de casal, igualdade de género, sexualidade e conflitualidade ou violência.

Os serviços de saúde mental também devem estar alerta em situações de especial vulnerabilidade, no caso da violência de género, em especial mulheres, incluindo imigrantes, idosas, residentes em meio rural ou que sofram de algum grau de incapacidade física ou intelectual.

Outro espaço favorável para a deteção e prevenção da violência, nomeadamente nas relações de intimidade, são os serviços relacionados com o diagnóstico e tratamento de infeções de transmissão sexual, entre elas a infeção pelo VIH/SIDA. Muitos destes serviços incluem sessões de aconselhamento pré e pós-teste que permitem a exploração do assunto da violência.

4. ASPETOS GERAIS NO ATENDIMENTO A VÍTIMAS

4.1. HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO

Os princípios gerais da humanização do atendimento em serviços de saúde e da interação empática com os utentes adquirem um papel crucial em casos de violência, nomeadamente da violência interpessoal.

Em parte substantiva, o surgimento da suspeita ou a revelação da violência ocorre num contexto de conhecimento e contactos prévios, como acontece no domínio dos cuidados de saúde primários, na ação das várias equipas de saúde, em particular nas da medicina familiar, ou, então, a nível hospitalar, no decurso, por exemplo, de um período de internamento.

Contudo, fruto das circunstâncias em que ocorre, da severidade da situação e da exigência de cuidados imediatos ou da tomada de decisão sobre o pedido de ajuda por parte da vítima, a abordagem inicial da situação aparece, muitas vezes, num contexto de “emergência”, não existindo conhecimento prévio entre profissional(ais) de saúde e vítima.

Em ambos os tipos de situação, nomeadamente no segundo, quando uma vítima de violência interpessoal estabelece contacto, as características elementares de uma receção e atendimento humanizados devem ser particularmente asseguradas por quem presta ajuda.

Em primeiro lugar, há que obter, de imediato, condições para que o diálogo aconteça numa situação de **privacidade**, assegurando à vítima, desde logo e no quadro da lei, o exercício do **sigilo profissional**.

Vários pormenores podem também tornar-se extraordinariamente importantes para o bem-estar da vítima e serem propiciadores de uma boa relação interpessoal, fatores indispensáveis para o sucesso da intervenção técnica.

Assim, não é demais recordar a necessidade de serem aplicados os requisitos apontados no **Quadro 28**.

QUADRO 28 - REQUISITOS NECESSÁRIOS À HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO

1. Acolhimento. A vítima deve ser recebida de forma amável e logo que possível encaminhada para a sala de espera ou, havendo disponibilidade do/a técnico/a, diretamente para o gabinete de atendimento;
2. Tempo de espera. Havendo lugar a espera, esta deve ser encurtada ao máximo, sendo explicada à vítima a razão da demora e solicitando a sua compreensão. — Nota. Períodos prolongados de espera, poderão constituir um fator desencorajador para que a vítima peça auxílio;
3. Zona de espera. A vítima deve aguardar num local minimamente acolhedor, uma cadeira ou sofá onde possa acomodar-se e, se possível, dispor de leitura de jornais ou revistas que permitam mitigar a tensão da espera;
4. Prioridades. Por princípio, a vítima deve ser atendida por ordem de chegada, salvo se tiver previamente solicitado entrevista a uma hora determinada. Contudo, há que dar prioridade às vítimas idosas, às que manifestarem sinais de se encontrarem em situação de crise e às que apresentarem sequelas físicas que possam ser consideradas constrangedoras diante das outras pessoas que esperam;
5. Comodidade. No espaço reservado ao atendimento, a vítima deve ser convidada a sentar-se no lugar mais cómodo;
6. Conforto. Se a vítima manifestar sinais de estar em situação de crise, como chorar e/ou tremer, devem ser-lhe facultados pequenos apoios logísticos, tais como lenços de papel ou um copo de água;
7. Correção. O tom do diálogo deve sempre demonstrar respeito, consideração e ausência de juízos valorativos sobre o comportamento da vítima. É necessário manter uma postura não inibitória para a vítima, devendo evitar, por exemplo, falar-lhe de pé quando ela estiver sentada, assim como o contrário. O/a profissional deve ainda ter em atenção outros aspetos que possam manifestar rigidez, formalidade ou informalidade excessivas e que dificultem o sucesso do próprio atendimento.
8. Final da entrevista. Após o atendimento, a vítima deve, sempre que possível, ser acompanhada à saída, mostrando-se no ato da despedida a disponibilidade para o apoio e os contactos subsequentes.

Adaptado de: APAV, 2010a



4.2. COMUNICAÇÃO EMPÁTICA

No atendimento presencial, o profissional deverá estar atento a aspetos relacionados com a comunicação de forma a responder de maneira mais adequada às necessidades das vítimas. Tal implica, tendo em conta questões relacionadas com a qualidade da mesma, uma interação profissional de saúde-utente caracterizada pela alternância de papéis de emissor e recetor. Neste sentido, a utilização de perguntas fechadas, muitas vezes por imperativos de tempo, pode constituir um obstáculo à intervenção neste tipo de situações.

No que diz respeito aos processos de ajuda, de acordo com a APAV (2010a), importa ressaltar alguns aspetos básicos, nomeadamente¹²⁵:

- 1) **Apresentação cordial.** Em primeiro lugar, o acolhimento deve ser feito de uma forma agradável, enquanto o/a profissional se apresenta;
- 2) **Escuta atenta.** Quando a vítima fala, há que ouvi-la com a máxima atenção, procurando apreender todos os conteúdos da sua mensagem, tanto factuais, como emocionais. O/a profissional deve procurar incentivar o discurso da vítima respondendo de forma não-verbal, mostrando atenção ao que aquela diz; pode fazê-lo através do uso de sinais, como manter os olhos fixos nos do/da interlocutor/a, acenar com a cabeça ou utilizar pequenas interjeições. O discurso da vítima não deve ser interrompido, evitando também que dele não se retirem conclusões prematuras;
- 3) **Repetição e reformulação.** Os conteúdos emitidos pela vítima no seu discurso podem ser repetidos e reformulados pelo/a técnico/a de modo a ter certeza de tê-los apreendido adequadamente. Esta técnica é importante também para que a vítima tenha a perceção de que está a ser ouvida com atenção, o que encoraja-la-á a continuar e a confrontar-se, ela própria, com o que vai dizendo;
- 4) **Colocação de questões.** Torna-se necessário questionar a vítima sempre que esta não tenha emitido toda a informação necessária ao processo de apoio e/ou ao encaminhamento, ou quando a informação tenha sido contraditória ou menos clara. Para tal, utilizam-se: “questões abertas”, que geralmente implicam conteúdos mais ou

menos amplos e/ou complexos, ou que envolvem abstração e cujas respostas não são simples nem curtas (por exemplo, *Que receio tem de ir a Tribunal?*, *Como se sente agora?* ou *Quer falar-me do que o/a preocupa?*); “questões fechadas”, de conteúdo simples, cujas respostas são simples e breves (por exemplo, *A que horas é o julgamento?*, *Como se chama?* ou *Qual a sua idade?*). As questões fechadas também podem servir para cortar um discurso errático e recentrar a vítima na narrativa principal.

Contudo, há que ter especial cuidado em evitar que a pessoa se sinta interrogada, pois tal poderá inibi-la ou levá-la a adotar uma atitude defensiva. O equilíbrio entre a formulação de questões abertas e questões fechadas facilita a comunicação. A pergunta “Porquê?” deve ser evitada, já que, em determinados contextos de comunicação, pode incutir sentimentos de culpa. Além disso, leva com frequência a respostas do tipo “Não sei!”, bloqueando o diálogo;

- 5) **Encorajamento da expressão de emoções e/ou sentimentos.** É necessário mostrar disponibilidade para que a vítima se expresse espontaneamente, auxiliando-a na libertação de emoções e/ou sentimentos, usando expressões como “*Não se reprima, chorar é natural e pode fazer-lhe bem, esteja à vontade...*”, “*É natural que se sinta assim abalado/a...*”, “*Chorar não é motivo de vergonha...*” ou “*Desabafe, pode fazer-lhe bem*”. É desejável encorajar a expressão de emoções e/ou sentimentos, sobretudo quando a pessoa está em situação de crise. Contudo, não deve tentar-se impô-lo se a pessoa não tiver manifestado vontade de tal ou não tiver dado sinais de querer fazê-lo;
- 6) **Informação.** É imprescindível informar a vítima dos seus direitos, de como exercê-los, dos vários recursos de que pode dispor e das diversas opções que pode tomar. Há que evitar a emissão de juízos e opiniões pessoais por parte do/a profissional, pois essa atuação pode incutir uma ideia de submissão e de inexistência de autonomia de decisão. Deve evitar-se dar informações desnecessárias, inúteis, irrealistas ou incorretas, assim como o uso de termos técnicos de emprego restrito. Informar de um modo adaptado às características

¹²⁵ Estes aspetos ligados à comunicação e empatia ainda encontram-se pouco abordados nos currículos académicos da formação pós-graduada.

socioculturais da vítima, facilita o entendimento correto do que é dito.

7) Sumarização. Resumir todos os aspetos do discurso da vítima e do próprio profissional permite confirmar que ambas as partes se compreenderam adequadamente. Fazer um resumo pode ser um excelente modo de colmatar certas faltas de informação de ambos, que, por esquecimento ou falta de oportunidade no contexto dos discursos, não foi referida. Sumarizar o que se passou durante o diálogo pode também evitar maus entendimentos quanto ao que foi realmente comunicado e avivar a memória sobre determinados aspetos;

8) Comunicação não-verbal. É indispensável prestar atenção à linguagem corporal da vítima, aferindo da correspondência da mesma com o discurso que está a ser produzido: certos aspetos, como o gaguejo ou a voz vacilante, podem denunciar vontade de emitir informações que, contudo,

teme revelar. A expressão gestual pode ainda ser reveladora de problemas do foro psiquiátrico (por exemplo, balançar-se compulsivamente, lacerar-se ou arranhar-se com algum objeto ou, até, parecer visualizar e tocar entidades sobrenaturais), ou de um determinado estado emocional (por exemplo, roer as unhas, ou ficar com os olhos chorosos).

Também a própria linguagem corporal do/a profissional é importante no processo. Este/esta, não deve revelar sinais de impaciência ou de ansiedade, tais como cruzar os braços, suspirar insistentemente ou olhar para o relógio, de modo a que a vítima sinta que não há disponibilidade para ser ouvida.

Pelo contrário, há que adotar uma atitude serena e coerente com o discurso emitido, não assumindo posturas exageradamente descontraídas, passivas ou que revelem permeabilidade excessiva, tais como chorar ou tremer.

4.3. O PRIMEIRO ATENDIMENTO

No decurso do atendimento a vítimas de violência, o primeiro atendimento assume um carácter fundamental. De facto, muitas vezes, pode ser a primeira porta de entrada para um processo de ajuda e qualquer obstáculo, nomeadamente na relação com o profissional ou no contexto do próprio serviço, pode demover a vítima de um processo de mudança, por si só, marcado por elevada complexidade¹²⁶.

Desta forma surge como essencial a sensibilização dos profissionais de saúde, incluindo assistentes técnicos e operacionais para a abordagem deste tipo de problemática.

Frequentemente, as vítimas encontram-se fragilizadas, sentem vergonha e culpa, têm receio da crítica e das consequências da revelação, nomeadamente quando não existe uma relação de confiança com

o/a profissional. E muitas vezes desconhecem que os serviços de saúde podem ser um local onde podem falar sobre estes assuntos e procurar apoio.

Por outro lado, também são vários os obstáculos da parte dos próprios profissionais de saúde que podem incluir, entre outros: dificuldade na gestão das expectativas das vítimas; ansiedade associada ao desconhecimento de estratégias de intervenção e apoio; constrangimentos associados aos tempos de consulta; historial de vitimização ou perpetração pessoal; atitude evitante ou hostil por parte da vítima.

Com o objetivo de minimizar a ocorrência de tais situações caracterizadas por tensões e receios, apontam-se, no **Quadro 29**, algumas considerações a serem tidas em conta pelos profissionais:

¹²⁶ Consultar 2.3. Obstáculos à Deteção, Parte III, página 160



QUADRO 29 - REQUISITOS PARA UM PRIMEIRO ATENDIMENTO

- » Conhecer previamente o espaço físico do atendimento, de modo a estar familiarizado/a e sentir-se à vontade no mesmo;
- » Interiorizar que não é obrigatório responder a todas as perguntas formuladas pela vítima;
- » Conscientizar-se de que não é obrigatório formular todas as perguntas nem dar resposta a todas as questões que a pessoa nos colocar; haverá oportunidade posterior para esclarecer algo que ficou mais confuso;
- » Permitir à vítima os tempos de pausa ou de silêncio de que necessitar e intervir sobre eles só quando lhe parecer estritamente necessário; o silêncio durante a sessão não é necessariamente negativo;
- » Evitar expressar estranheza ou confusão, através da comunicação verbal ou não-verbal; é preferível, em casos de absoluta necessidade, deixar por momentos a sala e consultar um/a colega ou coordenador/a.

Adaptado de: APAV, 2010a.

Num primeiro atendimento em situações de violência, tal como em muitos outros problemas de saúde, são vários os objetivos que devem nortear a intervenção do profissional de saúde, independentemente da sua área de prestação de cuidados (op cit.):

1) Prestação de Apoio Emocional. O primeiro atendimento é, porventura, o momento em que a vítima se apresenta numa situação emocional mais débil, em virtude da proximidade temporal da ocorrência traumática ou da tomada de decisão quanto à revelação da mesma. É o momento no qual necessita de comunicar com alguém que saiba demonstrar compreensão e, mais do que isso, empatia perante a problemática que apresenta. A qualidade deste tipo de apoio decorre, fundamentalmente, das competências pessoais de cada profissional, da assimilação e aplicação das regras de comunicação referidas antes, bem como da experiência que for acumulando na sua prática quotidiana;

2) Recolha de informação. A coleta de dados informativos deve ser tão vasta quanto possível, mas sempre dentro dos limites do necessário e do que for considerado adequado ao momento. Há que procurar recolher informação a três níveis:

a) **Antecedentes pessoais e familiares.** Deve ser analisada a história pessoal e familiar da vítima, podendo, para tal, recorrer-se a uma avaliação familiar através da realização de um genograma¹²⁷, o que permite compreender o sistema relacional familiar e os acontecimentos biográficos mais importantes dos seus membros. A história educacional e/ou profissional da vítima contém igualmente aspetos importantes que podem facultar melhor conhecimento do contexto social e da rede primária de suporte daquela;

b) **Narração da vitimização.** Deve procurar identificar-se as origens, a evolução e as dinâmicas de manutenção da vitimização, assim como as eventuais iniciativas de resolução do problema já tomadas. Importa recolher e explorar dados que permitam começar uma avaliação do risco: o detalhe dos incidentes de agressão; os padrões de severidade e de frequência dos atos agressivos; os sinais de alarme, a extensão das lesões provocadas (enquanto indicador da severidade envolvida); o risco de comportamento suicida ou homicida; a existência de fatores de risco de ocorrência de violência severa (por exemplo, a posse de arma pelo/a agressor/a);

c) **História pós-vitimização.** Tendo em vista uma eficaz avaliação do impacto da vitimização, devem analisar-se ainda as condições de intensificação ou perpetuação do problema, o que faz mantê-lo ou agravar-se. Há que conhecer também as estratégias que a vítima utiliza para lidar com a situação, bem como as capacidades que detém para gerar a mudança - o que implica conhecer a sua rede primária e secundária de suporte, aferindo também o seu grau de isolamento social e a sua situação no contexto familiar. Quanto mais pormenorizada e útil for a informação recolhida, mais correta será a avaliação do problema e o levantamento das necessidades e, consequentemente, mais eficientes serão as estratégias de intervenção delineadas. Contudo, caso o discurso da vítima revele contradições, dúvidas ou omissão de informação importante, é necessário explorar outras fontes de informação (familiares, amigos/as e/ou instituições), mediante autorização prévia da própria pessoa. A entrevista clínica deve assim ter sempre em conta as finalidades atrás enunciadas. Se o/a profissional

¹²⁷ Consultar URL <http://material.violencia.online.pt/CONTEUDOS/SARAR/Manual%20SARAR%20site.pdf>

apenas se concentrar na recolha de dados para um diagnóstico sobre um problema de saúde física (por exemplo, hematomas, feridas, fraturas ósseas, traumas genitais, etc.), dificilmente poderá haver um verdadeiro diagnóstico da globalidade do problema. É necessário também ter o cuidado de comunicar o melhor possível com o/a paciente, de modo a que perceba, ou assuma, que o problema é muito mais abrangente e transcende em muito os traumatismos diretos que apresenta.

O tratamento utilizado para as lesões nunca será suficiente para devolver a saúde à vítima. Por maior que seja a adesão que esta venha a ter (por exemplo, tomando devidamente a medicação receitada, fazendo fisioterapia, etc.), não será ela a resolver o problema mais vasto, do qual as lesões observáveis são apenas uma parte.

4.4. ATENDIMENTO EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA OU CRISE ¹²⁸

As técnicas de entrevista a uma vítima de violência em situação de emergência não requerem conhecimentos muito díspares relativamente a outro tipo de situação a que os profissionais de saúde estejam habituados.

O/a profissional que atende a vítima em primeira instância, ou aquele/a a quem, pela primeira vez, é revelado o problema, poderá auscultar da vontade de a mesma falar com *um* ou com *uma* técnica, tendo em vista minorar o possível constrangimento que sente em abordar a questão. Este aspeto pode ser particularmente relevante no caso das vítimas do sexo feminino ou em situações de abuso sexual. Quem atende em segunda instância pode solicitar autorização à vítima para, caso se torne relevante, recorrer à colaboração do/a profissional que em primeiro lugar a atendeu, se perceber que havia sido estabelecida uma relação de confiança com aquele/a. Em muitas situações, afigura-se igualmente pertinente obter a anuência da vítima para que se convoque outro profissional do serviço, nomeadamente de outra área técnica para apoiar na condução do caso.

Pode também ser sugerida à vítima, quando possível, a colaboração do/a profissional que a acompanhou até ao serviço de saúde. Se veio com algum/a familiar ou amigo/a, a sua colaboração poderá também ser útil durante a consulta. Contudo, estes pedidos não devem ser formulados na presença dos visados, mas apenas quando o/a profissional se encontra a sós com a vítima, de modo a evitar o constrangimento na resposta que é dada. Esta condição exige, portanto, que, para o local de atendimento, num primeiro momento, a vítima entre sem companhia; só depois outras pessoas que a tenham acompanhado poderão entrar, apenas mediante a sua autorização ou sugestão.

As situações em que a abordagem se verifica quando o/a paciente se encontra deitado/a devem ser evitadas. Entrevistar uma vítima de violência numa sala de observações, enquanto esta está colocada sobre uma marquesa ou numa maca, por vezes parcialmente despida, pode constituir uma circunstância altamente inibidora do diálogo que se pretende estabelecer. O mesmo se passa no caso do internamento, estando a vítima numa enfermaria ou num quarto partilhado.

Quando estas situações, de todo, não forem evitáveis, o/a profissional deverá procurar colocar-se o mais próximo possível da vítima, evitando estar numa posição superior, podendo sentar-se junto à cabeceira ou, mesmo, sobre o leito. Se for pressentida a necessidade de um gesto securizante para a vítima, pode, por exemplo, estabelecer-se contacto físico segurando na mão desta.

Igualmente, de modo a transmitir maior privacidade, deverá haver o cuidado de, sempre que possível, correr as cortinas, colocar um biombo ou o/ profissional posicionar-se de tal modo que as outras pessoas presentes não vejam ou ouçam a vítima.

Durante a entrevista, o/a profissional deverá evitar serem interrompidos. Se for necessário deslocar-se com a vítima a outro espaço dos serviços para realizar a consulta, deverá ter o cuidado de não caminhar à frente daquela. Será preferível caminhar a seu lado, de modo a que ela sinta-se mais acompanhada. Por motivo semelhante, se for forçoso que a pessoa se dirija a outro serviço (por exemplo, à Radiologia) o/a profissional deverá procurar acompanhá-la ou providenciar para que outro/a profissional a acompanhe. O mesmo se preconiza se for necessário

¹²⁸ Adaptado de: Manual Alcipe 2ª Edição Revista e Atualizada, APAV, 2010, disponível em URL http://www.apav.pt/apav_v2/images/pdf/ManualAlcipe.pdf



esperar algum tempo pelos resultados de exames. Quando se afigure indispensável a consulta a outro/a profissional deverá, sempre que possível, ser este/a a deslocar-se à sala onde se encontra a vítima.

A orientação da entrevista deverá, desde logo, ser em função daquilo que se sabe, previamente, acerca do motivo da procura de cuidados. Uma de três situações pode ocorrer:

- » A vítima declarou, à entrada no serviço, ter sido vítima de violência. Nesse caso, a conversa decorrerá, desde logo, centrada na abordagem direta ao problema.
- » A vítima tenta ocultar a violência sofrida (por exemplo, dizendo que caiu das escadas ou que bateu com a cara na porta), dada a incongruência do discurso e/ou a falta de concordância com a observação clínica e/ou com os exames realizados (por exemplo, verificar-se ser impossível que os hematomas constatados resultem do acidente descrito). Aí, o/a profissional deverá orientar a

entrevista de modo a ajudar a vítima a ser capaz de confidenciar o problema e a aderir a um processo de apoio.

- » A vítima procurou os serviços por outro problema de saúde (por exemplo, cervicalgias) ou outros motivos e, na sequência da entrevista, se detetem riscos, se estabeleça a suspeita, ou, até, que a própria vítima acabe por revelar sofrer de maus tratos. Nesse caso, o profissional deverá igualmente ajudá-la a relatar o problema e a aderir a um processo de apoio.

Em suma, no atendimento em situações de emergência ou crise, a exuberância e o grau de explicitação de queixas, sintomas e sinais relacionados com a violência interpessoal são muito variáveis, tornando-se necessário adequar a atuação de molde a perceber o grau de risco/perigo, a detetar os casos mais insidiosos e a conduzir a intervenção de modo a proteger a vítima, a projetar apoio posterior ao/à perpetrador/a e a desencadear os procedimentos legais necessários.

5. ASPETOS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS

Durante todo o processo de atendimento nas situações de violência, como nas outras, os/as profissionais e as equipas de saúde necessitam de manter uma **postura adequada ética e deontológica**, fator crucial para a qualidade e sucesso da intervenção que é efetuada,

no respeito pela legislação aplicável.

A propósito da preservação de tal atitude profissional, há que destacar o respeito por um conjunto de princípios basilares, que se descrevem de seguida.

5.1. SIGILO E SEGURANÇA

O atendimento num estabelecimento de saúde corresponde, por vezes, à primeira instância em que é divulgada uma situação de violência interpessoal, ou constitui uma primeira oportunidade para que sejam identificados fatores e riscos de perpetração de violência. O **compromisso de confidencialidade** por parte dos/as profissionais de saúde é fundamental para conquistar e manter a confiança por parte dos/as utentes (Camargo et al., 2001).

Na área da violência interpessoal, nomeadamente no domínio das relações interpessoais, é de particular importância que as intervenções dos/as profissionais e das equipas assentem em procedimentos que garantam o sigilo acerca das informações prestadas pelas vítimas, assim como naquilo que respeita às ações que são tomadas.

A chamada de atenção, aqui, para a questão do dever de confidencialidade, num processo de apoio deste tipo, justifica-se tanto por questões de respeito para com a ética profissional e os códigos deontológicos, nomeadamente numa área de grande fragilidade e sofrimento pessoal, como por questões de segurança, pois fugas de informação, acidentais ou deliberadas, podem colocar em risco a vítima ou pessoas próximas.

Assim, não é de mais relembrar o dever de confidencialidade na intervenção de situações de violência, competindo a cada profissional de saúde a adoção de cuidados vários, em especial quanto

à circulação e permuta criteriosas da informação essencial entre profissionais e estruturas com competência na matéria, que constituem um dos pilares essenciais da atuação em rede.

No quadro dos princípios éticos, deontológicos e legais que devem presidir à intervenção neste domínio, em que a confidencialidade e proteção de dados pessoais devem ser asseguradas, **a troca de elementos informativos pertinentes a propósito de cada caso deve ser, apenas, a que se revela necessária e suficiente** para a gestão correta de cada caso^{129 130}.

Trata-se de um aspeto que adquire relevo particular sempre que no processo estão envolvidos técnicos/as de áreas profissionais e serviços diferentes, facto que exige especial atenção na forma como se descreve a situação, nomeadamente os dados que são transmitidos, de molde a permitir a avaliação da existência ou não de matéria de perigo que coloque em causa a segurança de quem é vítima¹³¹.

Excetuam-se, obviamente, as situações que se enquadram nos imperativos legais – de acordo com o estabelecido nas Ordens Profissionais, que pautam a conduta e atuação dos respetivos membros – aquelas em que há autorização expressa por parte da vítima e as que dizem respeito aos casos de partilha de dados entre instituições corresponsáveis pela gestão dos casos. A este propósito ver também 5.2. Sigilo Profissional e Obrigatoriedade de Denúncia, parte II.

¹²⁹ Consultar 8. O Trabalho em Rede, Parte II, página 128

¹³⁰ Consultar 5.7. Partilha de Informação, Parte II, página 122

¹³¹ Consultar 2.4.6. Avaliação dos Indicadores de Risco, página 176



No domínio da prática acerca das situações de violência, a APAV (2010a) defende, em matéria de preservação do sigilo, diversos **procedimentos por parte dos/as profissionais que devem ser assegurados por questões de segurança para a/o utente e para o/a próprio/a profissional**, aqui adaptados para o setor da saúde:

Nos serviços de saúde:

- » Estabelecer procedimentos de segurança, em particular, criando patamares de acesso a toda a informação acerca dos casos registada informaticamente;
- » Quando em suporte físico, manter toda a documentação relativa a processos de apoio encerrada em armários equipados com fechadura;
- » Impedir que esta documentação, ou cópias, saiam do local de trabalho;
- » Não deixar esta documentação exposta em locais que as próprias vítimas e perpetradores/as frequentam;
- » Assegurar a privacidade da vítima durante o atendimento;
- » Não permitir que o local de trabalho seja fotografado ou filmado enquanto ali estiver a vítima;
- » Não falar do processo nas zonas de convívio, nas salas de espera e/ou na presença de terceiros;
- » Assegurar a colocação do n.º do episódio nos materiais referentes à recolha de vestígios e fotografia, em detrimento da identificação ou n.º de utente, que podem ser rapidamente associáveis às vítimas;
- » Elaborar a denúncia, sempre que possível, subscrita em nome do serviço, evitando a exposição da identificação do/a profissional que possa acarretar riscos de retaliação.

Fora dos serviços de saúde:

- » Em público, fora dos serviços, evitar identificar-se como prestador de apoio a vítimas de violência;
- » Não utilizar veículo pessoal em diligências relacionadas com processos de apoio;

- » Não falar da vida pessoal com a vítima, âmbito do processo de apoio (por exemplo, fornecer o contacto pessoal, comentar onde mora, que locais frequenta);
- » Não discutir casos específicos com familiares e/ou amigos e conhecidos ou, em público, com outros profissionais, ainda que omitindo nomes e lugares;
- » Não abordar casos específicos na Comunicação Social ou em encontros técnicos (colóquios, congressos, etc.), sem a indispensável salvaguarda rigorosa da preservação do anonimato e da confidencialidade;
- » Evitar fornecer exemplos pormenorizados do trabalho com histórias de vida e processos de apoio recentes, mesmo ocultando nomes de pessoas e lugares;
- » Não encaminhar jornalistas ou investigadores para as vítimas sem o seu consentimento prévio, e sem as alertar antes para os cuidados a ter no que toca à preservação da sua privacidade.

Ao telefone:

Há que ter presente que as mensagens, ou os próprios telefonemas, podem ser interceptados pelos/as agressores/as, o que poderá conduzir ao agravamento da vitimização, pelo que são de adotar os seguintes procedimentos de segurança:

- » Não telefonar à vítima sem o seu prévio consentimento ou sugestão;
- » Em caso de não atendimento do telefone por parte da vítima, não desligar, fingindo antes que foi engano, de forma a não levantar suspeitas;
- » Não deixar mensagens em atendedor de chamadas automático, mesmo em atendedores de telemóveis;
- » Não fornecer quaisquer informações a terceiros (salvo profissionais de outras instituições devidamente reconhecidos) mesmo que se identifiquem como familiares ou amigos/as do/a utente e refiram ter autorização deste/a para o fazer, sem que a vítima o tenha confirmado – Não deve confirmar ou infirmar, sequer, a existência

de determinado processo, podendo apenas anotar a identificação do/a interlocutor/a e referi-lo posteriormente à vítima.

Junto da vítima:

Em presença da vítima, há que ajudá-la a manter a confidencialidade sobre o seu próprio processo, sobretudo nos casos em que coabite com o/a agressor/a. Assim, o/a profissional deve:

- » Ajudar a estabelecer os dias e horas em que não é arriscado vir à unidade ou serviço;
- » Ajudar a formular um eventual pretexto para apresentar ao/à agressor/a se, por qualquer motivo extraordinário, este/a regressar a casa antes da chegada da vítima;
- » Aconselhar a nunca proferir o nome das instituições ou serviços, ou dos/as profissionais que estão a apoiá-la;
- » Recomendar precaução em relação a objetos denunciadores ou suspeitos (como, por exemplo, cartões de serviços de apoio, números de telefone na agenda, plano de segurança, etc.), sendo necessário que estes sejam devidamente guardados em locais da casa insuspeitos ou, de preferência, em casa de familiares ou amigos/as;
- » Ajudar a vítima a refletir sobre quem escolher, de entre familiares e amigos/as, para confidenciar a

sua situação e o processo de apoio, pois estes/as podem nem sempre ser de inteira confiança;

- » Definir com a vítima as precauções a ter na utilização do seu próprio telefone: no caso de ser um telefone de rede fixa, deve não só ter o cuidado de telefonar apenas quando o/a agressor/a não estiver em casa, mas também de prevenir (não efetuando determinadas chamadas deste telefone) a possibilidade de aquele/a vir a solicitar uma fatura detalhada. O telemóvel também pode ser pouco preservador da confidencialidade, pois o/a agressor/a pode consultar todas as chamadas que a vítima fez e recebeu, pelo que convém que estes registos sejam apagados da memória do aparelho. Por vezes, é preferível que a vítima use um telefone público ou o de algum familiar ou amigo/a, de preferência vizinhos, para onde possa telefonar-se, evitando também despesas por parte da vítima.

Em situações em que o/a profissional se possa deparar com o/a agressor/a, é fundamental estar particularmente atento/a, negando qualquer informação respeitante ao caso e nunca transparecendo que a pessoa se encontra apoiada pela situação de vitimização.

O estabelecimento de procedimentos e planos de segurança objetivos dentro e fora dos serviços deverão ser adaptados à realidade, e especificidade, de cada contexto de trabalho e articulados com as redes de parceiros, nomeadamente com os setores das forças de segurança, da justiça e da intervenção social.

5.2. SIGILO PROFISSIONAL E OBRIGATORIEDADE DE DENÚNCIA

As situações de violência colocam em risco a saúde e a vida das vítimas e dos seus dependentes pelo que os/as profissionais de saúde devem ter em conta que, para as proteger, a coordenação das ações e de colaboração com outros setores, nomeadamente o da Justiça, encontra-se entre as suas tarefas. Desta forma, a denúncia deste tipo de situações às autoridades judiciais permite pôr em marcha medidas legais dirigidas à proteção da vítima e à prevenção de futuras ocorrências.

Em termos penais, os crimes de violência doméstica, maus-tratos, ofensas à integridade física grave, lenocínio, tráfico de pessoas, entre outros, são considerados **crimes públicos**, o que significa que qualquer

pessoa pode participá-los, não dependendo de queixa por parte da vítima.

De qualquer forma, de acordo com o art. 242.º do Código de Processo Penal (CPP), a **denúncia criminal é obrigatória, "() ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos () para os funcionários, na aceção do artigo 386.º do Código Penal, quanto aos crimes de que tomarem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas."**

Contudo com frequência, o ato de denunciar situações de violência coloca dúvidas aos/às profissionais de saúde, dada a perceção de que, daquele ato, podem resultar efeitos negativos para a situação da vítima e para a relação de ajuda estabelecida - em particular



nos casos em que é a própria vítima a manifestar discordância, ou temor, acerca da realização da mesma.

Especificamente tais dúvidas são suscitadas pela possibilidade de rejeição da intervenção e de perda de confiança por parte da vítima, dado o/a profissional não ter respeitado a sua vontade. Pode haver receio também de que, na sequência da denúncia, seja interrompido o contacto (a relação clínica) entre a vítima e o/a profissional, com potencial aumento de perigo para a vítima.

O sigilo profissional é o principal pilar da relação de confiança entre profissionais de saúde e utentes, pelo que deverá ser mantido sempre que a vítima não der o seu consentimento para a revelação dos factos. Trata-se de um direito do utente reconhecido no art. 3.º da Lei n.º 15/2014 de 21 de março, lei que consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, bem como nos diversos códigos deontológicos das diversas carreiras profissionais que integram o SNS, cuja violação constitui um crime contemplado no Código Penal – art. 195º Violação de Segredo (Capítulo VII - Dos crimes contra a reserva da vida privada).

Nas situações de recusa, e excetuando situações de perigo, é fundamental o trabalho de acompanhamento continuado e o estabelecimento de uma relação sólida e empática entre o profissional e a vítima, no sentido de se abordar as razões dessa recusa, os medos, as necessidades e as questões de segurança, apoiando e empoderando a vítima na colaboração com o processo judicial.

A intervenção continuada pode contribuir para evitar o risco de recaídas, nomeadamente no caso da violência nas relações de intimidade, caracterizada por elevada dependência da vítima relativamente ao agressor,

sobretudo emocional e/ou financeira. Muito embora se trate de um crime público, em que a vítima não poderá retirar a queixa depois de efetuada, a colaboração desta é fundamental para todo o processo judicial. Assim sendo, considera-se necessária a garantia de que a vítima apresenta recursos internos para lidar com os complexos procedimentos judiciais, nomeadamente do ponto de vista emocional, e para assegurar a continuidade da colaboração ativa no processo, importante para a consequente decisão de proteção da mesma e criminalização do/a agressor/a.

Assim, tendo em conta que cada caso tem contornos únicos, desencadear de protocolos de atuação deve ter por base, sempre, a aplicação do princípio máximo da segurança da vítima. Tal implica uma avaliação cuidada do risco em que a vítima se encontra, uma vez que a revelação da situação e um consequente rompimento da relação entre esta e agressor/a podem constituir-se como um fator de risco para homicídio, em particular quando, em situações de violência nas relações de intimidade, se processa o afastamento do lar.

Caso se suspeite de que a denúncia possa representar um grave risco de vida para a vítima ou pessoas dependentes a seu cargo, é prioritário elaborar com aquela, ou com seu ou sua representante, um plano de segurança¹³² que permita retirá-la da situação de mau trato em que vive, com garantias mínimas de segurança para a sua integridade.

A justificação da quebra do segredo profissional diz respeito a situações em que tal seja necessário para afastar perigo iminente que ameace interesses sensivelmente superiores, entendendo-se como tal a saúde, a integridade física ou a vida. Nestes casos, não pode haver dúvidas quanto à inevitável quebra da confidencialidade que é devida ao/à paciente por parte de um/a médico/a, enfermeiro/a ou qualquer outro/a profissional de saúde¹³³.

5.3. MINIMIZAÇÃO DE DANOS

A abordagem das situações de violência implica frequentemente a exploração de contextos e dinâmicas relacionais complexas e delicadas. A revelação de práticas abusivas pode representar para as vítimas a exposição de aspetos íntimos e dolorosos que

podem conduzir à sua fragilização e provocar reações negativas, nomeadamente no plano emocional. Desta forma, é fundamental que os/as profissionais estejam sensibilizados/as para os efeitos da sua intervenção e capacitados para desenvolver, acima de tudo, uma

¹³² Consultar Anexo 6 Plano de Segurança para Vítimas de Violência, página 229.

¹³³ Em tribunal, os profissionais podem escusar-se a depor sobre os factos abrangidos pelo segredo profissional (art. 135º do Código do Processo Penal). No entanto, após averiguações necessárias e determinando a ilegitimidade da escusa, o/a juiz/a determina, ou requiere ao tribunal que ordene a prestação do depoimento.

atitude compreensiva e acrítica (Camargo et al., 2002).

Segundo o princípio da **intervenção mínima**, deve igualmente evitar-se a repetição de intervenções, nomeadamente a abordagem da situação, por mais que um/a profissional, num processo que

acaba por consubstanciar uma forma de vitimização secundária ou revitimização. Deste modo, no apoio deve intervir o menor número possível de profissionais, apenas os indispensáveis para prestar cuidados e assegurar a proteção.

5.4. RESPEITO PELO TEMPO, RITMO E DECISÕES DA VÍTIMA

Dado o complexo impacto da violência sobre o equilíbrio e a saúde emocional de quem é vítima, frequentemente, a revelação da situação não significa dispor de recursos e condições internas e externas que permitam efetuar mudanças ou seguir orientações recomendadas (APAV, 2010a).

Neste âmbito, é fundamental que o/a profissional respeite o tempo e ritmo da vítima, evitando

acelerar o processo de mudança ou influenciando as suas decisões. Tal implica, sobretudo, uma atitude compreensiva e holística no que respeita aos fatores associados à manutenção no contexto da relação de violência. Desta forma, a tónica da intervenção deve assentar na confiança e investimento na melhoria das capacidades para enfrentar as dificuldades que se lhe colocam, num processo de empoderamento de quem é vítima.¹³⁴

5.5. PRINCÍPIO DA AUTONOMIA DA VÍTIMA

Este princípio limita a intervenção junto da vítima ao respeito integral da sua vontade, não se sobrepondo a esta quadros de valores pessoais ou profissionais, salvo as exceções previstas na lei. Cabe assim ao/a profissional o dever de prestar informação, nomeadamente em matéria de direitos, bem como a consequente análise de forma conjunta das possibilidades de resposta.

Salienta-se que, à luz deste princípio, a tomada de decisões é da exclusiva responsabilidade da vítima, pois para além do respeito pela sua autonomia, direitos, dignidade e individualidade, tal permite

consolidar mudanças de forma mais efetiva, tendo por base fatores internos e não imposições externas.

De acordo com a APAV (2010a), para que tal seja possível, é essencial promover o entendimento e o alcance da tomada de decisão, requisito que depende do grau de entendimento da vítima (se encontra na posse das capacidades necessárias para poder decidir), da existência de liberdade na decisão (não podendo estar coagida), e da prestação de informação sobre os seus direitos, alternativas possíveis de atuação e procedimentos a adotar perante cada uma delas)

5.6. CONSENTIMENTO DECLARADO, DE FORMA LIVRE E ESCLARECIDA¹³⁵

Na sequência do anterior princípio, o exercício do **consentimento declarado, de forma livre e esclarecida** é um direito do/a utente e traduz o respeito pela sua individualidade e autonomia. Significa que, quem o detém deve estar adequadamente informado/a sobre o diagnóstico, prognóstico, intervenções propostas e riscos inerentes a cada ato de cuidados de saúde, bem como sobre as alternativas a seguir,

de modo a ser concretizado o princípio da autonomia na tomada de decisão. O/a utente dos serviços de saúde pode, em qualquer momento da prestação dos cuidados de saúde, revogar o consentimento. Este aspeto é particularmente importante acautelar, nomeadamente nas situações de exame físico em atos de violência sexual física^{136 137}.

¹³⁴ Consultar 2.4.5. Avaliação do Processo de Mudança na Vítima, Parte III, página 175

¹³⁵ Segundo o Art. 3.º, Lei n.º 15/2014 de 21 de março.

¹³⁶ Consultar 5.6. Consentimento Declarado, de forma Livre e Esclarecida, Parte II, página 121

¹³⁷ Consultar Formulário de Consentimento Declarado, de forma Livre e Esclarecida, Anexo 1, página 229



5.7. PARTILHA DE INFORMAÇÃO

A confidencialidade, tal como abordado em anterior capítulo sobre Sigilo e Segurança, é um valor particularmente importante na intervenção em saúde, nomeadamente em contexto de saúde familiar, no qual as equipas prestam cuidados aos diferentes membros de uma família; no caso de uma situação de violência no próprio agregado, tanto quem é vítima como perpetrador/a podem utilizar os serviços e, nessa condição, a preservação do sigilo adquire um valor redobrado, por motivos óbvios.

Contudo, é importante assumir – e explicar às vítimas - que existem **limites à confidencialidade**. Por exemplo, na suspeita de haver crianças e jovens em risco ou em perigo de maus tratos, deve ser atribuída igual relevância à segurança e à proteção daquelas, mesmo que tal signifique necessidade de quebra de confidencialidade face a uma situação de violência por parceiro/a íntimo/a.

Existem **situações em que é necessária a partilha de informação, tendo em vista a melhor condução do caso**, tanto no que respeita a vítima como ao/a perpetrador/a. Pode, por exemplo, tratar-se da solicitação de um/a colega que também está a seguir o caso, de uma EPVA ou de um NACJR/NHACJR, de uma instituição parceira na prevenção do fenómeno ou de um pedido por parte do tribunal, nomeadamente quando os dados solicitados podem constituir meio de prova.

O/a profissional terá de tomar uma decisão informada sobre que tipo de dados partilhar em determinada situação. Nem sempre é fácil equilibrar a confidencialidade com questões de levantamento do sigilo, pelo que tal decisão, melhor do que em termos individuais, será preferencialmente tomada em equipa ou partilhada com outros profissionais - inclusive para assegurar a proteção do/a profissional.

Por outro lado, o/a profissional deve estar particularmente atento em **situações em que a confidencialidade possa ser acidentalmente quebrada**. Por exemplo, em casos de atendimento de uma vítima que se encontre numa casa de abrigo, deve tomar-se especial atenção à exposição de informação ou registos escritos que possam revelar informação importante (morada, contactos) e que ajudem o/a agressor/a a localizar a vítima.

Noutras situações, a **falta de partilha de informação pode ser mais perigosa que a quebra da confidencialidade**, mas deve ser apenas realizada com instituições devidamente credenciadas. A **razão primeira para que haja partilha de informação deverá atender à segurança da vítima ou dos seus dependentes**. Mesmo nessas situações, apenas deve ser partilhada a informação que se considere imprescindível e relevante.

6. IMPACTE DA INTERVENÇÃO NA SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS

“Ouvir histórias de violência, testemunhar sofrimento e danos [...] causados por alguém de quem é suposto esperar amor, carinho e proteção, não deixa indiferentes os profissionais de saúde. Produz sentimentos de dor, tristeza, raiva, agressividade, impotência e afeta crenças acerca do mundo e das relações. Tudo isso se pode repercutir, também, na prática assistencial [...]”.

Rodríguez et al (2012)

In Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género

De uma forma geral, a complexidade da intervenção em situações de violência pode gerar stress nos profissionais, muitas vezes associado a sofrimento, insegurança e inquietações. O envolvimento emocional e sobrecarga de situações acarreta, frequentemente, consequências para a sua saúde física e mental e repercussões na sua rede de suporte familiar e social.

Neste domínio, existem diversos riscos e medidas preventivas de autoproteção que devem ser tomados em consideração (op cit.):

Contaminação psíquica – Trata-se do envolvimento emocional excessivo que o/a profissional desenvolve em relação à pessoa que assiste. Para apoiar em situações de violência, é imprescindível criar empatia para com a vítima. No entanto, para evitar intervir com base na “boa vontade”, é essencial estabelecer uma adequada distância terapêutica bem como desenvolver competências de intervenção nesta área, nomeadamente de empoderamento da vítima.

Sobre-identificação/Projeção – Corresponde a um grau exagerado de identificação com a vítima, que conduz ao não respeito pelo seu tempo, ritmo e recursos internos e externos. Representa situações nas quais o/a profissional procura tomar decisões por aquela ou tentar que as adote segundo o seu quadro pessoal ou profissional de valores (especialmente se for muito claro que tais decisões representem o que o/a profissional faria se ele/a fosse a vítima). Para evitar este tipo de situações, é necessário, para além

do referido no ponto anterior, ter uma atitude de respeito face à evolução da postura da vítima e apoiá-la durante todo o processo de tomada de decisões. Por vezes, estas situações podem encontrar-se associadas a antecedentes pessoais e/ou familiares de violência do/a profissional.

Stresse associado ao fracasso das intervenções - Apesar do tempo e esforço dedicado, a falta de resultados em muitos casos de violência, frequentemente associados a dinâmicas relacionais complexas e ausência de recursos, pode criar no/a profissional um sentimento de frustração e levar a uma intervenção ineficaz, baseada no ceticismo e fatalismo. Para evitá-lo, ou minimizá-lo, é necessário definir, de forma realista, objetivos e metas a alcançar, assumindo que o seu papel na prevenção da violência, em especial doméstica e nas relações de intimidade, é parte de uma estratégia de intervenção mais ampla, com muitos outros setores e profissionais envolvidos. Porque o seu substrato é de origem multifatorial, importa a valorização de ganhos de forma progressiva, muitas vezes, em pequenas mudanças que vão ocorrendo.

Burnout - Aparece no seguimento das situações atrás expostas, quando existe um desequilíbrio entre as expectativas individuais do/a profissional e a realidade do trabalho diário, assim como resultado de estratégias desadequadas de gestão de conflitos. A solução mais eficaz para esta síndrome passa pelo desenvolvimento de estratégias de gestão do stress que permitam ao/a profissional eliminar,



ou minimizar, a fonte de tensão, ou neutralizar as consequências negativas dessa experiência vivida.

Neste seguimento, importa considerar as seguintes estratégias preventivas:

- » Medidas individuais, relacionadas com auto-consciencialização e autoproteção, através do reconhecimento de limites e dificuldades, procurando estabelecer de forma razoável um equilíbrio entre empatia e distanciamento, expectativas e objetivos realistas.
- » Medidas relacionadas com estratégias de intervenção no fenómeno, tais como, formação, supervisão continuada de casos, trabalho em equipa multidisciplinar e em rede¹³⁸;

- » Medidas institucionais relacionadas, nomeadamente, com a alocação de recursos humanos e técnicos necessários, bem como a promoção de um bom ambiente organizacional¹³⁹. Este ponto assume especial relevância para as EPVA's, devendo estar asseguradas condições para a sua intervenção, nomeadamente no que respeita à autonomia funcional e técnica, trabalho de base concelhia e afetação de tempos disponíveis para intervenção e reuniões tanto, de equipa como de rede de parceiros à semelhança dos NACJR/NHACJR .

¹³⁸ Consultar 8. O Trabalho em Rede, Parte II, página 128

¹³⁹ Disponível em: <http://www.dgs.pt/em-destaque/nucleos-de-apoio-a-criancas-e-jovens-em-risco-pdf.aspx>

7. INTERVENÇÃO COM AGRESSORES/AS

Sem uma compreensão profunda das dinâmicas que sustentam as interações violentas, dificilmente podem ser implementadas intervenções eficazes e adequadas junto das vítimas, dos/as agressores/as, da comunidade alargada ou, mesmo, pretender-se introduzir mudanças na sociedade.

Atualmente, torna-se consensual a importância de serem denunciadas as situações de violência e apoiar-se quem delas é vítima. No entanto, numa ótica/s preventiva¹⁴⁰, é necessário compreender também que, dada a natureza deste fenómeno e as características psicossociais de quem é perpetrador/a do mau trato, uma das formas de proteger as vítimas e de evitar futuras agressões passa, precisamente, por favorecer a mudança no/a agressor/a, no sentido de desenvolver um padrão relacional não violento, atual ou futuro.

Um aspeto característico nos/as agressores/as é a tendência à minimização da agressão, através da negação e, mesmo, da inversão do comportamento agressivo, culpando a vítima pelo mesmo, não sentindo, por isso, necessidade de o alterar.

Uma avaliação do perfil de cada agressor/a e da dinâmica estabelecida constitui o primeiro passo no sentido da definição de um projeto de intervenção e das estratégias a adotar. Por exemplo, há que ter em conta que as motivações para o tratamento têm graus de divergência muito consideráveis. A vontade de mudança não é a mesma, assim como os próprios recursos a mobilizar (internos e externos) para essa mudança. Em certas situações, o fator precipitante para a ação é, por exemplo, uma medida cautelar por decisão judicial, em que a regulação é assumida pela própria sociedade através do seu sistema de justiça.

De uma forma genérica, as características dos agressores/as não são homogêneas. Num exercício meramente conceptual podem ser enquadrados tendo em conta as tipologias de violência, preconizadas pela OMS (Krug et al., 2002)¹⁴¹.

No âmbito da violência doméstica, são de considerar grupos diferentes de agressores, nomeadamente: o mais frequentemente referido é o/a agressor/a no contexto de relações de intimidade presente ou passada; as crianças, direta ou indiretamente vítimas de violência, que pela exposição reiterada a padrões violentos podem, em alguns casos, desenvolver condutas violentas, maioritariamente dirigidas a mães e irmãos; as mulheres que, sendo vítimas continuadas de violência doméstica, podem desenvolver nesse contexto perturbações emocionais e de comportamento que resultam em situações de maus tratos aos filhos; perpetradores/as de negligência ou de maus tratos parentais sem violência conjugal associada; cuidadores/as familiares que exercem violência contra pessoas idosas, dependentes, portadoras de deficiência ou acamadas. Por outro lado, importa ainda referir agressores que exercem práticas violentas no contexto de relações desconhecidas, como é o caso, por exemplo, da violação por pessoa estranha.

No que respeita à **intervenção direta com agressores/as**, esta pode ocorrer a nível individual, conjugal, familiar ou em grupo. Os programas para agressores / as mais frequentemente utilizados são de quatro tipos:

- » Programas ou estratégias de gestão da raiva, geralmente através de estratégias de controlo do impulso;
- » Grupos de autoajuda;
- » Programas de cariz psicoeducacional;
- » Modelos de intervenção psicoterapêutica.

Tendo o setor da Saúde intervenção no ciclo vital, com espaços privilegiados de proximidade de cuidados com os utentes, é fundamental contemplar respostas integradas, aos vários níveis de cuidados e numa perspetiva de trabalho em rede. Neste âmbito, a prevenção, deteção, avaliação e apoio junto de agressores/as, nos diferentes níveis de cuidados, implica intervenções ajustadas às suas necessidades e complementares à atuação junto de quem é vítima.

¹⁴⁰ Consultar 1. Prevenção da Violência, Parte II, página 98

¹⁴¹ Consultar 1.2. Tipologia da Violência, Parte I, página 26



“[...] a «chave» na definição da intervenção terapêutica não está, pois, em retirar-lhe o poder e a força que ele possa ter, mas sim em ajudá-lo a gerir adequadamente esse poder [...]”.

Fonte: Redondo et. al. (2012)
In Manual Sarar – Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar
Uma Proposta de Manual para Profissionais de Saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos

Especificamente na intervenção individual junto do/a agressor/a:

Relativamente às intervenções de carácter grupal, Redondo et al., 2012 descreve ainda, para além das questões associadas à própria aceitação a esse tipo de programas, a necessidade de assumir a situação de violência como um problema, vontade de mudar o seu comportamento violento, compromisso no cumprimento das regras estabelecidas, promoção da segurança os seus familiares e possibilidade de monitorização do seu comportamento por parte de redes primárias e secundárias.

Muito embora o comportamento violento, nem sempre tenha por base uma perturbação psiquiátrica, tal como defendem Redondo et al., (2012), salienta-se a especial importância da ação dos Serviços de Saúde Mental de adultos ou da Infância e da Adolescência¹⁴², bem como, nas situações onde existem dependência de substâncias, comuns a muitos agressores, o papel dos Centros de Resposta Integradas e das Unidades de Desabilitação das Divisões de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências)¹⁴³.

Em situações limite, e havendo justificação clínica poderá igualmente ser necessário recorrer ao internamento compulsivo não só de agressores/as como de vítimas. A este propósito consultar o Anexo 3.

A abordagem nesta área deve ser desenvolvida, sempre que possível, de modo a que a intervenção, tendo como alvo os/as agressores/as, esteja articulada com a intervenção dirigida às vítimas e inserida nos planos nacionais de luta contra a violência, prevendo níveis de complexidade, de transdisciplinaridade e de monitorização repartida entre as várias estruturas opera-

tivas envolvidas e os vários atores sociais implicados.

No âmbito do V PNPCVDG¹⁴⁴, umas das áreas estratégicas, com medidas específicas para diversos setores e inclusive para a Saúde, é precisamente a intervenção junto de agressores/as, de forma a eliminar ou reduzir o risco de revitimização/reincidência nas situações de violência doméstica e de género. São objetivos deste eixo os seguintes:

- » Prevenir a reincidência em crimes de violência doméstica;
- » Prevenir a reincidência em crimes de violência sexual;
- » Promover programas de intervenção junto de jovens agressores/as.

Paralelamente ao desenvolvimento de programas de intervenção específicos¹⁴⁵, o sucesso da mediação com os agressores/as terá de fazer acompanhar-se por um investimento fundamental na educação para a cidadania e para os direitos, na promoção da saúde mental, na proteção de pessoas e grupos vulneráveis, na implementação da equidade.

Trata-se de desenvolver mecanismos de prevenção da violência, a qual permanece sustentada em crenças e em mitos fortemente enraizados na cultura, nomeadamente os que estão ancorados nas desigualdades de género. Para tal, há que incrementar a adoção de valores sociais e culturais mais protetores e respeitadores de cada pessoa humana e de todas, em geral.

Para aprofundamento desta temática e enquanto boa prática no setor da saúde, sugere-se a consulta do capítulo 2.5.2.2. Programa de Intervenção com Agressores, no Manual SARAR - Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar: Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar / entre parceiros íntimos, de Redondo et. al. (2012)¹⁴⁶.

¹⁴² Consultar URL em <http://www.saudemental.pt/publicacoes-cnsm/>

¹⁴³ Consultar URL em <http://www.sicad.pt/pt/Paginas/default.aspx>

¹⁴⁴ Consultar V PNPCVDG, disponível em URL <http://www.igualdade.gov.pt/index.php/pt/menu-legislacao/planos-nacionais.html>

¹⁴⁵ Consultar 7.1. Programa para Agressores de Violência Doméstica, página 127

¹⁴⁶ Disponível em URL <http://material.violencia.online.pt/CONTEUDOS/SARAR/Manual%20SARAR%20site.pdf>

7.1. PROGRAMA PARA AGRESSORES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

No âmbito de uma resposta estruturada dirigida a agressores de violência conjugal foi desenvolvido pela Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) um **Programa para Agressores de Violência Doméstica (PAVD)**. Este programa tem como principal finalidade promover a consciência e assunção da responsabilidade do comportamento violento bem como a utilização de estratégias alternativas ao mesmo, objetivando a diminuição da reincidência¹⁴⁷.

Em termos conceptuais, baseia-se no modelo desenvolvido no âmbito do programa congénere da Região Autónoma dos Açores desenvolvido por Rijo e colaboradores em 2007, seguindo princípios da abordagem motivacional (cit in Rijo & Capinha, 2012).

O seu público-alvo são agressores conjugais do sexo masculino com aplicação de injunção ou regra de conduta, no âmbito da Suspensão Provisória do Processo ou da Suspensão de Execução da Pena de Prisão, em medida/sanção penal com duração mínima de 18 meses.

Na prática, engloba duas modalidades de intervenção, de componente obrigatória: a intervenção individualizada com utilização de técnicas motivacionais e de trabalho em rede; e uma intervenção psicoeducacional em dinâmica de grupo (20 sessões semanais com periodicidade semanal) que visa conduzir os participantes à assunção de responsabilidade pelo seu comportamento abusivo e à alteração do padrão de interação nas relações conjugais.

O programa integra ainda a possibilidade de articulação com outras entidades, nomeadamente, no apoio terapêutico em saúde mental, tratamento de problemáticas aditivas e apoio terapêutico sistémico (terapia família/casal) e outras intervenções sociais.

Trata-se de um programa inovador na leitura cognitivo-interpessoal das variáveis subjacentes à violência no casal. Foi implementado na Delegação Regional do Norte da DGRS com resultados promissores (op. cit.).

¹⁴⁷ Consultar URL em <http://goo.gl/7QmbRp>



8. O TRABALHO EM REDE

“Quando falamos de intervenção em rede, quais os objetivos de tal intervenção? No global poderemos afirmar que a intervenção em rede visa, fundamentalmente, ajudar as pessoas a criar espaços de partilha de “conforto” afetivo, capazes de contribuírem para as ajudar a enfrentar e ultrapassar a crise presente, a próxima crise, e as inevitabilidades da vida”.

Fonte: Redondo et. al. (2012)
In Manual Sarar – Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar
Uma Proposta de Manual para Profissionais de Saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos

Sendo a violência um fenómeno complexo de origem multifatorial, a OMS defende que a sua prevenção deve ser indissociável de uma coordenação e conjugação de esforços, na implementação de ações em rede, de natureza multidisciplinar e multissetorial, tendo por base o Modelo Ecológico¹⁴⁸. Tal como defendem Redondo et al. (2012): “as associações entre a violência e os fatores individuais e os contextos mais amplos sociais, culturais e económicos sugerem que direcionando as respostas aos fatores de risco, nos diversos níveis do modelo ecológico, é possível também contribuir para a redução de mais de um tipo de violência”.

Só desta forma se considera ser possível permitir uma visão holística do problema, desenvolvendo intervenções eficazes com base em linguagens e procedimentos comuns, mais próximas das reais necessidades das vítimas.

Quando se fala de trabalho em rede importa considerar uma dupla perspetiva que inclua na intervenção o reconhecimento da existência de redes primárias e redes secundárias de suporte. Trata-se de dois conceitos teoricamente definidos, com limites colocados à operacionalização na prática, dado o carácter dinâmico e interativo do indivíduo com o meio enquanto ser social, não se tratando, por esse motivo, de áreas estanques. As redes primárias são constituídas sobre uma base afetiva ou de afinidades, onde se definem as necessidades que incluem redes

de vizinhança, parentesco, amizade, entre outras, não estabelecidas em relações estritamente funcionais ou comandadas por estruturas sociais formais. Por seu turno, as redes secundárias, formais ou informais, mais estruturadas e estáveis que as primeiras, dizem respeito precisamente àquelas cujas relações se estabelecem a partir de entidades sociais, com vista a responderem a exigências de natureza funcional (Redondo, et al., 2012).

A necessidade de criação de redes secundárias de trabalho integrado e de articulação intersectorial nesta matéria, na qual o setor da saúde ocupa um papel primordial tem assim como objetivos fundamentais os que se descrevem no quadro adiante (**Quadro 30**).

Um aspeto essencial do trabalho em rede diz respeito ao **princípio da intervenção mínima**, no qual a intervenção deve ser exercida exclusivamente pelas entidades e instituições cuja ação seja indispensável à efetiva promoção dos direitos e à proteção da vítima (RIVS, 2011).

No âmbito do trabalho integrado, considera-se importante a criação de oportunidades de diálogo conjunto entre os diversos atores sociais para discussão de casos e definição conjunta de planos de atuação, tendo por base uma avaliação cuidada dos fatores de risco e de proteção associados (**Figura 17**).

¹⁴⁸ Consultar 1.5.1. Modelo Ecológico da Violência, Parte I, página 38

QUADRO 30 - OBJETIVOS DO TRABALHO EM REDE

» Reconhecer a complexidade da problemática e as suas consequências, procurando produzir mudança social e contribuindo para a sua prevenção
» Aprofundar o conhecimento da problemática aos diferentes níveis: nacional, regional e local
» Contribuir para o estabelecimento de objetivos partilhados e monitorização das intervenções realizadas
» Implementar modelos de intervenção integrada no âmbito da deteção precoce, intervenção e encaminhamento de vítimas e agressores/as
» Contribuir para a implementação e divulgação de boas práticas a nível da humanização no atendimento a vítimas de violência
» Aumentar a eficácia do sistema de suporte às situações, procurando aumentar a segurança e proteção das vítimas e indo ao encontro das suas reais necessidades
» Contribuir para o <i>empoderamento</i> das vítimas, promovendo o seu acesso a recursos e mobilizando um conjunto de respostas que procuram garantir o gozo efetivo dos seus direitos
» Promover respostas eficazes no âmbito da intervenção de agressores/as evitando a sua reincidência
» Evitar a fragmentação de cuidados e consequente revitimização através da implementação de procedimentos de partilha de informação e de encaminhamento, com devidas reservas de confidencialidade
» Agilizar canais de comunicação de forma a permitir uma maior eficácia das intervenções
» Rentabilizar e maximizar recursos nesta área

Adaptado de: AMCV et al., 2013

FIGURA 17 - ATORES SOCIAIS



Adaptado de: AMCV et al., 2013



Para a construção de redes de suporte eficazes, importa considerar os seguintes parâmetros:

- » Levantamento das necessidades sentidas pela comunidade e dos recursos existentes;
- » Construção de uma linguagem e formas de trabalho comuns entre os vários intervenientes sociais, que tenham em consideração questões associadas às desigualdades de género;
- » Clarificação de competências e responsabilidades entre os diversos parceiros, tendo em conta as diferentes potencialidades e níveis de intervenção;
- » Definição da missão e objetivos da rede;
- » Estabelecimento de formas de funcionamento, comunicação, articulação, incluindo procedimentos de partilha de informação e seus limites;
- » Planificação de ações a desenvolver, mecanismos de avaliação, divulgação de resultados, estabelecimento de prazos e cronograma.

No estabelecimento destas parcerias, o sistema policial e judicial assume um papel essencial na resposta a situações de violência, não só contribuindo para a proteção da vítima, através do estabelecimento de medidas de controlo do agressor/a, com potencial impacto na diminuição da reincidência, mas também na cooperação com outras entidades comunitárias sob um ponto de vista preventivo.

De acordo com Jubín et al. [s.d.], a intervenção em rede desenvolve-se em três etapas: **encaminhamento**, **articulação** e **seguimento**.

O **encaminhamento** não se trata de um mecanismo para passar o problema de um serviço para outro, mas sim para complementar a intervenção com perspetiva de outras áreas disciplinares ou setoriais. Ao encaminhar-se, não se perde o contacto com o indivíduo ou com o problema, mas sim promove-se uma intervenção complementar. Para que tal seja possível, o encaminhamento deve cumprir, de acordo com as autoras, alguns requisitos:

- » Informar adequadamente a pessoa sobre os motivos do encaminhamento, o que se procura, o que se pode obter, definir o que fazer no

seu seguimento, como e para quê manter o contacto com o serviço inicial;

- » Informar quem recebe o encaminhamento, para que esteja a par do que se pretende, seja por forma telefónica, escrita ou comunicação informal. A salientar que as vítimas muitas vezes não se encontram em condições de explicar a situação ou o motivo do encaminhamento, podendo conduzir a intervenções confusas e menos adequadas.

Na **articulação** interinstitucional existem, muitas vezes, profissionais que vão constituindo-se como pessoas de contacto e referência. Articular não consiste somente em informar ou encaminhar, mas sim definir procedimentos que assegurem que os encaminhamentos produzam os resultados esperados. Para consolidar o trabalho em rede interinstitucional, é necessário criar espaços de encontro e partilha, de forma a construir relações de confiança profissional, baseados na complementaridade.

O **seguimento**, enquanto parte integrante da intervenção, consiste na monitorização do processo através das diferentes instâncias, realizando-se a dois níveis: institucional, relacionado com o processo de intervenção da rede institucional, como um aspeto da articulação; outro, relacionado com o processo de apoio continuado à vítima, tendo em vista a potenciação das suas redes primárias de suporte.

Sobretudo no trabalho ao nível institucional, importa sublinhar que as entidades tendem, por vezes, a atuar de forma isolada, não entendendo a situação no seu todo e abordando cada necessidade separadamente, tendo em conta a especialização de cada área de intervenção. A este propósito, Redondo et. al. (2012) alertam para o risco de abordagens setorializadas de soluções que potenciam o que designa de “*mudar alguma coisa para ficar tudo na mesma*”. No paradigma do trabalho em rede, cada elemento do sistema deve constituir-se, não como uma resposta clivada para resolver uma necessidade específica, mas sim como um contributo para um processo de apoio integral que contemple as dimensões biológicas, psíquicas e sociais.

Tal conceção, defendem os autores, implica uma mudança de atitude no que tem constituído prática corrente, impondo como primeiro movimento “o sair dos gabinetes” e a adoção de formas de atuação que impliquem, entre outras exigências:

- » Plasticidade sujeita a avaliação contínua;
- » Quebra de onipotência institucional;
- » Capacidade de maior exposição a sentimentos de impotência, frustração e ansiedade;
- » Promoção da livre circulação de informação de acordo com os princípios éticos, deontológicos e legais;
- » Imersão no mundo subjetivo do outro, evitando aspetos ligados à “contaminação” pessoal¹⁴⁹;
- » Autenticidade que traduza convicções profundas e de significação real;
- » Respeito pelo ritmo da rede, não procurando acelerá-lo;
- » Relação humanizante e de confiança;
- » Capacidade de agir no presente e de considerar aspetos da história pessoal de quem se está a apoiar.

De acordo com diversos autores, as experiências de trabalho em rede contribuem indubitavelmente para um aumento da eficácia das intervenções, beneficiando todos os seus atores, na medida em que as próprias redes sustentam e ajudam a sentir o apoio coletivo, resultando em experiências de trabalho menos cansativas e frustrantes numa área tão exigente.

“A existência de recursos não constitui, por si só, uma resposta eficaz às necessidades das vítimas, é a forma de articulação entre as várias organizações que determina o sucesso da intervenção”.

Fonte: Manual sobre Avaliação e Gestão de Risco em Rede AMCV, DGS e outros, 2013

Em suma, o trabalho em rede, absolutamente fulcral na intervenção no domínio da violência, deve consubstanciar-se no paradigma defendido por Edgar Morin, de que num sistema “o todo não é igual à soma das partes”.

Apenas com um trabalho verdadeiramente preventivo e integrado se pode contribuir para minorar o sofrimento das vítimas e contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida.

A este propósito, refira-se a pertinência da consulta do Manual Sarar – Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar – Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos, nomeadamente no que se refere ao Capítulo Violência Familiar/Entre Parceiros Íntimos: uma Perspetiva Multidisciplinar, Multissetorial e em Rede na Organização de Cuidados (Redondo et. al., 2012).

Como instrumento de apoio à intervenção em rede, destaca-se ainda os seguintes documentos que elencam diversos recursos e respostas nacionais para intervenção nas várias áreas:

- **Guia de Recursos na área da Violência Doméstica**, produzido pela CIG Disponível em URL: <http://www.igualdade.gov.pt/guiaderecursosvd/>

- **Laços e Fronteiras: Guia de Recursos no combate ao TSH**, produzido pela UMAR. Disponível em URL em: <http://www.violenciadomestica.uevora.pt/index.php?Recursos/Livros-e-Artigos>

- **Breaking the taboo 2. Violência contra mulheres idosas no contexto das famílias: reconhecer e agir**, produzido pelo CESIS. Disponível em URL em: http://www.cesis.org/admin/modulo_news/ficheiros_noticias/20130308145517-1manual_de_formaouo.pdf



9. ASPETOS LEGAIS

Na Saúde, nos diferentes níveis de cuidados, a intervenção dos serviços e a ação dos profissionais, no que respeita às diferentes formas de maus tratos e da violência interpessoal, são enquadrados por um conjunto vasto de legislação.

Para além da matéria jurídica que, em termos genéricos, é aplicável aos diferentes aspetos da atuação em saúde – são diversos os diplomas que incidem, especificamente, nas matérias relacionadas com a violência ao longo do ciclo de vida.

Nos capítulos anteriores, procurou-se, sempre que considerado adequado, explicitar os aspetos jurídicos relacionados com as matérias em causa, dando ênfase, nomeadamente à Lei n.º 112/2009, de 16 de setembro, acerca da prevenção da violência doméstica e da proteção e assistência das vítimas, assim como à Lei n.º 147/99 de 1 de setembro, a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo.

No que respeita, especificamente, aos modelos de organização da resposta ao fenómeno dos maus tratos e da violência por parte dos serviços de saúde, é dado relevo, no documento, ao Despacho n.º 31292/2008, de 5 de dezembro, que criou e regula a Ação de Saúde sobre Crianças e Jovens em Risco, assim como ao Despacho n.º 6378/2013, de 16 de maio,

que criou e regula a Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida.

Por outro lado, acerca destas matérias, não deixou de ser realçado o enquadramento da intervenção da saúde no contexto intersetorial dos Planos Nacionais em vigor, no domínio das questões da cidadania, da igualdade da prevenção dos maus tratos e da violência, nas suas diversas formas de expressão.

Contudo, haverá também que destacar, no presente capítulo, o Direito Penal naquilo que se refere à matéria que é objeto deste referencial técnico. Trata-se de matéria também cujo conhecimento, nos traços essenciais, constitui necessidade incontornável por parte dos profissionais que prestam cuidados nos serviços de saúde.

De facto, é essencial que todos os profissionais de saúde estejam familiarizados com a legislação nesta área¹⁵⁰, tanto em matéria de proteção a vítimas como no direito penal, sobretudo no que diz respeito à denúncia dos crimes de que tomem conhecimento no exercício das suas funções ou por causa delas, nos termos do art. 242º do Código de Processo Penal, enquanto função obrigatória para todos os funcionários, na aceção do art. 386º do Código Penal.

9.1. DIREITOS DAS VÍTIMAS DE CRIMES

Os direitos de quem é vítima de crimes encontram-se salvaguardados num conjunto vasto de diplomas legais, dos quais podem ser destacados os seguintes:

- » **Diretiva 2012/29/EU, de 25 de Outubro** – estabelece normas mínimas relativas aos direitos, ao apoio e à proteção das vítimas da criminalidade.

- » **Resolução da Assembleia da República n.º 4/2013 de 21 Junho que aprova em Portugal a Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e a Violência Doméstica, designada de Convenção de Istambul, de 11 de Maio de 2011** – estabelece um quadro legal pan-europeu para a proteção das mulheres contra todas as formas de

¹⁵⁰ Para aprofundamento destas matérias sugere-se a consulta dos seguintes sites: <http://www.pgdlisboa.pt/pgdl/>, <http://verbojuridico.com>, <http://www.apmj.pt>; <http://www.infovictimas.pt>

violência e para a prevenção e eliminação da violência contra as mulheres e violência doméstica. É inovadora na introdução de crimes como a mutilação genital feminina, o casamento forçado, o assédio, o aborto forçado e a esterilização forçada. Os art. 18º a 28º do Capítulo IV, tratam especificamente da proteção e apoio às vítimas de violência sexual. Várias medidas de Proteção encontram-se consagradas no art. 56º.

- » **Resolução da Assembleia da República n.º 75/2012 de 9 Março que aprova em Portugal a Convenção do Conselho da Europa para a Proteção das Crianças Contra a Exploração Sexual e os Abusos Sexuais, de 25 de Outubro de 2007 - Convenção de Lanzarote** – estabelece mecanismos de forma a prevenir e combater a exploração sexual e os abusos sexuais de crianças, proteger os direitos das crianças vítimas deste tipo de práticas bem como promover a cooperação nacional e internacional neste domínio.
- » **Lei n.º 112/2009, de 16 de Setembro** – estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e assistência das suas vítimas. Integra algumas definições, nomeadamente, quem é considerada uma vítima especialmente vulnerável. Esta lei consagra uma tutela social a vários níveis que deve ser prestada às vítimas de violência doméstica, e garante-lhes o direito à sua proteção, nomeadamente, a testemunhas especialmente vulneráveis, de não prestarem o seu depoimento em

audiência pública, assim como no espaço tribunal, garante-lhes o não contacto com o arguido. Prevê também a possibilidade do recurso à videoconferência e declarações para memória futura. A mesma lei trata ainda das condições de atribuição do estatuto de vítima por parte das autoridades judiciais ou dos órgãos de polícia criminal. O art. 14.º, n.º 1, do mencionado diploma determina que, apresentada a denúncia da prática do crime de violência doméstica, não existindo fortes indícios de que a mesma é infundada, as autoridades judiciais ou os órgãos de polícia criminal competentes atribuam à vítima o estatuto de vítima.

- » **Lei n.º 104/2009, de 14 de Setembro** – aprova o regime aplicável ao adiantamento pelo Estado das indemnizações devidas às vítimas de crimes violentos e de violência doméstica.
- » **Decreto-Lei n.º 120/2010, de 27 de Outubro** – regula a constituição, o funcionamento, e o exercício de poderes e deveres da Comissão de Proteção às vítimas de crimes.
- » **Decreto-Lei n.º 117/2014, de 5 de Agosto** - o art. 8º, alínea i) especifica a isenção de taxas moderadoras no âmbito do SNS para vítimas de violência doméstica relativamente a atendimentos urgentes e atos complementares decorrentes de atendimentos associados à vitimização; a referida isenção constitui um direito plasmado no art. 50º, da Lei n.º 112/2009 de 16 de Setembro

9.1.1. DIREITOS DAS CRIANÇAS E JOVENS

Especificamente em relação aos direitos de crianças e jovens e atendendo ao **modelo da promoção/proteção das Crianças e Jovens em Perigo** consagrado na Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, os art. 70º e 71º n.º2 da Lei n.º 112/2009, de 16 de setembro, remetem para os procedimentos plasmados naquela lei, e impõem uma articulação entre os dois regimes legais, no que respeita aos direitos e deveres dos filhos menores das vítimas de violência doméstica quando acolhidas. Também no âmbito destes direitos, a **Lei n.º 113/2009, de 17 de setembro**, estabelece medidas de proteção de menores em cumprimento da **Convenção do Conselho**

da Europa contra a Exploração Sexual e ao Abuso Sexual de Crianças. No recrutamento para profissões, empregos, funções ou atividades públicas ou privadas, cujo exercício implica o contacto regular com crianças, impõe a obrigação à entidade recrutadora de pedir ao candidato a apresentação de certificado do registo criminal no sentido de aferir a sua idoneidade.

Em matéria de **direito civil e responsabilidades parentais em situações de divórcio e união de facto**, é importante salientar que, correndo dois processos simultaneamente e em tribunais diferentes – o das



responsabilidades parentais entre os cônjuges onde se discute a atribuição da guarda dos filhos menores (Tribunal de Família e Menores) e o processo-crime de violência doméstica (Tribunal Criminal) de um contra o outro – muitas vezes a decisão final do processo-crime tem necessariamente influência no processo das responsabilidades parentais.

9.2. ENQUADRAMENTO PENAL

As normas jurídicas relativas ao Direito Penal que constituem a legislação criminal, e que regulam esta matéria, encontram-se plasmadas no Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro, que aprova o **Código Penal** (CP), com as alterações operadas pelas Lei n.º 59/2007, de 4 de Setembro e Lei n.º 19/2013, de 21 de fevereiro.

Atendendo a que este ramo do direito tem como objetivo último a proteção de bens jurídicos, cabe especialmente ao Ministério Público (MP) a competência para exercer a ação penal, sempre que está em causa a prática de um crime. **Importa, no entanto, recordar que os crimes quanto à sua natureza,** podem ser: *públicos, semipúblicos ou particulares*:

- » **Crime Público**, sempre que a violação do bem jurídico em apreço é de tal forma grave que basta a denúncia para que o MP dê início ao procedimento criminal, logo que tome conhecimento dos factos. O MP pode tomar conhecimento da ocorrência, por diferentes formas que não dependem necessária ou diretamente da apresentação de queixa por parte da vítima (para além da queixa direta podendo ser dado conhecimento dos crimes ou através de suspeita participação aos OPC, uma informação escrita anónima, uma notícia de jornal, etc.). Nestas situações, determina-se o início de um inquérito e procede-se à investigação dos factos até que seja lavrado despacho de encerramento. Desta forma, e face à natureza pública do crime, mesmo que a vítima venha a informar que não deseja procedimento criminal (o que sucede muitas vezes), o MP é obrigado legalmente a prosseguir com o inquérito¹⁵¹ (Manita et al., 2009).
- » **Crime Semipúblico**, sempre que a lei penal faça depender a abertura do procedimento

Por outro lado, e após a decisão do processo – crime em que um dos progenitores seja efetivamente condenado, há que atender à eventual existência da sanção acessória, cujo objetivo é inibir o seu exercício da responsabilidade parental, ou terminar a tutela.

criminal da apresentação de uma queixa.

- » **Crime Particular**, todo o crime, cujo procedimento criminal depende da apresentação da queixa, mas também de acusação por parte do ofendido, que é o titular do bem juridicamente protegido.

Independentemente de se tratar de denúncia por outrem ou queixa da vítima, estas podem ser realizadas em diferentes instâncias:

- » Órgãos de Polícia Criminal (Guarda Nacional Republicana, Polícia de Segurança Pública ou Polícia Judiciária);
- » Delegações do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF, IP), gabinetes médico-legais e hospitais onde haja peritos médico-legais;
- » Portal Queixas Eletrónicas do Ministério da Administração Interna¹⁵²;
- » Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, nalguns casos, ou em relação a determinados crimes;
- » Diretamente ao MP junto do tribunal da área onde ocorreram os factos;

É possível apresentar queixa ou denúncia mesmo que não se saiba a identidade do/a autor/a do crime. Compete às autoridades a sua investigação posteriormente.

No CP, a **tipificação de crimes relacionados com a violência**, em particular a violência interpessoal, encontra-se detalhada num vasto articulado, aqui mencionado (**Figura 18**), mas cujo conhecimento detalhado, nomeadamente as molduras penais aplicáveis, se obtém na leitura do próprio CP.

A abordagem das situações de violência interpessoal por parte da Justiça encontra-se, com frequência,

¹⁵¹ Consultar 9.2.1. Processo Penal, Parte II, página 136

¹⁵² Disponível em URL: <https://queixaselectronicas.mai.gov.pt/>

ligada à que é tida pela Saúde, sendo desejável que o princípio do dever de colaboração seja efetivamente praticado, enquanto facilitação da cooperação mútua entre ambos os setores. Para tal afigura-se necessário “afinar” linguagens e aprofundar o conhecimento mútuo acerca dos procedimentos que, num e noutro setor, são tomados.

Para os profissionais de saúde, o conhecimento das diferentes etapas de um processo penal em crimes relacionados com a violência ao longo do ciclo da vida adquire assim relevância particular, nomeadamente no âmbito da prestação de informação e no contributo para a desmistificação do sistema judicial junto das vítimas.

FIGURA 18 - TIPIFICAÇÃO DE CRIMES RELACIONADOS COM VIOLÊNCIA

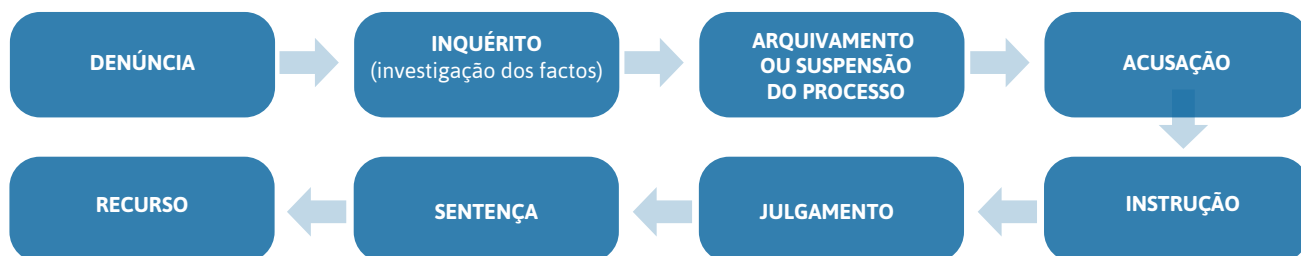
Dos Crimes contra a Vida	<ul style="list-style-type: none">> Art. 131º – Homicídio> Art. 132º – Homicídio qualificado> Art. 133º – Homicídio privilegiado> Art. 134º – Homicídio a pedido da vítima> Art. 135º – Incitamento ou ajuda ao suicídio> Art. 136º – Infanticídio> Art. 137º – Homicídio por negligência> Art. 138º – Exposição ou abandono
Dos Crimes contra a Vida Intra-uterina	<ul style="list-style-type: none">> Art. 140º – Aborto> Art. 141º – Aborto agravado
Dos Crimes contra a Integridade Física	<ul style="list-style-type: none">> Art. 143º – Ofensa à integridade física simples> Art. 144º – Ofensa à integridade física grave> Art. 145º – Ofensa à integridade física qualificada> Art. 146º – Ofensa à integridade física privilegiada> Art. 148º – Ofensa à integridade física por negligência> Art. 152º – Violência Doméstica> Art. 152º – A Maus Tratos
Dos Crimes contra a Liberdade Pessoal	<ul style="list-style-type: none">> Art. 153º – Ameaça> Art. 154º – Coação> Art. 158º – Sequestro> Art. 159º – Escravidão> Art. 160º – Tráfico de Pessoas> Art. 161º – Rapto> Art. 162º – Tomada de reféns
Dos Crimes contra a Liberdade e Autodeterminação Sexual	<p>Crimes contra a liberdade sexual</p> <ul style="list-style-type: none">> Art. 163º – Coação sexual> Art. 164º – Violação> Art. 165º – Abuso sexual de pessoa incapaz de resistência> Art. 166º – Abuso sexual de pessoa internada> Art. 167º – Fraude sexual> Art. 169º – Lenocínio> Art. 170º – Impostura sexual <p>Crimes contra a autodeterminação sexual</p> <ul style="list-style-type: none">> Art. 171º – Abuso sexual de crianças> Art. 172º – Abuso sexual de menores dependentes> Art. 173º – Actos sexuais com adolescentes> Art. 174º – Recurso à prostituição de menores> Art. 175º – Lenocínio de menores> Art. 176º – Pornografia de menores> Art. 177º – A Agravação das Penas> Art. 178º – A Queixa



9.2.1. PROCESSO PENAL

De uma forma sucinta, constituem **etapas do processo penal** as seguintes (**Figura 19**):

FIGURA 19 - ETAPAS DO PROCESSO PENAL



Adaptado de: www.infovitimas.pt

No âmbito do processo penal, salienta-se a grande utilidade dos registos clínicos, incluindo exame físico, fotodocumentação e preservação de provas, enquanto elementos fundamentais às instâncias judiciais, na aplicação de medidas de proteção e coação¹⁵³.

Por outro lado, no domínio do processo de apoio,

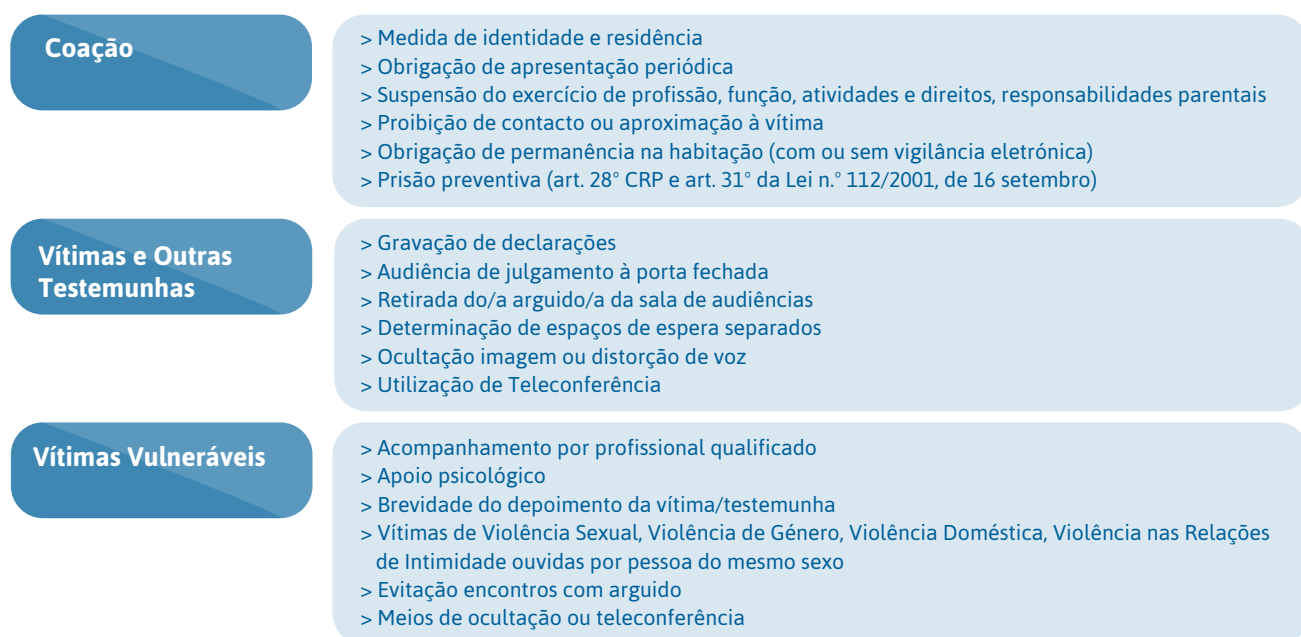
reforça-se igualmente a importância do trabalho de esclarecimento e desmistificação em torno do processo judicial, como forma de empoderamento da vítima e na consubstanciação do processo alimentando-o de forma testemunhal ou com recurso a meios de prova¹⁵⁴. A este propósito consultar o site da APAV - www.infovitimas.pt

9.2.2. MEDIDAS DE PROTEÇÃO E COAÇÃO

Após a constituição de arguido pela prática de crimes, nomeadamente do crime por violência doméstica, o Tribunal pode decretar medidas de proteção e

coação, inclusive no espaço de 48 horas. De seguida descrevem-se algumas destas medidas (**Figura 20**).

FIGURA 20 - MEDIDAS DE COAÇÃO E PROTEÇÃO



Adaptado de: www.infovitimas.pt

¹⁵³ Consultar 2.4. Avaliação, na Parte III, página 161

¹⁵⁴ Consultar 4. Aspetos Gerais no Atendimento a Vítimas e 5.2. Sigilo Profissional e Obrigatoriedade de Denúncia, na Parte II, página 119

9.2.3. PENAS ACESSÓRIAS

Independentemente da aplicação da moldura penal pela eventual prática do crime de violência doméstica, é possível a aplicação de uma sanção acessória, a que o agente pode estar sujeito, atendendo à concreta gravidade do facto e a sua conexão com a função exercida:

- » **Ser inibido de exercício da responsabilidade parental**, tutela ou curatela, por um período de um a dez anos (art. 152º, n.º 6 CP);

- » **Proibição de contacto com a vítima** (que pode incluir o afastamento da residência ou do local de trabalho desta, e o seu cumprimento pode ser fiscalizado por várias técnicas de controlo à distância).
- » **Obrigação da frequência de programas específicos** de prevenção da violência doméstica¹⁵⁵.

¹⁵⁵ Consultar 7. Intervenção com Agressores/as, Parte II, página 125



III PROTOCOLO GERAL DE ATUAÇÃO

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Antes de proceder à especificação do protocolo geral de atuação, há que realçar algumas ideias-chave acerca da intervenção da Saúde no domínio da violência interpessoal. Assim:

- » Os/as profissionais de saúde, pela proximidade com os utentes, encontram-se numa posição estratégica para detetar riscos e identificar as possíveis vítimas de violência;
- » Muitas vezes, os serviços de saúde são o único espaço que as vítimas encontram para falar do que se passa;
- » A **Linha de Saúde 24** (808 24 24 24) constitui um recurso incontornável no que diz respeito à recolha de informação, deteção e encaminhando das situações de violência interpessoal;
- » As situações de violência doméstica, em particular no contexto de relações de intimidade, enquanto “patologia do foro relacional”, podem tender à cronicidade;
- » Os/as profissionais de saúde devem ter em conta na sua intervenção a dinâmica do fenómeno, caracterizada pela alternância entre fases de agudização e fases de maior estabilidade, com avanços e recuos num processo complexo de mudança por parte das vítimas, pelo que não devem abdicar da continuidade do acompanhamento destas situações;
- » Em atendimento, na maior parte dos casos, o motivo da procura é disfarçado por outros problemas, outro tipo de sintomas e sinais, ou por motivos falsos, os quais, isoladamente, não permitem um diagnóstico de violência;
- » Na prática diária, as equipas de saúde devem estar atentas para este fenómeno e, mesmo que a vítima ou elementos próximos tentem ocultar tais situações, a aproximação por parte do/a profissional poderá facilitar a abertura a um diálogo futuro, criando novos espaços de ajuda;
- » O/a profissional não deverá “evitar” a deteção de casos de violência interpessoal, com receio de fazer piorar a situação e/ou envolver-se de forma responsável e consequente, podendo apoiar-se na consultadoria a colegas, nomeadamente nas EPVA e nos NACJR/NHACJR;

Não identificar uma situação de violência poderá implicar:

- A continuação da violência;
- A escalada da violência;
- A possibilidade da morte da vítima;

- » Atuar contribui para a possibilidade de resolução da situação, para desvanecer os mitos e crenças que acompanham a violência, nomeadamente a violência doméstica e de género. O **facto de escutar o/a utente pode ter um efeito terapêutico**;
- » O tratamento físico não deve ser o único cuidado a ter com o/a utente que relate lesões corporais resultantes de acontecimentos violentos. Há que tomar um **cuidado especial com o bem-estar emocional**, pelo que, em caso de necessidade, poderá ser sugerido apoio pelo/a próprio/a prestador/a dos cuidados, ou encaminhamento para serviços especializados, nomeadamente de saúde mental;
- » O trabalho em rede na resposta às vítimas assume um carácter essencial, contribuindo para a eficácia das intervenções, rentabilização de recursos e prevenção da revitimização.

O presente protocolo¹⁵⁴ procura, assim, responder às funções mínimas preconizadas pela OMS desde 1998, para a intervenção no domínio da violência (**Figura 21**):

- » Estar alerta a possíveis sinais e sintomas de maltrato e efetuar o seu seguimento.
- » Oferecer cuidados de saúde e registar a situação na história clínica.
- » Ajudar a vítima a compreender o seu mal-estar e os seus problemas de saúde como uma consequência da violência e do medo.
- » Informar e encaminhar as vítimas para os recursos disponíveis na comunidade.
- » Manter a privacidade e a confidencialidade da informação obtida.
- » Estimular e apoiar a vítima ao longo de todo o processo, respeitando a sua evolução.

¹⁵⁴ Adaptado de: Rodríguez & Moya (2012) e García-Morato & Martín (2008).

- » Evitar atitudes pouco solidárias ou culpabilizantes uma vez que podem reforçar o isolamento, diminuir a autoconfiança e a probabilidade de procurarem ajuda.
- » Colaborar com outros profissionais e instituições.
- » Contribuir para avaliar e investigar o problema mediante o registo de casos.

FIGURA 21 - FUNÇÕES MÍNIMAS DO SETOR DA SAÚDE PARA A INTERVENÇÃO EM VIOLÊNCIA



Adaptado de: OMS, 1998

O fluxograma geral de atuação apresentado na **Figura 22** tem como objetivo **facultar orientações para as boas práticas na detecção e intervenção em situações de violência interpessoal**, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, constituindo referência também para outros serviços.

Procura-se, desta forma, assegurar a uniformização de procedimentos nesta matéria, tanto nos cuidados de saúde primários como nos hospitalares, contribuindo para atuações mais exequíveis, concertadas e efetivas. Pretende-

se responder ao fenómeno da violência numa mudança gradual do paradigma de intervenção, priorizando ações preventivas e rentabilizando os recursos existentes.

O fluxograma deve ser utilizado de forma transversal com as adaptações inerentes aos diferentes serviços de ambulatório e internamento. Encontra-se estruturado tendo em conta as principais etapas que devem guiar a atuação do/a profissional de saúde, numa perspetiva dinâmica e não estanque, conforme enunciado a seguir:

RASTREIO



DETEÇÃO / AVALIAÇÃO



HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO



REGISTO



ACTUAÇÃO



SINALIZAÇÃO



Para intervenção em situações agudas e/ou de violência sexual, o/a profissional deverá seguir a sua atuação tendo por base o fluxograma específico de atuação para este tipo de situações como complemento ao fluxograma geral¹⁵⁵.

Descrevem-se ainda outras orientações para a intervenção no âmbito de vitimização específica, nomeadamente no caso de Mutilação Genital Feminina¹⁵⁶, Tráfico de Seres Humanos¹⁵⁷, e Violência contra Profissionais de Saúde¹⁵⁸.

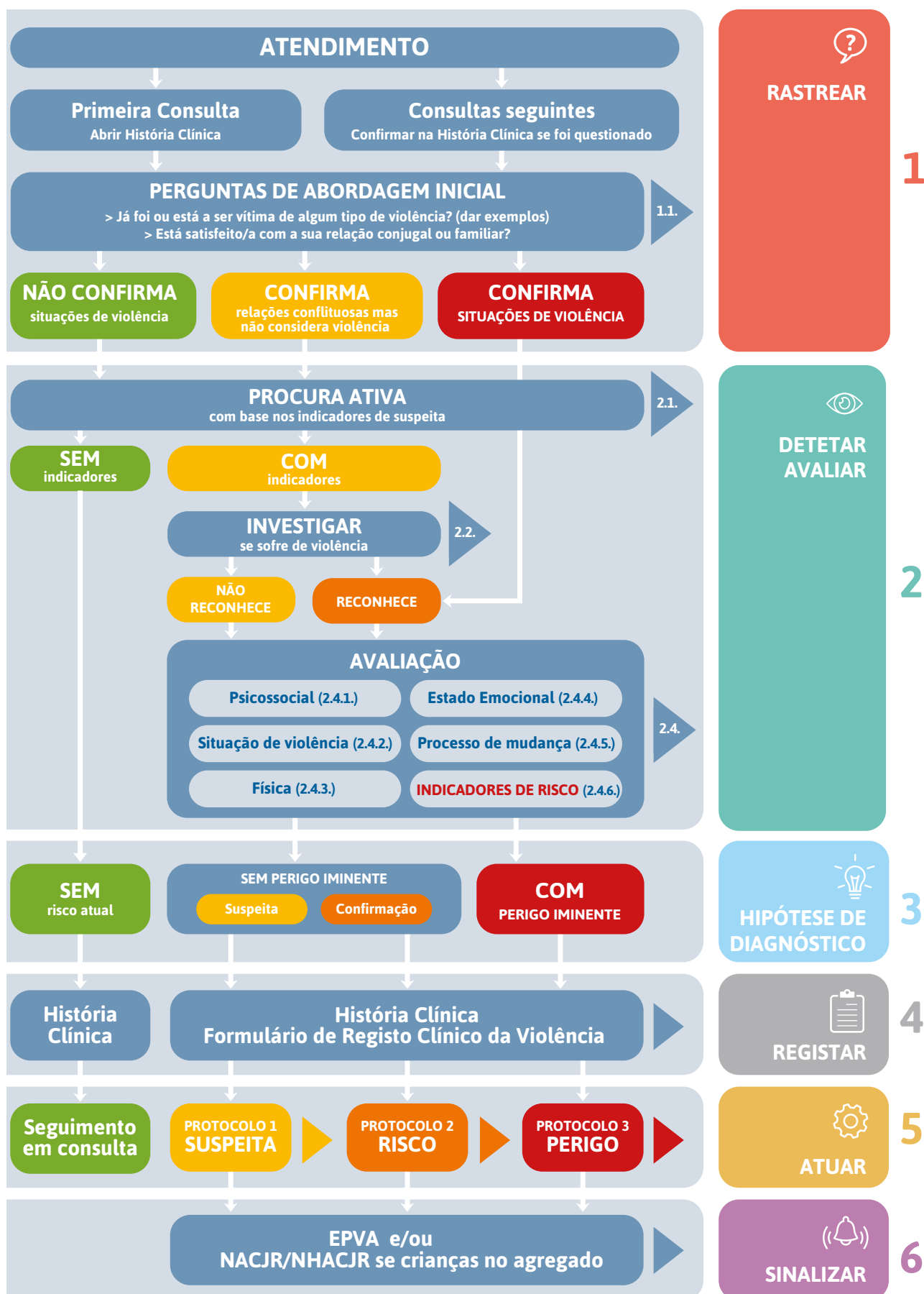
¹⁵⁵ Consultar 5.2.1. Situações Agudas e/ou Agressão Sexual, Parte III, página 194

¹⁵⁶ Consultar 5.2.2. Mutilação Genital Feminina, Parte III, página 195

¹⁵⁷ Consultar 5.2.3. Tráfico de Seres Humanos, Parte III, página 196

¹⁵⁸ Consultar 5.2.4. Violência contra Profissionais de Saúde, Parte III, página 200

FIGURA 22 - FLUXOGRAMA GERAL DE ATUAÇÃO EM VIOLÊNCIA INTERPESSOAL ¹⁵⁹



¹⁵⁹ Adequar a utilização do fluxograma consoante o nível de prestação de cuidados, contexto da relação profissional/utente (primeiro atendimento ou continuidade de cuidados) e características da situação (rastreo, suspeita, confirmação).

1. RASTREIO

RASTREIO



1. RASTREIO



A realização do rastreio (*“screening unilateral”*) da violência, em especial da violência doméstica, tem sido um tema pouco consensual na comunidade científica ao longo do tempo. Um dos argumentos contra a sua realização prende-se com o facto de, segundo alguns autores, não existir evidência científica sólida relativamente ao seu custo-benefício (Jewkes, 2013). Por outro lado, nem sempre é claro perceber quem é vítima e quem é agressor/a, sobretudo porque existem processos de vitimização e manipulação por parte de quem agride, assim como de culpabilização por parte da vítima, correndo-se o risco de alertar o/a próprio/a agressor/a, contribuindo para um aumento do risco de vitimização.

No entanto, sendo a violência um processo complexo, muitas vezes marcado pelo silêncio das vítimas e pela ausência de sinais evidentes, atendendo à máxima importância de prevenir a continuação da violência e/ou a sua ocorrência, e sendo os serviços de saúde um local privilegiado para intervir, dada a confiança e proximidade de relação com os utentes, considera-se fundamental ponderar a formulação de questões de rotina que permitam a deteção precoce e a prevenção de futuras situações de maus tratos. O despiste deve ser realizado de forma cuidadosa, etapa a etapa, até o/a profissional assegurar-se de que tem informação suficiente para compreender e substanciar a sua intervenção.

PORQUÊ PERGUNTAR?

PORQUE:

- » A ocorrência da violência interpessoal é muito frequente e é mais comum do que outros problemas de saúde para os quais já existem, inclusive, pautas para a respetiva deteção;
- » Investigar situações de maus tratos apenas quando há sinais óbvios de violência, nomeadamente lesões físicas, não é suficiente;
- » Não existem “perfis” que possam prever com suficiente fiabilidade quem é uma provável vítima nem um/a possível agressor/a;
- » A violência doméstica e a violência de género são transversais, não distinguindo pessoas em função de pertenças sociais, étnicas, religiosas ou outras;
- » A maioria das vítimas está disposta a revelar a situação de maus tratos quando se pergunta de forma direta e sem formulação de juízos de valor;
- » O simples facto de perguntar e registar rotineiramente permite que o/a profissional vá adquirindo experiência e maior abertura na abordagem do tema e que as perguntas sejam recebidas com mais naturalidade pelas vítimas;
- » Questionar todas/os utentes permite prevenir e detetar precocemente os casos bem como transmitir a ideia de que se trata de um problema de saúde e que, por isso mesmo, deve ser pesquisado pelos/as profissionais junto dos/as utentes.

1.1. ABORDAGEM INICIAL

Dada a importância desta procura ativa descrevem- o profissional neste tipo de prática:
-se, de seguida, algumas orientações que podem guiar

Como deverão ser conduzidas as questões sobre violência?



Regular e rotineiramente
Independentemente da presença ou ausência dos indicadores de violência
De forma direta, empática e sem juízos de valor
A sós com o/a utente

Em que contextos?



Ambulatório | Internamento | Intervenção comunitária

Quando deverá colocar-se questões?



Sempre que o/a profissional de saúde considerar relevante
Na primeira consulta com qualquer utente
Quando surgem novas queixas
Quando o/a utente inicia uma nova relação de intimidade
As grávidas, pessoas idosas e dependentes deverão ser alvo de uma atenção especial

Quando não deverá colocar-se questões?



Quando não for possível dispor de um espaço privado onde possa ser conduzida a entrevista, esta deverá ser adiada, mas o facto ser registado no processo clínico
Quando existirem indícios de que a avaliação poderá colocar em risco o/a utente

Como incentivar a revelação da situação de violência por parte da vítima?



O profissional de saúde dar a perceber que está preocupado e a escutar
Ajudar a compreender a razão que leva o/a profissional de saúde a fazer este tipo de perguntas
Ajudar a sentir-se segura de que, se revelar a situação de violência, o/a agressor/a não saberá que o fez

Exemplo para abordagem inicial

"Sabemos que a violência é um problema comum na vida das pessoas que traz consequências para a saúde. Por isso, pergunto às minhas e aos meus utentes se já foram vítimas de algum tipo de violência, de forma a melhor poder ajudá-los quando necessário..."

Exemplo de Perguntas de Rastreio

"No seu caso, já foi ou está a ser vítima de algum tipo de violência?" (exemplificar) ¹⁶⁰
"Está satisfeito/a com a sua relação conjugal ou familiar?"

Adaptado de: (Rodríguez & Moya, 2012; García-Morato & Martín, 2008; Redondo et al., 2012).

¹⁶⁰ Ameaçado/a, batido/a, pontapeado/a, esmurrado/a ou magoado/a.

A propósito de sugestões de perguntas de rastreio/deteção, sugere-se a consulta do Manual SARAR – Uma

proposta de manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos¹⁶¹.

1.2. RASTREIO DE VIOLÊNCIA DURANTE A GRAVIDEZ

A gravidez é um fator de risco e de vulnerabilidade para situações de violência, nomeadamente doméstica, podendo esta ter início durante a própria gestação ou, no caso de já ser pré-existente, sofrer alteração de padrão quanto ao tipo, frequência e gravidade durante este período.

No contexto de relações de casal, importa prestar especial atenção a questões de género no que respeita às expectativas relativas ao sexo do bebé, nomeadamente em homens com crenças sobre “superioridade” masculina. Pois tal aspeto pode despoletar atos de rejeição da criança, sobretudo em filhos primogénitos. Neste tipo de situação, há que estar alerta à dinâmica que se gera no casal aquando da revelação/comunicação do sexo do bebé.

A violência na grávida pode ter forte impacto tanto na saúde da própria como na do embrião ou feto em desenvolvimento e, até, na da futura criança. Encontra-se frequentemente associada a depressão, tentativa de suicídio, pós-stresse traumático, ansiedade e atraso no início da vigilância da gravidez, aborto espontâneo, interrupção da gravidez, hemorragia, morte perinatal e morte materna, assim como a restrição de crescimento intrauterino e parto pré-termo, baixo peso ao nascer e outros riscos no período neonatal. Consultar parte I, 2.1.6. Violência nas Relações de Intimidade Durante a Gravidez.

Assim, dada a situação de vulnerabilidade nesta etapa do ciclo vital, recomenda-se a realização do rastreio de violência, de acordo com os critérios que abaixo se especificam:

Quando deverão ser colocadas questões?



- » Na primeira consulta de vigilância pré-natal, sendo um dos temas a abordar durante a recolha da história clínica
- » Nas consultas subsequentes, sempre que julgado oportuno (obviamente, sem a presença do outro progenitor)

Em que contextos?



Consulta pré-concepcional	Consultas de saúde materna	Serviço de urgência
Bloco de partos	Serviços de internamento	Consultas do puerpério
Cursos de preparação para o nascimento e parentalidade		

Exemplo de Perguntas de Rastreio

- “Existem conflitos familiares que estejam a preocupá-la/o?”
- “Tem tido problemas de relacionamento com o/a companheiro/a?”
- “Sente-se segura na relação?”
- “Estando grávida, foi agredida, esbofeteada, pontapeada ou fisicamente ferida de outra forma por alguém?”.

Adaptado de: (Rodríguez & Moya, 2012; García-Morato & Martín, 2008).

Quando se detete uma situação de violência na grávida, parturiente ou puérpera, o caso deve

merecer intervenção, tendo também como recurso a consultadoria aos NACJR/NHACJR¹⁶².

¹⁶¹ Disponível em <http://material.violenciaonline.pt//CONTEUDOS/SARAR/Manual%20SARAR%20site.pdf>

¹⁶² Consultar Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção – Maus tratos em Crianças e Jovens da Direção-Geral de Saúde http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia_maus-tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx.

2. DETEÇÃO/AVALIAÇÃO



2. DETEÇÃO / AVALIAÇÃO



2.1. INDICADORES DE SUSPEITA DE VIOLÊNCIA

Os serviços de saúde são um espaço privilegiado para detecção de situações de violência. Independentemente do nível de cuidados em que atua, no decorrer da entrevista clínica ou do exame físico, o/a profissional de saúde deve prestar especial atenção a indicadores que possam sugerir a existência de violência, tanto no que respeita a vítimas como a potenciais agressores/as.

No quadro seguinte, descrevem-se alguns indicadores de suspeita, tendo em conta antecedentes e características da vítima assim como outros associados ao próprio atendimento. É de realçar que cada indicador, de forma isolada, não confere “grau de risco” a uma situação.

QUADRO 31 - INDICADORES DE SUSPEITA COM BASE NOS ANTECEDENTES E CARACTERÍSTICAS DA VÍTIMA

ANTECEDENTES DE INFÂNCIA E JUVENTUDE	ANTECEDENTES PESSOAIS E HÁBITOS DE VIDA
<ul style="list-style-type: none"> » Ter sofrido ou presenciado situações de maus-tratos 	<ul style="list-style-type: none"> » Lesões frequentes » Abuso de substâncias » Abuso de medicamentos, sobretudo psicofármacos
SINTOMAS PSICOLÓGICOS	
<p><i>Sintomatologia Ansiosa</i></p> <ul style="list-style-type: none"> » Sensação de fraqueza » Confusão mental » Palpitações ou ritmo cardíaco acelerado » Tremores » Sudorese » Sensação de sufocação » Náuseas ou dores abdominais » Despersonalização » Desrealização » Parestesias » Calafrios » Hipervigilância » Medo de morrer » Medo de enlouquecer » Medo de perder o controlo 	<p><i>Sintomatologia Depressiva</i></p> <ul style="list-style-type: none"> » Perda de apetite ou voracidade alimentar » Insónia ou hipersónia » Perda de energia ou fadiga » Baixa auto-estima » Falta de concentração » Dificuldades na tomada de decisões » Sentimentos de desesperança » Isolamento social (família, amigos) » Inibição » Culpabilização » Tristeza » Somatização » Ideação/tentativa suicídio » Dificuldade na resolução de problemas » Escassez de competências sociais » Depressão » Perturbação de Pós-stresse traumático
SINAIS E SINTOMAS FÍSICOS	TIPO DE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
<ul style="list-style-type: none"> » Cefaleias » Cervicalgias » Dor crónica em geral » Tonturas » Desnutrição » Problemas gastrointestinais (diarreia, dispepsia, vómitos, dor abdominal) » Dor pélvica » Dificuldade respiratória 	<ul style="list-style-type: none"> » Períodos de sobre utilização e outros de abandono (largas ausências) » Incumprimento de tratamentos » Utilização repetitiva dos serviços de urgência » Hospitalizações frequentes » Comparência ao atendimento com acompanhante quando antes não o fazia

SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE/DEPENDÊNCIA	PROBLEMAS NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA
<ul style="list-style-type: none"> » Mudanças no ciclo de vida: gravidez e puerpério, namoro, separação » Isolamento familiar e social » Migração » Doença incapacitante física e/ou mental » Dependência económica ou física » Problemas laborais e desemprego » Ausência de competências sociais » Exclusão social (reclusão, prostituição, pobreza) » Informação por parte de familiares, amigos ou de outros profissionais de que é vítima de violência 	<ul style="list-style-type: none"> » Ausência de controlo de fecundidade (muitas gravidezes, gravidezes não desejadas) » Presença de lesões nos genitais, abdómen ou mamas durante as gravidezes » Dispareunia » Dor pélvica » Infecções ginecológicas de repetição » Disfunções sexuais » Dismenorreia » Historial de abortos de repetição » Filhos com baixo peso ao nascer » Atraso na procura de cuidados pré-natais

INDICADORES DE SUSPEITA DURANTE O ATENDIMENTO

INDICADORES FÍSICOS

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> » Atraso na procura de cuidados em caso de lesões físicas » Incongruência entre o tipo de lesão e a explicação dada » Hematomas ou contusões em zonas suspeitas: cara/cabeça, face anterior dos braços » Lesões por defesa: antebraço » Lesões múltiplas em diferentes estádios de cicatrização que indicam violência continuada » Lesões nos genitais, mamas » Fraturas, lacerações, abrasões, equimoses, cortes, queimaduras, mordeduras, fraturas (particularmente nariz e órbitas) e fraturas por torção do punho | <ul style="list-style-type: none"> » Lesões durante a gravidez: genitais, abdómen, mamas » Lesão típica: rutura do tímpano » Queixas de dor aguda ou crónica, sem evidência de lesões nos tecidos » Zonas de peladas na cabeça » Abuso sexual (incluindo por parte do cônjuge) » Sangramento anal ou genital » Fissuras anais » Dores nos genitais » Lesões ou sangramento vaginal durante a gravidez, aborto espontâneo ou ameaça de aborto |
|---|---|

ATITUDE DA VÍTIMA

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> » Atitude temerosa, evasiva, incomodada, nervosa (fica alterada, por exemplo, ao abrir-se a porta...) » Traços depressivos: tristeza, desmotivação, falta de esperança » Culpabilização no discurso » Estado de ansiedade ou angústia, irritabilidade » Sentimentos de vergonha: retraimento, comunicação difícil, evitamento do contacto visual » Vestuário sugestivo de ocultação de lesões » Falta de cuidado na higiene pessoal | <ul style="list-style-type: none"> » Na presença do/a agressor/a: atitude temerosa nas respostas, procura constante de aprovação » Atitude hesitante ou evasivo/a durante a descrição das lesões: medo, fuga no olhar, vergonha, culpa » Justificação ou desvalorização das lesões » Preocupação desproporcionada em relação às lesões (ex. perante lesões mínimas) » Explicação não coincidente com o tipo de sintomatologia (vagas, contraditórias, confusas) |
|---|--|

ATITUDE DO/A ACOMPANHANTE

CRIANÇAS ¹⁶³

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> » Insistência em estar presente durante todo o atendimento como forma de controlo - (nestes casos há que convidar a sair da consulta) » Atitude colérica, contestatária ou hostil para com a vítima ou com o/a profissional » Interrupções do discurso da vítima, com retificações do seu relato » Excessiva preocupação ou solicitude para com a vítima » Excessiva despreocupação, minimização de sintomas » Excessiva depreciação e/ou ironia, banalização dos factos | <ul style="list-style-type: none"> » Lesões corporais » Atraso de crescimento » Atrasos no desenvolvimento » Baixo rendimento escolar » Doenças psicossomáticas de repetição » Problemas no sono e alimentação » Problemas no controlo dos esfíncteres » Acidentes frequentes » Agitação psicomotora » Comportamento agressivo/ comportamento de oposição » Atitudes de inibição e isolamento » Depressão, ansiedade » Tentativas de suicídio, automutilações |
|---|--|

Adaptado de: Rodríguez & Moya, 2012.

Para mais informações sobre indicadores específicos consultar **Capítulo 2 - Áreas Temáticas, parte I.**

¹⁶³ Consultar Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção – Maus tratos em Crianças e Jovens da Direção-Geral de Saúde http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia_maus-tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx.

2.2. ENTREVISTA COMO INSTRUMENTO DE DETECÇÃO

Quando o/a profissional suspeita que um/a utente possa ser vítima de violência interpessoal, deverá tentar confirmar ou afastar tal hipótese, realizando uma entrevista clínica específica, prestando especial

atenção a algumas situações particulares: crianças e jovens, grávidas, dependentes, pessoas idosas e imigrantes. Adiante, descrevem-se algumas orientações para entrevista em caso de suspeita ou confirmação.

2.2.1. Situações de SUSPEITA de Violência¹⁶⁴

- » **Não ter medo de perguntar.** Contrariamente à crença popular, a maioria das vítimas está disposta a revelar a violência quando se pergunta de forma direta e sem fazer juízos de valor. Na realidade, muitas vítimas, em especial mulheres, encontram-se silenciosamente à espera que alguém as questione acerca do assunto (OMS, 1998).
- » **Interrogar a (potencial) vítima em privado,** separando-a de qualquer pessoa que o acompanhe, especialmente familiares. Explicar que perguntas acerca de violência se fazem de forma rotineira a todas as pessoas. Nos casos de evidência de violência, questiona-se se pretende a presença de alguém durante o atendimento, sempre que tal seja possível.
- » **Observar as atitudes e o estado emocional,** através da linguagem verbal e não-verbal.
- » **Manter uma atitude empática,** que facilite a comunicação e a expressão de sentimentos.
- » **Manter uma escuta ativa,** sem interrupções nem juízos de valor.
- » **Seguir uma sequência lógica** de perguntas, das mais gerais e indiretas para outras mais concretas e diretas.
- » **Introduzir o tema da violência de forma cuidadosa, mas direta.**
- » **Expressar claramente que não existe desculpa/justificação para a violência** e que a pessoa tem o direito a viver sem medo e livre de violência.
- » **Adequar a linguagem à/ao utente,** nomeadamente, em situações de especial vulnerabilidade como em crianças, jovens, pessoas idosas e/ou dependentes, adaptando o discurso à respetiva idade, etapa de desenvolvimento ou grau de entendimento.
- » Ter em atenção que a **revelação da situação da violência poderá representar risco para a vítima, caso o/a agressor/a tenha conhecimento desta. Garantir a confidencialidade, excepto nas situações previstas de perigo eminente ou elevado¹⁶⁵.**
- » **Ter em atenção aspetos relacionados com a cultura, identidade e orientação sexual.**

Ter em atenção que respostas negativas às perguntas de deteção não significam inexistência de situações de violência. Nestes casos registar “foram colocadas questões de rotina sobre violência e a/o utente afirmou não ser um problema para si”.

¹⁶⁴ Consultar 4. Aspetos Gerais no Atendimento, Parte II, página 111

¹⁶⁵ Consultar 2.4.6. Avaliação dos Indicadores de Risco, Parte III, página 176

QUADRO 32 - EXEMPLOS DE PERGUNTAS EM CASO DE SUSPEITA

ANTECEDENTES E CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

- » Estive a avaliar a sua história e encontro algumas coisas que gostaria de conversar consigo. Vejo que ... (relatar os factos) ". A que pensa dever-se o seu mal-estar ou problema de saúde? Observo-a/o um pouco nervosa/o. O que a/o preocupa? Está a viver alguma situação problemática que a/o possa fazer sentir-se assim? Pode falar-me sobre isto? Pensa estar relacionado?
- » Muitas pessoas têm problemas como os seus, tais como... (relatar os mais significativos), habitualmente a causa é estarem a receber algum tipo de mau trato por parte de alguém. É este o seu caso?
- » Em caso de suspeita por antecedentes como dispareunia, dor pélvica, disfunção sexual... questionar acerca das relações afetivas e sexuais, se são satisfatórias ou não.

LESÕES FÍSICAS

- » Esta lesão habitualmente ocorre quando se recebe um empurrão, golpe, corte... foi isso que aconteceu?
- » O/a seu/sua companheiro/a ou alguma outra pessoa é violenta para si? Como? Desde quando?
- » Alguma vez a/o agrediram mais gravemente? (espancamentos, utilização de armas, agressões sexuais)

SINTOMAS PSICOLÓGICOS

- » Gostaria de saber a sua opinião sobre esses sintomas que me relatou (ansiedade, nervosismo, tristeza, apatia) ... Desde quando é que se sente assim? A que acha que se devem? Relaciona-os com alguma situação?
- » Aconteceu ultimamente alguma situação na sua vida que a/o possa deixar preocupada/o? Tem algum problema com o/a seu/sua companheiro/a ou alguém da família?
- » Parece que se encontra sob alerta, assustada/o? O que teme?

TRÁFICO DE SERES HUMANOS¹⁶⁶

- » Pode abandonar o seu emprego se assim o desejar?
- » Poderá entrar e sair como quiser?
- » Já alguma vez foi ameaçado/a quando tentava sair da situação?
- » Já alguma vez foi fisicamente agredido/a de alguma forma?
- » Como são as suas condições de trabalho ou de vida?
- » Onde come e dorme?
- » Dorme numa cama ou no chão?
- » Já alguma vez foi privado/a de receber comida, água, de dormir ou receber cuidados médicos?
- » Tem de pedir permissão para comer, dormir ou ir à casa de banho?
- » As portas e janelas encontram-se trancadas para que não possa sair?
- » A sua família é ou foi ameaçada?
- » Tiraram-lhe alguma identificação ou documentação?
- » Alguém o/a força a fazer coisas que não quer fazer?

MAUS TRATOS CONTRA PESSOAS IDOSAS OU DEPENDENTES

- » Necessita do apoio de alguém para a sua higiene, para se vestir, para ir às compras, ao banco ou para preparar as refeições? Existem problemas no relacionamento com quem lhe presta ajuda?
- » Alguma vez se viu privado/a desse tipo de ajuda ou de cuidados de saúde e medicação por quem o/a deveria apoiar?
- » Alguma vez foi forçado/a a assinar documentos ou pressionado/a a permitir a utilização do seu dinheiro ou pertences contra a sua vontade?
- » Alguma vez se sentiu ameaçado/a, foi tocado/a, magoado/a de um modo que lhe tenha desagradado por quem cuida de si?
- » Alguma vez sentiu que o/a estão a isolar face à sua família, amigos ou atividades?

Adaptado de: Rodríguez & Moya, 2012.

Como já referido antes, os serviços de saúde têm centrado maioritariamente os seus esforços no sentido da identificação das vítimas e no tratamento das lesões. No entanto, e sobretudo de um ponto de vista preventivo, torna-se igualmente fundamental a sinalização de quem agride, tendo em vista uma abordagem mais compreensiva, global e eficaz do fenómeno. Neste ponto importa não esquecer que, por vezes, quem maltrata também foi ou é maltratado/a e também pode pretender apoio ou ajuda terapêutica para a mudança da conduta violenta¹⁶⁷.

Na prática, sabe-se que quem agride raramente

assume o seu comportamento como violento, muitas vezes adotando um discurso e atitudes que incluem padrões de negação ou minimização da agressão bem como a culpabilização da vítima (Redondo et al., 2012).

Adiante descrevem-se alguns exemplos de perguntar a realizar caso se suspeite encontrar-se perante uma pessoa agressora. No caso de suspeição de violência nas relações de intimidade, sugere-se direcionar as questões seguintes para “ao seu/sua companheira/o” e verificar se há crianças que presenciam ou tenham conhecimento destas situações.

¹⁶⁶ Adaptado de http://www.acf.hhs.gov/trafficking/campaign_kits/tool_kit_health/identify_victims.html

¹⁶⁷ Consultar 7. Intervenção com Agressores/as, Parte II, página 125

QUADRO 33 - EXEMPLOS DE PERGUNTAS EM CASO DE SUSPEITA DE POSSÍVEL AGRESSOR/A

Abordagem inicial: "A «tensão nervosa» e a irritabilidade que as suas palavras e/ou comportamento «mostram» estão por vezes associadas a pessoas que têm problemas a nível do relacionamento no casal e/ou família (...) poderão estar associados à hipertensão arterial/diabetes/colesterol elevado/enfarte do miocárdio. Para tentar prevenir estes e outros problemas que possam surgir e melhorar a qualidade de vida de todos comecei a perguntar a todos os utentes..."

- » Quando se sente irritado/a, bate/empurra alguém?
- » Preocupa-o/a que alguma vez possa magoar alguém fisicamente?
- » Alguma vez magoou fisicamente outra pessoa?
- » Alguma vez forçou alguém a ter relações sexuais?

Adaptado de: Redondo et al., 2012.

2.2.2. Situações de CONFIRMAÇÃO de Violência

São diversos os procedimentos a ter em caso de confirmação da vitimização. Assim, há que:

- » Fazer com que a vítima **não se sinta culpada da violência** que sofre;
- » **Ajudar a refletir**, a ordenar as ideias e a tomar decisões;
- » **Alertar para os riscos** e consequências que corre mas aceitar a sua escolha;
- » **Validar o relato**, não colocando em dúvida nem emitindo juízos de valor;
- » **Abordar o medo** associado à revelação/denúncia;
- » **Esclarecer o direito à confidencialidade**, excetuando as situações de perigo iminente;
- » **Esclarecer sobre o tipo de informação que é fornecida às autoridades** (tipo de crime);
- » **Evitar a revitimização**, garantido que a avaliação aprofundada da situação é realizada pelo/a(s) profissional(is) responsável(is) pela intervenção/acompanhamento;
- » **NÃO** dar a sensação de que tudo vai resolver-se facilmente;
- » **NÃO** dar falsas esperanças;
- » **NÃO** criticar a atitude ou ausência de resposta com frases como: "Porque é que se mantém nessa situação? Se você quisesse mesmo parar com esta situação, já teria...";
- » **NÃO** desvalorizar a sensação de perigo que é expressa;
- » **NÃO** recomendar terapia de casal nem mediação familiar;
- » **NÃO** prescrever fármacos que diminuam a capacidade de reação;
- » **NÃO** utilizar uma atitude paternalista/maternalista;
- » **NÃO** impor critérios ou decisões.

2.3. OBSTÁCULOS À DETECÇÃO

O perfil das instituições, as circunstâncias do atendimento e a atitude dos profissionais têm uma grande influência na capacidade das vítimas para abordarem a situação de violência que vivem. Da parte dos/as profissionais, a sua capacidade de atuação também é limitada, mesmo quando uma vítima reconhece ser maltratada,

não só pela complexidade que a situação pode encerrar mas também por constrangimentos vários relacionados com os próprios técnicos e com as instituições.

Assim, identificam-se diversos obstáculos, a diferentes níveis:

QUADRO 34 - OBSTÁCULOS À DETECÇÃO

Vítimas	
<ul style="list-style-type: none"> » Medos (da resposta do/a agressor/a, de não ser compreendida/o, de ser culpabilizada/o, de não ser respeitada a confidencialidade, de não ser capaz de iniciar uma nova vida, das dificuldades económicas, judiciais e sociais, das consequências sobre os filhos...) » Baixa autoestima, culpabilização » Situação de especial vulnerabilidade: sofrer de alguma incapacidade, ser imigrante, viver em zonas rurais ou em situações de exclusão social, ser vítima de tráfico de seres humanos » Dependência económica ou desemprego » Sentimentos de vergonha e humilhação » Isolamento e falta de apoio social e familiar 	<ul style="list-style-type: none"> » Sentimento de proteção relativamente a quem comete agressão, especialmente se for companheiro/a » Resistência a reconhecer a situação como um problema, negando-o ou minimizando-o » Perceção do mau trato como algo “normal” numa relação » Valores e crenças culturais, sobretudo sexistas (se a sociedade tolera, ela também) » Estado confusional pelo trauma físico e/ou psíquico » Desconfiança em relação ao serviço de saúde » Desejo de proteger o casamento/a relação » Crença de que os profissionais de saúde não intervêm nestas situações, porque têm pouca disponibilidade de tempo e porque não perguntam
Crianças e Jovens	
<ul style="list-style-type: none"> » Entendimento da violência como uma forma de comportamento normalizado, sobretudo se sempre foi modelo de relação aprendido » Negação da violência como mecanismo de defesa psicológico » Medo de ser castigada/o, ou sofrer consequências pela revelação da situação 	<ul style="list-style-type: none"> » Sentimento de responsabilidade e culpa » Vivência de um conflito de lealdade, sobretudo em relação ao pai e mãe no caso de violência doméstica » Dificuldade em exteriorizar sentimentos ao ver outros elementos da família, habitualmente a mãe, experienciar sofrimento e angústia
Profissionais de Saúde	
<ul style="list-style-type: none"> » Internalização de mitos, crenças e estereótipos de género adquiridos e mantidos no processo de socialização ao longo da vida » Entendimento de que “a violência é da esfera privada, não devo intervir”, “não ocorre na minha população utente”, “é da responsabilidade de outros profissionais” » Não consideração da violência como um problema de saúde » Vivência, passada ou presente, de experiências pessoais face à violência: enquanto vítima/agressor » Crença de que a violência não é muito frequente » Tentativa de racionalização do comportamento do/a agressor/a » Dupla vitimização (culpabilização da vítima) » Medo de ofender a vítima 	<ul style="list-style-type: none"> » Receio de tornar pior a situação (temor pela integridade da vítima ou pela sua própria segurança) » Desconhecimento de estratégias de intervenção, por falta de formação e prática » Formação demasiado biomédica e não biopsicossocial » Escassa formação em competências de comunicação na entrevista clínica » Sensação de impotência e/ou frustração » Receio de colocar em risco a relação profissional/utente » Dificuldade em compreender a dinâmica da violência » Nas situações de violência doméstica, desconhecimento de que os filhos também são vítimas de violência vicariante
Serviços de Saúde	
<ul style="list-style-type: none"> » Falta de privacidade e intimidade, interrupções durante a consulta » Sobrecarga assistencial » Falta de conhecimento e coordenação entre os diferentes serviços e recursos, internos e externos » Insuficiente trabalho interdisciplinar e de equipa 	<ul style="list-style-type: none"> » Insuficiente formação técnica em violência » Dificuldade de recurso a tradutores/as e mediadores/as interculturais para facilitar a comunicação » Dificuldade em gerir a presença do/a agressor/a

Adaptado de: Rodríguez & Moya, 2012.

2.4. AVALIAÇÃO

Uma vez que a vítima reconheça encontrar-se numa situação de violência e/ou apresenta indicadores de suspeita, deve realizar-se uma avaliação integral, informando sobre os procedimentos a realizar e qual a sua finalidade.

A coordenação entre profissionais de saúde e de outras áreas, nomeadamente de serviços sociais, forças de segurança e de justiça, pode ser de grande utilidade tendo em vista complementar a informação

já obtida e delinear uma intervenção concertada, evitando a duplicação de informações e intervenções e consequente, a revitimização da/o utente.

Os dados a recolher em caso de suspeita ou confirmação de violência constam do **Formulário de Registo Clínico de Violência**¹⁶⁸ a preencher pelo/a profissional. Inclui os temas abaixo mencionados e que se pormenorizam adiante. A sua sequência de abordagem deverá assumir carácter flexível e não linear.

2.4.1. Avaliação Psicossocial



2.4.2. Avaliação da Situação de Violência



2.4.3. Exame Físico



2.4.4. Avaliação do Estado Emocional



2.4.5. Avaliação do Processo de Mudança na Vítima



2.4.6. Avaliação dos Indicadores de Risco



2.4.1. Avaliação Psicossocial



Neste tópico, importa o/a profissional realizar uma recolha de informação que permita uma melhor caracterização da vítima e do/a agressor/a, nomeadamente:

- » **Dados de identificação e sociodemográficos** e/ou de terceiros prestadores de informação (caso a situação tenha sido exposta por outra pessoa que não a vítima);
- » **Situação familiar** (agregado familiar e existência de dependentes a seu cargo);
- » **Situação económica, laboral** e ocupacional;

- » **Antecedentes pessoais e familiares** relevantes (incluindo historial de doença psiquiátrica, de abuso de substâncias, de violência prévia ou de violência intrafamiliar);
- » **Tipo de relação** entre a vítima e o agressor;
- » **Rede de apoio social** da vítima.

A este nível importa salientar a utilização de instrumentos como o genograma e o mapa de rede¹⁶⁹, úteis na análise da história pessoal e familiar bem como para a compreensão rede social pessoal da vítima, tendo em conta o seu sistema relacional familiar e social (redes primárias e secundárias).

2.4.2. Avaliação da Situação de Violência



Este item diz respeito à recolha de informação relacionada com o/s incidente/s violento/s:

- » **Tipologia:** violência física, psicológica, sexual, negligência/privação, autodirigida, outra (ex. económica) especificando situações em função do contexto, prática ou relação agressor/a-vítima;
- » **Duração:** aspetos temporais, incluindo data de início e fim, situação de agravamento ou melhoria.
- » **Local de ocorrência;**
- » **Circunstâncias** antes, durante e após o evento;
- » **Ciclo da violência;**
- » **Intensidade**, de acordo com a perceção da vítima: sem gravidade, pouco grave, grave e muito grave;
- » **Frequência:** incidente único, esporádico ou reiterado/continuado;
- » **Recurso a Meios**
 - » Mecânicos: contundentes - choque de superfície (ex. martelo, bastão, pedra, cassetete, etc.); cortantes - deslizante em linha (ex. navalha, faca, bisturi, lâmina, estilhaço de vidro, etc.); e perfurantes - pressão num ponto (ex. prego, alfinete, agulha, etc.)
 - » Fogo e explosivos
- » Físicos: térmicos – calor e frio; elétricos – eletricidade doméstica e atmosférica; radiações - RX, radiações gama e neutrões
- » Químicos: substâncias cáusticas e corrosivas; substâncias tóxicas
- » Tecnológicos: filmes, fotografias ou outro tipo de captação de imagem ou som
- » **Em caso de violência sexual, especificação de práticas:** orais, genitais, anais ou outras;
- » **Comportamento do/a agressor/a a nível familiar e social:** antecedentes de comportamentos desviantes;
- » **Fase do processo de motivação para a mudança** em que a vítima se encontra;
- » **Intervenções anteriores** para a resolução da situação pela vítima, familiares e/ou instituições ou serviços;

Adiante, descrevem-se algumas sugestões de perguntas para avaliar o tipo, intensidade, frequência, ciclo da violência e impacte em crianças e jovens.

¹⁶⁹ Consultar <http://material.violencia.online.pt//CONTEUDOS/SARAR/Manual%20SARAR%20site.pdf>, pág.250 e pág. 271.

QUADRO 35 - EXEMPLOS DE PERGUNTAS PARA AVALIAR O TIPO DE VIOLÊNCIA

VIOLÊNCIA FÍSICA	
<ul style="list-style-type: none"> » O/a agressor/a (após identificação) empurra-a/o ou agarra-a/o? » Dá-lhe bofetadas, socos, murros, chapadas? 	<ul style="list-style-type: none"> » Maltrata os seus animais de estimação? » Dá murros nas paredes, portas... quando se zanga? » Destrói os seus objetos pessoais?
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	
<ul style="list-style-type: none"> » Grita muito frequentemente ou fala-lhe de forma autoritária? » Ameaça fazer mal a si, aos seus filhos ou aos seus animais de estimação? » Insulta, ridiculariza, menospreza-a/o individualmente ou na presença de outros? » Impede ou dificulta a aproximação de familiares e amigos/as? De trabalhar fora de casa ou de estudar? 	<ul style="list-style-type: none"> » Tem manifestações exageradas de ciúmes? » Culpabiliza-a/o de tudo o que acontece? » Controla o seu dinheiro e obriga a prestar contas de todos os gastos » Ameaça tirar os filhos em caso de separação? (violência conjugal) » Ignora os seus sentimentos ou a sua presença?
VIOLÊNCIA SEXUAL	
<ul style="list-style-type: none"> » ...Obriga-a/o a ter relações sexuais contra a sua vontade? » Força-o/aa ter alguma prática sexual que não deseje? 	<ul style="list-style-type: none"> » ... Nega-se a utilizar meios de contraceção que você deseja utilizar ou procura impedi-la/o de os usar?

EXEMPLOS DE PERGUNTAS PARA AVALIAR A INTENSIDADE, FREQUÊNCIA E FASE DO CICLO DA VIOLÊNCIA

<ul style="list-style-type: none"> » Desde quando se encontra nesta situação? » Com que frequência acontecem os episódios de violência? » Há momentos em que o agressor/a a/o trata bem? 	<ul style="list-style-type: none"> » Depois de uma agressão, pede-lhe desculpa, oferece-lhe prendas ou comporta-se como se nada tivesse acontecido? » A intensidade, frequência e gravidade da violência tem vindo a aumentar com o tempo?
---	--

EXEMPLOS DE PERGUNTAS PARA AVALIAR O IMPACTE EM CRIANÇAS E JOVENS¹⁷⁰

<ul style="list-style-type: none"> » Existem crianças e jovens que presenciem ou tomem conhecimento da violência? » A violência física, emocional ou sexual também se dirige diretamente contra estes? 	<ul style="list-style-type: none"> » Como considera que esta situação os/as afeta?
--	---

Adaptado de: Rodríguez & Moya, 2012.

¹⁷⁰ Consultar Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção – Maus tratos em Crianças e Jovens da Direção-Geral de Saúde. http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia_maus-tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx

2.4.3. Exame Físico



O exame físico em situações de violência tem por objetivo identificar e documentar a presença de alguma lesão/sequela, de vestígios ou de outro eventual achado em situações de violência física e/ou sexual, tanto para prover cuidados como para poder recolher informações clínicas suscetíveis de poderem constituir meios de prova num processo judicial.

Assim, no caso específico de recolha de evidências físicas (informação sobre lesões e vestígios), e no caso de indisponibilidade imediata do serviço médico-legal, sugere-se que o/a clínico/a realize um exame físico cuidado respeitando alguns princípios e procedimentos de boas práticas de seguida descritos¹⁷¹.

As técnicas utilizadas durante o exame físico assim como os procedimentos de documentação fotográfica e de recolha de vestígios e/ou outras amostras biológicas dependem da idade e sexo da vítima, do tipo de violência bem como do tempo ocorrido entre a alegada agressão e o exame.

Relativamente aos materiais a utilizar durante o exame físico, recomenda-se a consulta da **Norma Procedimental NP-INMLCF, IP-014 “Recomendações sobre Instalações, Equipamento e Material para a Realização de Exame Médico Forense em caso de alegada Agressão Sexual” do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses**¹⁷².

RECOMENDAÇÕES ACERCA DO CONSENTIMENTO DECLARADO, LIVRE E ESCLARECIDO¹⁷³

Antes de qualquer procedimento, é fundamental garantir o **consentimento declarado, livre e esclarecido da vítima** ou do/a seu/sua representante legal, em função da sua idade (menor de 16 ou a partir de 16 nos casos de violência sexual), do tipo de alegado crime (público ou semipúblico) e de outras disposições éticas e legais em vigor, nomeadamente nos casos de agressões sexuais. Obter o consentimento implica explicar à vítima (ou representante legal) todos os aspetos do exame físico, dos procedimentos de recolha de vestígios e/ou amostras biológicas e documentação de lesões, incluindo fotodocumentação, bem como esclarecer que a informação obtida irá ou poderá ser disponibilizada a terceiras entidades, tais como órgãos de polícia criminal ou autoridade judiciárias competentes (tendo em conta o tipo de crime público ou semipúblico). O/a profissional de saúde deverá ter sempre presente a possibilidade de ser necessário obter o consentimento, não só no momento inicial do exame mas também no seu decurso, quanto a procedimentos específicos que possam representar uma invasão da privacidade e intimidade da vítima.

O único meio que permite, efetivamente, que as vítimas (ou representantes legais) possam decidir de forma informada ao exame físico ou a determinados procedimentos é apresentar-lhes toda a informação

relevante. Por isso, é importante que estas percebam o completo sentido e alcance do consentimento prestado no âmbito dessa intervenção (conteúdos dos procedimentos, eventuais efeitos colaterais, potencial impacte e consequências processuais e jurídicas).

A informação verbal e escrita fornecida deve ser completa, clara e concisa, e ser adaptada aos níveis da compreensão e expressão da vítima.

De forma a garantir tal transparência de procedimentos, antes do exame deve ser garantido o correto preenchimento do **Formulário de Consentimento Declarado, de forma Livre e Esclarecida**¹⁷⁴.

Os/as profissionais devem abster-se de qualquer juízo de valor, comentário ou prática coerciva no sentido de obter o consentimento, podendo as vítimas (ou seus representantes) recusar submeterem-se, no todo ou na parte, à realização do exame físico. Contudo, devem ser informadas das consequências da recusa do consentimento, nomeadamente o facto de constituir obstáculo à produção da prova dos factos alegados, e que tal pode ser usado contra si em fase de julgamento, como argumento que descredibiliza as suas declarações.

¹⁷¹ Consultar 5.2.1. Situações Agudas e/ou de Agressão Sexual, Parte III, página 194

¹⁷² Ver http://www.inml.mj.pt/inml.html#/OUTRAS_INFORMACOES/NORMAS_PARECERES_E_ORIENTACOES_DE_SERVICO.

¹⁷³ Consultar Capítulo 5.6. Consentimento Declarado, de forma Livre e Esclarecida, Parte II, página 121

¹⁷⁴ Anexo 1, página 229

¹⁷⁵ Anexo 2 e 3, págs. 217

QUADRO 36 - ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS ACERCA DO CONSENTIMENTO DECLARADO, DE FORMA LIVRE E ESCLARECIDA

CONSENTIMENTO
IDADE E/OU CONSTRANGIMENTOS DE NATUREZA PSÍQUICA
» Se a vítima tiver idade inferior a 16 anos, o consentimento declarado, livre e esclarecido, deve ser prestado de forma escrita pelos respetivos pais, ou outros representantes legais, desde que não seja sobre estes que recai a suspeita do alegado crime praticado. São “representantes legais”, em sentido próprio ou estrito, os pais da pessoa menor de idade ou o/a progenitor/a que exerça as responsabilidades parentais (na falta de decisão judicial que atribua o exercício dessas responsabilidades apenas a um dos progenitores, são as mesmas exercidas em conjunto), ou o/a tutor/a nomeado/a pelos pais ou pelo tribunal.
» Se a vítima tiver idade inferior a 16 anos mas o/a(s) suspeito/a(s) agressor/as(es) for(em) o/a(s) representante(s) da vítima, o/a profissional pode proceder ao exame sem o consentimento por escrito destes, disso devendo informar o Ministério Público no Formulário de Denúncia de Crime .
» Se a vítima tiver idade inferior a 16 anos e se verifique oposição dos pais (ou representantes legais) na realização do exame, o/a profissional deve informar imediatamente o órgão de polícia criminal ou o Ministério Público dessa oposição, tendo em vista a viabilização do exame (via fax, se necessário). ¹⁷⁶
» Se a vítima tiver idade compreendida entre os 12 e os 16 anos, deve também obter-se o consentimento da mesma, prestado de forma verbal, aspeto de que se deve fazer menção no documento em que os pais, ou representantes legais (não suspeitos da prática dos factos) prestam o seu consentimento.
» Perante uma situação de vitimização relativa à prática de crime de natureza semipública, especificamente atos sexuais com vítima com idade compreendida entre 14 e 16 anos (art. 173º do CP) e se houver suspeita de que os pais (ou representantes legais) são os autores do crime, deve informar-se imediatamente o órgão de polícia criminal ou o Ministério Público dessa situação, tendo em vista a viabilização do exame (via fax se necessário). ¹⁷⁶
» A partir dos 16 anos, se a vítima tiver capacidade para prestar o consentimento, deverá ser-lhe solicitado que preencha o Formulário de Formulário de Consentimento Declarado, de forma Livre e Esclarecida (Anexo 1) , anexando cópia do Formulário de Registo Clínico de Violência . ¹⁷⁸
» Se a vítima tiver idade igual ou superior a 16 anos mas não possuir discernimento para entender o alcance e o significado do consentimento, têm competência para prestar esse consentimento (desde que não sejam os/as alegados/as agressores/as) os seus representantes legais – pais, o/a progenitor/a que exerça o poder paternal ou o/a tutor/a (nomeado/a pelos pais ou pelo tribunal, quando a vítima é maior de 18 anos).
» Se a vítima tiver idade igual ou superior a 16 anos mas não possuir discernimento para entender o alcance e significado do consentimento, e verificando-se a oposição dos seus representantes legais à realização do exame, o/a profissional deve informar imediatamente o órgão de polícia criminal ou o Ministério Público dessa situação, tendo em vista a viabilização do mesmo.
ESTADO DE CONSCIÊNCIA
» O consentimento para a realização do exame deve ser requerido pelos seus representantes legais.
» Se não for possível contactar em tempo útil o/a/s representante/s da vítima, o/a profissional pode proceder ao exame sem o consentimento destes, disso devendo informar o Ministério Público no Formulário de Denúncia de Crime ¹⁷⁷ , anexando cópia do Formulário de Registo Clínico de Violência . ¹⁷⁶
» Se o/a/s suspeito/a/s agressor/a/s for/em o/a/s representante/s da vítima, o/a profissional pode proceder ao exame sem o consentimento destes, disso devendo informar o Ministério Público no Formulário de Denúncia de Crime ¹⁷⁷ .
» Se o crime se revestir de natureza pública (vítima menor de idade, excepcionando-se o caso do art. 173º do CP) e se se verificar oposição do/a/s representante/s da vítima, o/a profissional deve informar imediatamente o órgão de polícia criminal dessa oposição, tendo em vista viabilizar a realização desse exame.

Adaptado de: NP-INMLCF-013, 2013.

176 Consultar Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção – Maus tratos em Crianças e Jovens da Direção-Geral de Saúde <http://goo.gl/BVYs7B>

177 Anexo 2, págs. 217

178 Anexo 2 e 3, págs. 217

179 Anexo 3, página 229

RECOMENDAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME FÍSICO

Após obtenção do respetivo consentimento, o exame físico deverá ser realizado tendo em conta os seguintes procedimentos:

QUADRO 37 - EXAME FÍSICO

PROCEDIMENTOS

- » **Permitir presença de pessoa de confiança da vítima** (especialmente nos casos de crianças), desde que esse facto não perturbe a realização do exame, registando o facto no **Formulário de Registo Clínico de Violência**¹⁷⁹.
- » **Garantir a presença de dois profissionais de saúde** durante a realização do exame, sendo um deles médico/a e pelo menos um do mesmo sexo da pessoa a ser examinada (sempre que possível). A intervenção do/a profissional que apoia o/a médico/a tem como objetivo ajudar a manter a vítima confortável e tranquila, auxiliar na realização do exame e recolha de vestígios, proteger o/a médico/a relativamente a eventuais acusações por parte da vítima ou de quem a represente, de que este agiu de forma menos profissional.
- » **Verificar todo o equipamento e material necessário** antes do exame, a fim de evitar interrupções posteriores e demoras desnecessárias na realização do exame, prevenindo assim a vitimização secundária da pessoa a examinar¹⁸⁰.
- » **Garantir privacidade, posicionamento adequado e confortável da vítima, a sua colaboração, bem como uma boa fonte de iluminação e instrumentos de ampliação de imagem** para observação de certos aspetos, designadamente na área anogenital. Os posicionamentos e técnicas usadas durante o exame dependem da idade da vítima, da história relatada quanto ao tipo de agressão e do grau de cooperação da mesma. A cobertura do corpo, no decurso do exame, com bata ou lenço, principalmente das mamas, coxas e região anogenital, poderá ajudar a prevenir o sentimento de exposição por parte da vítima.
- » **Garantir que o exame seja breve mas completo e rigoroso**, evitando-se a repetição de procedimentos, pelo que importa executá-lo passo-a-passo.
- » **Realizar fotodocumentação à medida** que se procede ao exame das áreas afetadas e de interesse clínico.
- » **Recolher vestígios e amostras biológicas durante alguns procedimentos, à medida que se efetua o exame** (ex. zangaratoas para exames microbiológicos) **ou no seu final** (ex. sangue ou urina para estudos laboratoriais). A sua gestão deve respeitar as recomendações para recolha de vestígios mencionadas no ponto seguinte.
- » Realizar uma inspeção visual cuidadosa da área corporal específica.

EXAMINAR A SUPERFÍCIE CORPORAL, TENDO EM CONTA A ORDEM SEGUINTE: DA “CABEÇA AOS PÉS” E DA DIREITA PARA A ESQUERDA, COM A VÍTIMA NAS POSIÇÕES SENTADA E DE PÉ (SEMPRE QUE TAL SE REVELE NECESSÁRIO):

ORDEM

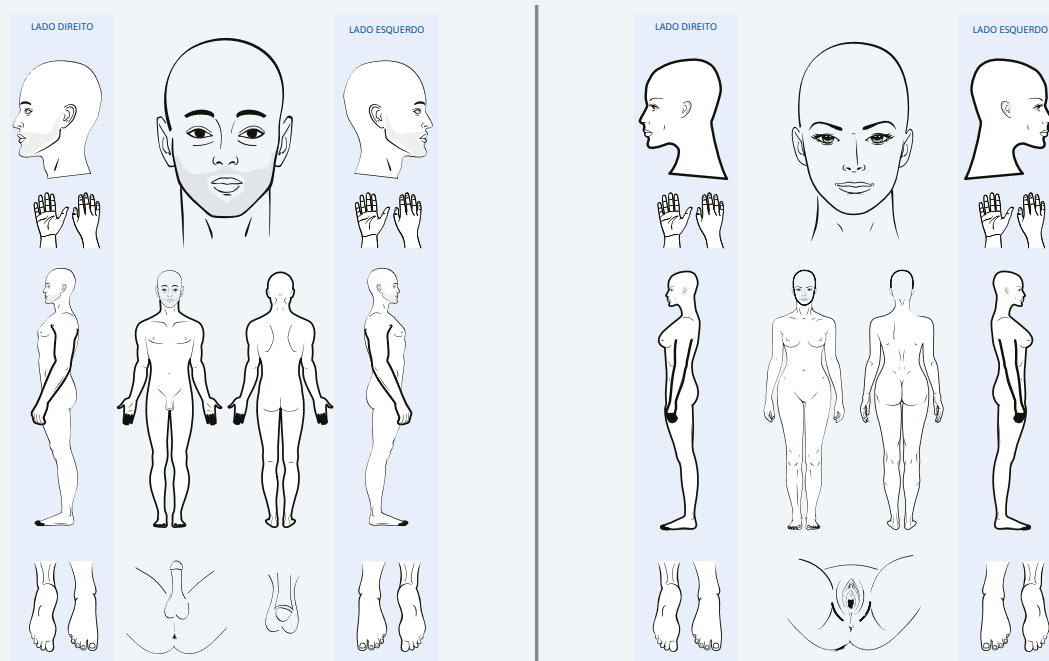
- Cabeça, incluindo cabelo (ex. alopecia traumática, edema e hematomas)
- Orelhas (ex. equimoses retro-auriculares)
- Região orbitária (ex. equimoses)
- Regiões malares (ex. equimoses)
- Nariz (ex. desvios do dorso, edema, sinais de epistaxis)
- Cavidade oral (ex. equimoses, abrasões, lacerações da mucosa oral, petéquias no palato, lacerações dos freios, luxação ou fratura de dentes)
- Pescoço (ex. equimoses, estigmas ungueais e marcas de mordeduras)
- Mãos (ex. lesões por defesa)
- Unhas (ex. roídas, quebradas, com conteúdo subungueal)
- Punhos (ex. marcas sugestivas de ação de cordas ou de compressão manual - equimoses)
- Antebraços (ex. lesões por defesa)
- Braços e axilas (ex. marcas de compressão)
- Tronco, regiões mamárias (áreas privilegiadas de mordeduras e abrasões, e lacerações dos mamilos)
- Abdómen (ex. equimoses, abrasões, lacerações)
- Coxas (ex. equimoses simétricas na face interna)
- Joelhos (ex. abrasões)
- Tornozelos (ex. lesões de cordas)
- Pés (ex. abrasões e lacerações)

¹⁸⁰ NP-INMLCF-014 disponível em http://www.inml.mj.pt/inml.html#/OUTRAS_INFORMACOES/NORMAS_PARECERES_E_ORIENTACOES_DE_SERVICO

EXAMINAR A ZONA ANOGENITAL, EM CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL:

ROUPA	→ Se a roupa que a vítima tiver vestida for a mesma que usava durante a agressão, esta deverá despir-se em cima de um papel de captação colocado sobre um lençol descartável (presente no Kit) ou, caso não se disponha de papel de captação, apenas sobre o lençol descartável, para que eventuais vestígios existentes na roupa possam ser preservados – consultar PASSO 6 nas Recomendações para Recolha de Vestígios.
POSICIONAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> » Posicionar a vítima corretamente é muito relevante para a qualidade da observação e conforto: → Crianças pré-pubertárias: posição de rã para o exame genital (crianças muito pequenas são melhor observadas no colo da/o mãe/pai ou pessoa de confiança); decúbito lateral esquerdo para o exame da região anal; → Crianças pós-pubertárias ou adultos do sexo feminino: posição geno-peitoral e posição ginecológica para garantir uma mais completa observação do hímen; decúbito lateral esquerdo ou geno-peitoral para o exame da região anal; → Crianças pós-pubertárias ou adultos do sexo masculino: posição ortostática ou sentada para o exame genital; decúbito lateral esquerdo ou geno-peitoral para o exame da região anal.
REGIÃO ANAL	<ul style="list-style-type: none"> → Realizar suave afastamento da região glútea e pressão excêntrica sobre o orifício anal de forma a revelar a existência de dilatação, ingurgitação venosa, hematomas, fissuras, escoriações ou lacerações. Manter a tração durante cerca de 30 segundos de forma a poder observar-se o relaxamento dos esfíncteres interno e externo e a abertura do canal anal (reflexo anal de dilatação); → Realizar o toque rectal somente quando há suspeita de corpos estranhos no canal anal; → Realizar anoscopia somente em condições especiais e de forma muito excepcional: se houver exteriorização de sangue pelo canal anal, dor anal severa após agressão ou suspeita de corpo estranho no reto.
REGIÃO GENITAL FEMININA	<ul style="list-style-type: none"> → As áreas externas da região genital e anal devem ser bem inspecionadas, assim como a região glútea e as coxas (ex. equimoses), seguindo-se o monte púbico (incluindo pelos), os grandes e pequenos lábios, o clitóris, o hímen ou remanescentes himeniais, a comissura posterior e o períneo; → Posteriormente, deverá ser provocado um suave estiramento da comissura posterior, podendo revelar-se, assim, lesões que estejam disfarçadas nas pregas da mucosa; → Seguidamente, os grandes lábios deverão ser suavemente tracionados lateral e anteriormente (e um pouco inferiormente), permitindo a visualização do hímen; → Se algum sangramento for visualizado ou havendo história de penetração vaginal com dedo, pénis ou outro objeto, poderá ser realizado o exame com espéculo (transparente, para melhor visualização da parede vaginal) e o toque vaginal; assinala-se, contudo, que o exame como espéculo não deverá ser realizado por rotina e não se efetua em crianças pré-púberes a não ser em casos excepcionais e com espéculos especiais (muito pequenos).
REGIÃO GENITAL MASCULINA	→ Realizar inspeção das coxas, pénis, escroto e períneo.

» Assinalar a localização das lesões no diagrama corporal existente no **Formulário de Registo Clínico da Violência**¹⁷⁹.



» Caracterizar o tipo lesões:

→ Avulsão dentária	→ Equimose	→ Abrasão	→ Dor à palpação
→ Luxação/fratura dentária	→ Fratura	→ Corte	→ Cicatriz
→ Edema	→ Escoriação	→ Alopecia	
→ Ferida incisa/contusa	→ Hematoma	→ Lesão – ocular, otológica, genital	
→ Mordedura	→ Queimadura		
» Descrever parâmetros:			
→ Número de lesões	→ Estruturas circundantes;	→ Período de tempo aproximado desde a sua produção	sua produção e data de vitimação
→ Forma	→ Direção/orientação	→ Adequação das lesões	→ Outro diagnóstico diferencial que as possam explicar
→ Bordos	→ Conteúdo	→ e a história/explicação quanto ao mecanismo da	
→ Cor	→ Gravidade		
→ Dimensão	→ Mecanismo		
» Referir, em certos casos, a não existência de determinadas lesões.			
» Fazer referência a eventuais alterações encontradas resultantes de um estado anterior (cicatrizes, tatuagens, marcas de nascença).			
<p>» Estar atento/a a algum motivo particular de suspeita:</p> <p>→ Inadequação da explicação ou ausência de explicação quanto ao mecanismo de produção das lesões</p> <p>→ Inadequação da explicação ou ausência de explicação quanto à data de produção de lesões</p> <p>→ Lesões em diferentes estádios de evolução</p> <p>→ Lesões em locais pouco comuns em traumatismos de natureza accidental, na faixa etária da pessoa;</p> <p>→ Lesões com diferentes localizações</p> <p>→ Lesões figuradas</p> <p>→ Lesões com tempo de evolução significativo sem que tenha havido intervenção clínica, traduzindo um atraso na procura de cuidados de saúde por parte da vítima ou, no caso de dependência, do(s) seu(s) cuidador(es)</p> <p>→ Lesões com determinadas características, sobretudo quando não é conhecida a história da sua produção ou em que a mesma não é plausível, designadamente: queimaduras ou suas cicatrizes, com bordos nítidos e com localizações múltiplas, sobretudo se na palma das mãos, planta dos pés, genitais e nádegas, marcas de mordeduras, alopecia traumática, certas lesões dentárias, sequelas de traumatismo antigo (ex. calos ósseos resultantes de fraturas), intoxicação (sobretudo se mais que um incidente com sinais e sintomas inexplicados e de início súbito), doenças recorrentes inexplicáveis ou situação crítica não explicável por história anterior, outras lesões de diagnóstico médico mais complexo (neurológicas, oftalmológicas, viscerais)</p>			
<p>» Considerar os seguintes diagnósticos diferenciais:</p> <p>→ Traumatismo (por agentes mecânicos ou outros): intencionalmente infligido por terceiros (agressão) intencionalmente infligido pelo/a próprio/a / autodirigida (associada a doença psiquiátrica ou para simulação); accidental (ex. queda, acidente de viação, ataque por animal); iatrogénica (em resultado da prática de medicina clássica ou de medicinas alternativas)</p> <p>→ Patologia congénita ou adquirida</p> <p>→ Condição morfológica (ex. nevos melânicos, manchas mongólicas, certas malformações)</p>			
» Concluir o exame físico, de forma mais detalhada incluindo a palpação da região (ex. para avaliação de eventuais pontos dolorosos, hematomas, fraturas).			
<p>» Se a vítima recusar ou não tolerar o exame físico, deverá ser reavaliada a importância do mesmo, bem como a recolha de vestígios e outras amostras, sobretudo no caso de crianças. Se se considerar imprescindível a sua realização e não for exequível o seu deferimento para momento posterior (ex. existência de sinais e sintomas altamente sugestivos de violência sexual, muito particularmente se hemorragia vaginal ou anal ou suspeita de corpo estranho intravaginal, intrarrectal ou intra-anal), o exame pode ser efetuado sob analgesia, sedação ou mesmo anestesia geral, dependendo de cada situação concreta, no pleno respeito pelas disposições éticas e legais. Ninguém deverá ser obrigado a submeter-se à realização de exame físico (a não ser por ordem legítima e fundamentada de um juiz).</p>			

Adaptado de: NP-INMLCF-007 e 016, 2013.

RECOMENDAÇÕES PARA RECOLHA DE VESTÍGIOS

Durante o exame físico, e relativamente aos vestígios físicos e biológicos na roupa e/ou corpo da vítima (sêmen, saliva, sangue, células epiteliais, cabelos, pelos, terra, sementes ou fibras), o/a profissional de saúde deve garantir condições da sua recolha, preservação, armazenamento e transporte, de acordo com os princípios e procedimentos enumerados de seguida. Devido ao seu inequívoco valor em termos

de prova, no que ao contacto físico entre a vítima e o/a suspeito/a agressor/a diz respeito, bem como ao seu potencial na identificação desse/a suspeito/a, especificamente os vestígios biológicos para estudos de ADN são valorizados de forma muito particular pelos tribunais.

Assim, após recolha de vestígios devidamente registado no Formulário de Registo Clínico de

Violência, o/a profissional deverá igualmente garantir o preenchimento do **Formulário de Cadeia de Custódia**¹⁸¹, de forma a garantir a validação dos achados para efeitos judiciais, onde constará informação relativamente ao profissional que efetuou

a colheita bem como a documentação relativamente ao percurso dos respetivos vestígios. Os materiais e vestígios deverão ser devidamente mantidos nos serviços até solicitação do tribunal.

RECOLHA DE VESTÍGIOS

PRINCÍPIOS

- » **Compete ao profissional decidir, caso a caso, sobre o número de zaragatoas a realizar em cada região, e se sucessivas ou simultâneas**, tendo obviamente em consideração os diversos aspetos relativos à alegada agressão, nomeadamente, sexo e idade da vítima, tipo de prática sexual, e todos os circunstancialismos prévios, concomitantes e supervenientes.
- » **Considerar o seguinte tempo médio aceitável entre o contacto sexual e o exame físico para se proceder à recolha de vestígios biológicos para estudos de ADN:**
 - 6 a 8 horas na cavidade oral
 - 24 horas na região anorretal
 - 72 horas na cavidade vaginal
 - Até às 120h (5 dias) e até aos 14 dias, dependendo das circunstâncias do caso concreto (ex. no caso de vítima acamada em virtude de idade ou doença)
- » **Preservar os vestígios, evitando a sua destruição, contaminação e perda.**
- » **Se possível informar, a vítima ou a pessoa que sinaliza, quanto aos comportamentos que a vítima deve evitar até à realização do exame físico**, nomeadamente em casos de violência sexual e sempre que seja possível:
 - Tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo mãos e boca
 - Lavar os dentes
 - Limpar ou cortar as unhas das mãos
 - Pentear-se
 - Mudar de roupa ou lavar a roupa que usava no momento da agressão
 - Urinar ou defecar, sendo que, caso seja imperioso, o deverá fazer para um contentor limpo, com tampa
 - Comer, beber, mascar ou fumar
 - Alterar circunstâncias na zona de ocorrência do crime, incluindo esvaziar baldes do lixo ou puxar autoclismo
- » **Evitar a transferência de material biológico durante a realização do exame**, garantindo que a intervenção numa região não interfere com as outras. Por exemplo, proceder à retirada de roupa antes do exame do cabelo e couro cabeludo, ou das mãos, pode levar à perda de vestígios importantes nessas regiões.

PROCEDIMENTOS

- » **Mudar de luvas a cada passo, ou sempre que se manuseiam diferentes itens de vestígios**, de forma a permitir minimizar a possibilidade de contaminação de vestígios
- » **Ordem de realização de colheitas:** (podendo ser alterada em função da necessidade de promover a colaboração, bem-estar e segurança da vítima)

PASSO 1 **Zaragatoas periorais e exame da face**

- Considerar a presença de secreções secas na pele da região perioral, mesmo sem história de contacto oral ou sexual nessa região.
- Realizar uma ou duas zaragatoas periorais: a primeira humedecida, esfregando-a suavemente na superfície cutânea perioral, em movimentos circulares e rodando-a; em caso de efetuar segunda zaragatoa, esta deverá estar seca (uma vez que a superfície ainda estará humedecida pela primeira)

PASSO 2 **Zaragatoas orais e exame da região**

- Realizar uma ou duas zaragatoas orais: as zaragatoas (secas) deverão ser efetuadas até 6 a 8 horas após o contacto sexual suspeito mas, em determinadas circunstâncias, esta colheita poderá ser efetuada até às 12 horas; cada zaragatoa é passada por movimentos circulares, rodando-a sobre a mucosa oral (incluindo a mucosa do fundo vestibular, jugal e do palato), as regiões interna, externa, superior e inferior dos dentes (especialmente atrás dos molares), entre cada dente e debaixo da língua;
- Após a recolha das amostras permitir que a vítima lave a boca, coma, beba ou tome eventual medicação.

PASSO 3	Recolha de amostras de referência na cavidade oral
	<ul style="list-style-type: none"> → Pedir à vítima para lavar a boca mais uma vez, de forma vigorosa, para evitar a contaminação desta amostra com material biológico da(s) pessoa(s) suspeita(s), caso tenha havido coito oral com ejaculação. → Esfregar vigorosamente duas zaragatoas próprias para a recolha de células contra a mucosa jugal (sucessivamente), evitando causar dor.
PASSO 4	Recolha de vestígios no cabelo e exame do couro cabeludo
	<ul style="list-style-type: none"> → Com o consentimento ou concordância da vítima ou seu representante legal (quando for caso disso), cortar madeixas de cabelo que se encontre emaranhado, empastado ou manchado (sugestivo da presença de secreções tipo sémen ou outros fluidos), para um envelope de papel; caso a vítima se recuse a cortar o cabelo, pode-se fazer uma zaragatoa humedecida na madeixa de cabelo suspeita; → Pentear suavemente o cabelo com um pente descartável ou com os dedos, com movimentos descendentes e superficiais, para um envelope de papel. Pentear o topo e as regiões frontal, posterior e laterais do couro cabeludo.
PASSO 5	Zaragatoas subungueais e exame das mãos
	<ul style="list-style-type: none"> → Em caso de luta ou arranhões por parte da vítima ao/à alegado/a agressor/a, ou se for observado material estranho ou manchas nas mãos, ou nos espaços subungueais, realizar uma zaragatoa subungueal em cada mão: com uma zaragatoa fina e humedecida com água estéril, passar na região subungueal de cada dedo da mão. → Em caso de quebra de unha durante a agressão, cortá-la (evitando-se cortar sobre a área quebrada ou destruída) e acondicioná-la.
PASSO 6	Recolha de peças de roupa, itens sanitários e outros itens
	<ul style="list-style-type: none"> → Antes da recolha de eventuais peças de roupa e/ou sapatos da vítima, o/a profissional deverá providenciar-lhe uma muda de roupa (solicitando a familiares, amigos ou até à polícia); → Colocar no chão um papel descartável grande ou um lençol branco limpo e, por cima deste, um outro papel descartável ou lençol descartável (papel de captação); o primeiro visa prevenir a contaminação pelo chão do local do exame e o segundo para recolher vestígios que se possam libertar do vestuário ou do corpo durante o processo de retirada de roupa; → Pedir à vítima para retirar os sapatos antes de se posicionar de pé, no centro do papel ou lençol, devendo começar por retirar a roupa peça a peça e entregando-a ao/à profissional; → Não sacudir as peças de roupa que foram sendo retiradas para evitar a dispersão de vestígios muito pequenos; → Respeitar a privacidade da vítima, providenciando algum tipo de resguardo (biombo, bata ou lençol à sua frente) e quando terminar de se despir fornecer uma bata descartável para cobrir o corpo que vai sendo afastada parcialmente conforme se vai observando as diversas partes do corpo; → Em caso de suspeita de violência sexual, se a vítima não usava roupa interior aquando da agressão, deverá ser recolhida a peça de roupa mais próxima da região anogenital; se a vítima tiver trocado de roupa, as cuecas que estiver a usar durante o exame devem ser recolhidas, dado que poderão ser encontrados vestígios (por escorrência), mesmo que esta se tenha lavado; → Recolher qualquer absorvente que a vítima estivesse a usar ou tivesse colocado depois da agressão sexual (ex. penso higiénico ou tampão); caso contenham sangue acondicionar num frigorífico; → Peças com manchas molhadas ou húmidas devem ser colocadas imediatamente a secar antes de serem embaladas; caso não seja possível escrever na embalagem de forma visível “roupas molhadas”. → Cada item (ex. peças de roupa, sapatos ou itens sanitários) deverá ser acondicionado separadamente em embalagem própria.
PASSO 7	Zaragatoas da superfície corporal em geral e respetivo exame
	<ul style="list-style-type: none"> → Para cada segmento corporal inspecionar, descrever e fotodocumentar (com e sem escala) todos os achados. → A recolha de vestígios é realizada através de zaragatoas de superfície cutânea, que deverão ser realizadas antes de qualquer contacto com a superfície corporal da vítima; a primeira zaragatoa deverá ser humedecida com água estéril; a segunda, se se efetuar, deverá ser seca, sendo fundamental indicar claramente qual a primeira e a segunda e a região onde foram feitas; → No caso de mordeduras, efetuar a recolha de vestígios através da passagem da zaragatoa na área da impressão do arco dentário por dentro, no meio e no perímetro por fora;
PASSO 8	Zaragatoas anais externas e exame da região perianal e anal externa
	<ul style="list-style-type: none"> → Realizar uma ou duas zaragatoas anais externas até 24h após o contacto suspeito (em algumas circunstâncias até às 84h), a primeira humedecida com água estéril e levemente pressionada na região perianal e externa do ânus, em movimentos circulares, rodando aproximadamente durante 15 segundos e dirigindo-a cuidadosamente até ao canal anal; a segunda, caso se realize, deverá ser seca.

PASSO 9	<p>Zaragatoas anorretais e exame anorretal</p> <ul style="list-style-type: none"> → Efetuar uma ou duas zaragatoas anorretais sucessivas, humedecidas com água estéril, até 24 horas após o contacto suspeito. Podem ser cegas ou realizadas através do anuscópio, apenas em caso de hemorragia ou dor severa, suspeita de corpos estranhos ou vítimas adolescentes/adultas em que haja história de penetração; → Se cegas, efetuar as zaragatoas durante a dilatação do esfíncter, introduzindo uma de cada vez, cuidadosamente, até cerca de 2,5 cm/crianças e 3cm/adolescentes/adultos, para atingir a ampola rectal, rodando-se durante cerca de 15 segundos e evitando tocar na pele da região perianal para evitar contaminação; → Em caso de utilização de anuscópio, este deve ser transparente, tubular, para permitir visualizar eventuais lesões nas paredes do canal anal e ampola rectal; deve ser lubrificado com água ou soro aquecido, lubrificante ou gel de lidocaína; efetuar duas zaragatoas da superfície do anuscópio após retirada do mesmo; → Considerar a realização do toque rectal se houver suspeita da presença de objetos estranhos no canal anal. Embora em termos clínicos este deva ser efetuado antes da anuscopia, se em causa estiver a recolha de vestígios, fazer depois das recolhas através do anuscópio; → Nem o toque rectal, nem a anuscopia estão indicados em crianças pré-adolescentes.
PASSO 10	<p>Recolha de vestígios de pelos púbicos</p> <ul style="list-style-type: none"> → Com o consentimento ou concordância da vítima ou seu representante legal (quando for caso disso), cortar os pelos que se encontrem empastados ou manchados (sugestivos da presença de secreções tipo sémen ou outros fluidos), para um envelope de papel; caso a vítima recuse o corte dos pelos, pode-se fazer uma zaragatoa humedecida na zona suspeita ou propor-lhe que seja ela própria a cortá-los. Este procedimento deve ser efetuado mesmo se tiver sido usado preservativo; → Pentear suavemente os pelos púbicos com um pente descartável ou os dedos (se o pelo for abundante), com movimentos descendentes e superficiais, para um envelope ou folha de papel colocada debaixo das nádegas da vítima. Este procedimento pode ser realizado pela própria vítima para reduzir a vergonha.
PASSO 11	<p>Zaragatoas genitais externas e exame genital externo</p> <p>Sexo feminino</p> <ul style="list-style-type: none"> → Realizar uma ou duas zaragatoas genitais externas até 72 horas após o contacto suspeito (em algumas circunstâncias até às 84 horas), a primeira humedecida com água estéril e levemente pressionada na região perivulvar e vulvar, em movimentos circulares, rondando-a durante aproximadamente 15 segundos; a segunda, caso se realize, deverá ser seca; → Se for visualizado sangue seco, recolher com uma zaragatoa húmida para que seja estabelecida a sua origem. <p>Sexo masculino</p> <ul style="list-style-type: none"> → Realizar uma ou duas zaragatoas genitais externas até 72 horas após o contacto suspeito (em algumas circunstâncias até às 84 horas), a primeira humedecida com água estéril e levemente pressionada na pele da base do pénis e escroto, em movimentos circulares, rondando-a durante aproximadamente 15 segundos; a segunda, caso se realize, deverá ser seca; este procedimento pode ser efetivo mesmo se tiver sido utilizado preservativo → Se for visualizado sangue seco, recolher com uma zaragatoa húmida para que seja estabelecida a sua origem.
PASSO 12	<p>Zaragatoas vaginais e do orifício externo do colo do útero/zaragatoas penianas e exame da respetiva região.</p> <p>Sexo feminino</p> <ul style="list-style-type: none"> → Este passo, por norma, não é realizado em crianças pré-púberes e alguns dos procedimentos não são nunca efetuados. Deve ser tido em conta que o hímen de uma criança é sensível e não elástico, não sendo fácil a introdução de nenhuma estrutura, incluindo zaragatoa, dedo e particularmente espéculo; → Inspeccionar, na medida do possível, a cavidade vaginal aquando da aplicação da técnica de “tração labial” (ver região genital feminina no Exame Anogenital); → Se for encontrado um tampão ou um preservativo introduzido na vagina, deverão ser recolhidos e preservados; caso contenham sangue acondicionar num frigorífico; → Realizar uma ou duas zaragatoas vaginais (sucessivas) até 72 horas após o contacto suspeito (em algumas circunstâncias até às 120 horas). Estas deverão ser secas, podem ser cegas ou realizadas através de espéculo; → As zaragatoas cegas deverão ser efetuadas durante a exposição do hímen através da técnica de “tração labial”, introduzindo-as cuidadosamente e rondando-a durante cerca de 15 segundos, tentando atingir os fundos de saco vaginais; deve evitar-se tocar no hímen para efeitos de conforto da vítima e contaminação das estruturas vestibulares, tendo sempre em atenção que manobras cegas podem causar lesões iatrogénicas; → Em caso de indicação para uso de espéculo (mulheres adultas ou adolescentes sexualmente ativas ou com história de exame anterior com espéculo, com risco de ITS, hemorragia vaginal ou dor vaginal severa ou suspeita de corpo estranho endovaginal), são feitas duas ou quatro zaragatoas vaginais (duas de cada vez), no fundo dos sacos, e duas zaragatoas endocervicais sucessivas segundo a técnica já descrita; → A utilização de espéculo é particularmente importante nos casos de violência sexual que tenham ocorrido há mais de 12 horas e menos de 96 horas (aproximadamente), permitindo efetuar recolhas no canal endocervical; → O espéculo deve ser lubrificado com água ou soro aquecido, lubrificante ou gel de lidocaína; → Efetuar duas zaragatoas da superfície do espéculo após retirada do mesmo.

	<p>Sexo masculino</p> <p>→ Realizar uma ou duas zaragatoas do pénis até 72 horas após o contacto suspeito (em algumas circunstâncias até às 84 horas), a primeira humedecida com água estéril e levemente pressionada na glândula do pénis, incluindo a crista coronal e corpo do pénis, em movimentos circulares, rondando-a durante aproximadamente 15 segundos, sem tocar no meato uretral (o objetivo é a obtenção de material biológico da superfície do pénis como saliva, secreções vaginais ou fezes); a segunda, caso se realize, deverá ser seca; este procedimento pode ser efetivo mesmo se tiver sido utilizado preservativo;</p> <p>→ Se forem recolhidas amostras da uretra estas poderão conter mais material biológico da vítima, o que poderá criar uma mistura de perfis genéticos e tornar difícil a sua interpretação;</p> <p>→ Se for visualizado sangue seco, recolher com uma zaragatoa húmida para que seja estabelecida a sua origem.</p>
	» Recolher qualquer outro material estranho (ex. cabelos, pelos, terra, erva ou fibras).
	» Secar cada amostra biológica colhida (se ao ar ambiente, deixar secar pelo menos 1 hora)
	» Secar, acondicionar, selar, rubricar e colocar as amostras colhidas no Kit (caso disponha) ou noutra embalagem de que disponha, juntamente com o Formulário de Cadeia de Custódia ¹⁸² .
	» Para facilitar a realização passo a passo do exame físico e colheita de vestígios em caso de alegada agressão sexual poderá utilizar a Checklist ¹⁸³ criada para esse efeito, cujos passos e procedimentos não são obrigatórios mas orientadores, devendo adaptar a cada caso concreto.

Adaptado de: NP-INMLCF-016, 2013.

RECOMENDAÇÕES GERAIS SOBRE REGISTO FOTOGRÁFICO

No âmbito do exame físico relacionado com situações de violência, a documentação fotográfica dos elementos relevantes observados constitui um procedimento de grande importância. Assim, sempre que possível, os/as profissionais deverão fotografar os achados significativos em caso de violência física e/ou sexual, quer na presença de evidências (casos positivos) quer nas situações de ausência (casos negativos).

Nos casos negativos, a fotodocumentação constitui um excelente meio para demonstrar o cuidado

na pesquisa, garantindo que não foi esquecido nenhum aspeto fundamental. Nos casos positivos, a importância prende-se com a preservação de imagens que não seriam suscetíveis de voltar a observar-se em circunstâncias idênticas, sendo, em termos de prova, particularmente relevantes para o processo judicial e consequentes medidas de proteção da vítima e penalização do/a agressor/a. Desta forma, o/a profissional de saúde deverá ter em conta vários aspetos neste tipo de procedimento:

FOTODOCUMENTAÇÃO	
REQUISITOS BÁSICOS	
EXATIDÃO	Espelhar a realidade sem preocupação estética, mesmo que a realidade seja chocante.
NITIDEZ	Garantir a clareza dos detalhes da fotografia, mantendo a câmara o mais estável possível.
FOCAGEM CORRETA	Posicionar a área a fotografar no centro do visor, que normalmente é aquele que corresponde ao ponto de focagem para o qual a câmara se encontra parametrizada.
EXPOSIÇÃO ADEQUADA	Realçar em termos de luz e contraste a área a fotografar relativamente ao fundo, garantindo que não fica nem muito escura (subexposta) nem muito clara (sobre-exposta).
UTILIZAÇÃO DE LUZ NATURAL	Sempre que possível.

¹⁸² Anexo 4, página 229

¹⁸³ Anexo 5, página 229

USO DE TESTEMUNHO MÉTRICO	<p>Usar objetos – réguas, moedas ou outro objeto do qual inequivocamente se conheça o tamanho – como escalas de tamanho de lesões:</p> <ul style="list-style-type: none"> » A escala tem de conter um elemento de referência do caso, o qual deve estar dentro do enquadramento da fotografia. » A escala tem de ser colocada no mesmo plano da evidência (ponto de focagem) para permitir a leitura da escala e precisão da medida. » Devem ser tiradas duas fotografias a todas as áreas de interesse, uma com testemunho métrico e outra sem, para garantir que o testemunho não esconde nenhum aspeto importante.
IDENTIFICAÇÃO	Identificar as fotos apenas com o n.º do episódio/contato, sem outra identificação.

TÉCNICAS DE RECOLHA

- » Iniciar sempre com a fotografia da “ficha de contacto”, que deve conter os seguintes elementos: (1) identificação do serviço; (2) número da ficha de contacto; (3) data; (4) nome do profissional responsável pelo procedimento fotográfico.

ATENÇÃO: NÃO INCLUIR NOME OU N.º UTENTE DE FORMA A GARANTIR O ANONIMATO E NÃO RECONHECIMENTO DA VÍTIMA.

- » Iniciar por planos gerais, passar para planos médios e planos de pormenor.
- » Incluir em todos os planos, sempre que possível, referências anatómicas no enquadramento da fotografia.
- » Evitar reflexos.
- » Fotografar sempre com a câmara ao nível dos olhos.
- » Orientar a câmara no sentido de melhor adequar o formato retangular do visor (horizontal/vertical) ao formato da área de interesse.
- » Fotografar paralelamente à área de interesse, reduzindo a distorção e permitindo manter o foco nos planos macro.
- » Colocar no centro do visor a área de interesse a fotografar.
- » Sempre que necessário, reposicionar a vítima para facilitar o ângulo de tomada da imagem, quer para a câmara, quer para a incidência da luz.
- » Preencher, quase completamente, o visor com a área de interesse, descartando informação indesejada (elementos distratores), que possa desviar a atenção do motivo a documentar.
- » Nas fotografias de pormenor das evidências mais importantes, realizar sempre uma série de imagens com diferentes ângulos de incidência entre a câmara e a área de interesse.
- » Se a evidência a fotografar estiver num plano curvo (ex. marca de mordedura num ombro) realizar sempre uma série de fotografias fazendo variar o ângulo de incidência entre a câmara e a área de interesse.
- » Tirar duas fotografias a todas as áreas de interesse, uma com testemunho métrico e outra sem, para garantir que o testemunho não esconde nenhum aspeto importante.
- » Para fotografar, manter a câmara fixa, focar cuidadosamente, usar a máxima profundidade de campo, enquadrar o motivo e só então “disparar”.
- » À medida que as imagens forem sendo captadas, visualizar de imediato no ecrã da câmara (LCD), apagar as que se apresentarem desfocadas, mal iluminadas, sem nitidez, etc., e, uma vez corrigidos os parâmetros, efetuar novas fotografias.
- » No mesmo cartão de memória podem constar vários casos, desde que no início de cada um seja fotografada a “ficha de contacto”.
- » Em caso de impressão, etiquetar corretamente todas as fotografias e garantir a cadeia de custódia através do preenchimento do **Formulário de Cadeia de Custódia**¹⁸².

Vítimas de Violência Sexual

- » De preferência, a fotodocumentação deve ser efetuada por um profissional do mesmo sexo que a vítima, minimizando o desconforto e prevenindo a revitimização.
- » Ter em atenção questões relacionadas com o conforto e pudor da vítima: para minimizar o seu desconforto e respeitar a sua privacidade, devem cobrir-se, de forma adequada, as partes do corpo que não estão a ser examinadas ou fotografadas, nomeadamente aquelas que mais despertem sentimentos de pudor (ex. mamas ou área anogenital). Obter as fotografias de cada segmento corporal, recobrimdo-o ao passar-se para outra zona.
- » Face da vítima: fotografar apenas para efeitos de identificação, ou quando é essencial (ex. lesões na face), mas nunca contida no mesmo enquadramento das partes do corpo com conotação sexual; para relacionar a face com as outras fotografias de evidências, incluir nas imagens da face e das diversas partes do corpo alguns elementos comuns (ex. a mesma peça de roupa ou lesão que possam ser comuns a diversas fotografias).

- » Imagem de nu frontal: em caso de necessidade de fotografar completamente o corpo da vítima, designadamente de frente, obter-se uma imagem de nu frontal, podendo-se em sua substituição, efetuar várias imagens dos diferentes segmentos corporais.
- » Fotografar sempre antes de tocar na roupa ou corpo da vítima, ou seja, sempre que possível, antes da prestação de cuidados médicos, colheita de vestígios ou exame médico. Permitir apenas uma inspeção prévia da região em causa para selecionar as evidências a fotografar.
- » Fotografar tão precocemente quanto possível as áreas entendidas como relevantes para a fotodocumentação (ex. conjuntiva ocular, região retroauricular, face interna dos lábios e freios, pescoço, face interna dos braços e coxas, região anal ou genital).
- » Fotografar vestígios de interesse encontrados no corpo ou roupa antes de os remover ou colher (ex. rasgões ou outras alterações na roupa, pelos ou cabelos soltos, manchas, terra).
- » Fotografar em pormenor: (1) mãos e unhas, se se observarem vestígios de sangue, pelos/cabelo ou pele, no espaço subungueal, ou se alguma unha se apresentar partida ou ausente; (2) marcas de constrição da vítima ao nível dos braços, punhos, coxas, tornozelos ou pescoço; (3) marcas de sucção e/ou mordedura; (4) laceração himenial ou anal.
- » Fotografar em *follow-up*, sempre que necessário e possível, pois algumas lesões podem evidenciar-se apenas mais tarde, designadamente as equimoses.
- » Lesões anogenitais: fotografar com a maior aproximação possível (macrofotografia), para eliminar o mais possível o fundo, evidenciando a lesão, dado que geralmente são de reduzida dimensão e se reportam a superfícies brilhantes (mucos) e, devido à sua localização, impossibilitam muitas vezes uma iluminação adequada (sombas de outras estruturas).

Adaptado de: NP-INMLCF-010, 2013.

2.4.4. Avaliação do Estado Emocional



A avaliação do estado emocional reveste-se de particular importância, tendo como objetivo uma melhor compreensão do impacto psicológico da violência na vítima e consequente adequação dos

cuidados de saúde a prestar.

Nesta matéria, importa salientar **alguns dos erros graves que é imprescindível evitar cometer**:

- » **Considerar que o número total de casos de violência corresponde ao número de vítimas com lesões físicas;**
- » **Considerar que uma vítima sem lesões físicas não está exposta a riscos, ignorando que muitas encontram como única alternativa à situação o suicídio, ou o homicídio do/a seu/sua agressor/a, nomeadamente as mulheres vítimas de violência doméstica no âmbito de relações de intimidade;**
- » **Interpretar a aparente passividade das vítimas como conformismo perante a situação, ou mesmo como agrado, quando na realidade enfrentam sentimentos de culpa, medo e/ou impotência e por vezes estão em processo de mudança testando a efetiva capacidade de apoio dos serviços e profissionais;**
- » **Desvalorizar a importância de uma atitude compreensiva que qualquer profissional possa oferecer no âmbito da prestação de cuidados de saúde, fundamental enquanto rede de suporte que lhe permita enfrentar o medo.**

Assim, o/a profissional deve realizar uma avaliação cuidada dos aspetos psicológicos, incluindo especial atenção à sintomatologia comum em situações de vitimização, tais como: ansiedade, tristeza, labilidade, apatia, agitação, confusão mental, desorientação, ideação suicida, muitas vezes também presentes

noutros diagnósticos.

A sensibilidade face a estes aspetos é relevante, tanto no atendimento inicial e em situações de crise, como na intervenção continuada, nomeadamente, a nível do processo de apoio¹⁸⁴.

¹⁸⁴ Consultar capítulo 4. Aspetos Gerais no Atendimento a Vítimas, Parte II, página 111

2.4.5. Avaliação do Processo de Mudança na Vítima



A reação das vítimas perante uma situação de violência encontra-se condicionada por vários fatores, nomeadamente:

- » Grau e características da violência;
- » Dinâmica relacional estabelecida entre agressor/a e vítima (incluindo aspetos relacionados com a dependência emocional, económica, habitacional, atividades de vida diária e/ou situações de especial vulnerabilidade);
- » Recursos internos (incluindo autoestima e autoconfiança);
- » Dano produzido e impacto na sua saúde (incluindo aspetos na saúde física, mental e social);
- » Recursos psicossociais disponíveis (incluindo dimensão e disponibilidade e/ou prontidão da rede de suporte social);

- » Existência de crianças ou outras pessoas a seu cargo;
- » Envolvimento em situações de ilegalidade ou ilicitude juntamente com o/a agressor/a.

Assim, é importante conhecer o processo interno que as vítimas atravessam a partir do momento em que tomam consciência da sua situação e planeiam iniciar um processo de mudança, de forma a adequar as estratégias de intervenção. Tal percurso não ocorre de forma linear, pelo que podem observar-se avanços e retrocessos, nomeadamente no caso da violência doméstica que, na saúde, à semelhança de outras entidades clínicas, pode assumir um **caráter de cronicidade**, alternando períodos de agudização com outros de estabilização¹⁸⁵.

No **Quadro 38** descrevem-se as fases do processo de mudança comportamental nas vítimas, nomeadamente de violência doméstica/género, e são dadas sugestões de atuação aos/as profissionais em função de cada uma dessas etapas.

QUADRO 38 - FASES DO PROCESSO DE MUDANÇA NA VÍTIMA E ORIENTAÇÕES PARA A INTERVENÇÃO

FASES DO PROCESSO DE MUDANÇA NA VÍTIMA		INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	
1	Não há tomada de consciência da situação de violência ou nega que exista.	7	Relacionar a sintomatologia com a situação de violência. Oferecer informação para distinguir mau trato de uma relação de respeito mútuo.
2	Inicia a tomada de consciência da situação de violência em que vive; contudo, não sente que esta possa mudar ou que possa intervir para a mudança.	8	Facilitar a expressão de emoções, medos, expectativas e dificuldades. Identificar apoios e pontos fortes e analisar o ciclo da violência.
3	Começa a pensar que não pode continuar a viver na situação presente, mas não sabe como mudar. Analisa prós e contras para a mudança que, contudo, não planeia realizar.	9	Apoiar cada iniciativa de mudança e estabelecer em conjunto o plano mais adequado. Analisar as dificuldades. Motivar para procurar ajuda especializada ou outros apoios como grupos de suporte.
4	Inicia algumas mudanças e planeia a rutura da situação, embora demonstre sentimentos ambivalentes, como autoconfiança e insegurança ou medo de enfrentar o futuro.	10	Valorizar os progressos e reforçar as decisões, realizando um acompanhamento continuado em coordenação com outros recursos.
5	O percurso de saída da situação de violência não é linear, pelo que pode haver momentos de abandono e retrocessos até conseguir consolidar e manter a sua autodeterminação.	11	Ajudar a compreender que os retrocessos e inseguranças são parte do processo. Analisar em conjunto os motivos e situações que conduziram ao retrocesso.
6	Consolidado o processo de mudança, executa novos projetos de vida.	12	Potenciar a sua participação em atividades e redes de suporte social, na criação de vínculos saudáveis, no desenvolvimento da autoestima e da autoconfiança.

Adaptado de: Rodríguez & Moya, 2012..

¹⁸⁵ Consultar Ciclo da Violência Doméstica no Capítulo 2.1.4. Dinâmicas Relacionais, Parte I, página 51

2.4.6. Avaliação dos Indicadores de Risco



Em termos conceituais, entende-se por avaliação dos indicadores de risco o processo de recolha de informação acerca das situações de violência, incluindo características da vítima, do/a agressor/a e da dinâmica relacional entre estes, de forma a facilitar o processo de tomada de decisão para um plano de intervenção, tendo como finalidade a prevenção do risco de reincidência de violência (Kropp, 2004). Desta forma, será possível inferir acerca de possíveis estratégias de minimização de risco.

Muitos autores definem a noção de risco, nomeadamente na violência em relações de intimidade, como sendo um conceito que se refere a qualquer forma de violência que poderá acontecer futuramente. No entanto, nesta matéria, os diversos estudos variam consideravelmente ao operacionalizar a noção temporal que pode ir de meses a anos, numa definição em torno da previsibilidade em detrimento de aspetos contextuais. Trata-se, portanto, de um conceito não consensual na literatura teórica e empírica, nomeadamente no que respeita ao risco associado à violência nas relações de intimidade (Kropp, 2004).

Deve ser, assim, entendido como um conceito multifacetado, incluindo não apenas a probabilidade de um comportamento violento por parte de um indivíduo no futuro, mas igualmente levando em consideração a natureza do risco (tipo, gravidade e iminência) e as circunstâncias de agravamento ou diminuição (Douglas & Lavoie, 2006).

Os instrumentos de avaliação, tendo por base indicadores de risco, constituem-se como um mecanismo estruturado de recolha de dados, que deve incluir a complementaridade de informação de outras entidades, permitindo uma melhor adequação das estratégias de intervenção. Este processo, o mais objetivo possível, assume especial relevância na complementaridade com o sistema judicial, por forma a apoiar tomada de decisões fundamentadas, com consequente proteção da vítima e penalização do/a agressor/a.

O protocolo geral de atuação explicitado neste Manual entende o conceito de risco numa abordagem multidimensional, pelo que na **avaliação dos indicadores de risco** de violência torna-se fundamental ter em conta os seguintes aspetos:

- » **A categorização dos riscos não é estanque**, uma vez que, na vida das vítimas, os tipos de violência e os níveis de risco entrecruzam-

se e podem modificar-se subitamente. Daí, a complexidade em assinalar níveis fixos e generalizados para todas as vítimas que se encontrem em situações similares, pois omitir detalhes que as diferenciam pode inviabilizar a identificação de riscos;

- » **A avaliação do nível de risco é dinâmica e multifatorial. Avalia-se a partir da combinação entre o tipo de comportamento violento (natureza), a frequência e escalada evolutiva deste (reiteração e iminência), a capacidade de resposta da vítima (estratégias de coping), perigosidade do/a agressor/a (dano) e percepção de perigosidade por parte da vítima;**
- » **A informação qualitativa proporcionada pela vítima representa um dos indicadores de maior fiabilidade**, pois é a pessoa que mais informação possui acerca da violência e conduta do/a agressor/a. Porém, a sua experiência prolongada de vitimização pode alterar a sua percepção de risco e/ou gravidade da violência, nomeadamente no que respeita à recordação de episódios pelo trauma associado, bem como a baixa autoconfiança e capacidade crítica, sobretudo em situações de insultos e difamação reiterados (Browne, 1987; Campbell, 1995; Dutton & Dionne, 1991);
- » Durante o processo de avaliação, é fundamental **considerar aspetos mais qualitativos dos indicadores de risco** integrando-os num conjunto em inter-relação e inserindo-os num contexto, em detrimento da quantificação pura dos mesmos, que tende a dificultar a interpretação e associação entre estes;
- » **Não existe graduação real no risco**. Em contextos de violência, não é possível falar, com rigor, de baixo, médio ou alto risco, em virtude de que somente a presença de atos violentos coloca em perigo quem se encontre nessa circunstância. **O grau de risco não é permanente**. Dada a imprevisibilidade do comportamento humano, nada garante ao/a profissional de saúde que alguém que apresente poucos indicadores de risco não possa ser vítima de homicídio. Por estes motivos, os **indicadores para avaliar o risco** não procuram assinalar “níveis”, mas sim **alertar para os tipos de risco e as circunstâncias específicas** da violência, com o objetivo de elaborar um plano

de intervenção que considere todas as variáveis possíveis e uma adequada referenciação.

Assim, os níveis ou graus de risco correspondem a classificações que ajudam a hierarquizar situações e prioridades na intervenção, implicando uma ação imediata quando o risco é “elevado”, muito embora não permitindo justificar o adiamento ou omissão da intervenção em situações em que o risco foi avaliado como tal.

Na identificação de risco, sugere-se que o/a profissional tenha em conta as variáveis a seguir indicadas, complementadas com uma avaliação psicossocial da situação de violência, estado emocional, exame físico,

e processo de mudança. A ponderação conjunta de todos estes tipos de informação vai permitir obter uma avaliação global da situação e decidir sobre qual o melhor plano de intervenção a seguir, em particular quando existe possibilidade de risco ou de perigo iminente.

Assim, a avaliação dos indicadores de risco deve ter em conta a análise de três aspetos essenciais que incluem deteção de indicadores de risco, perceção de perigo por parte da vítima e diagnóstico de perigo iminente devidamente fundamentado, que de seguida se especificam (Rodríguez & Moya, 2012).

1. PRESENÇA DE INDICADORES DE RISCO, AVALIADO EM CONJUNTO COM A VÍTIMA:

- | | |
|--|--|
| » Ameaça ou uso de armas e/ou disponibilidade de acesso; | obsessivo da atividade diária (onde vai, com que está, que dinheiro tem); |
| » Ameaças ou tentativa de homicídio da vítima ou de figuras significativas; | » Morbilidade psiquiátrica/psicopatologia no/a agressor/a; |
| » Ameaças ou tentativa de suicídio por parte da vítima; | » Atitudes extremas de dominância e poder: vítima como propriedade; |
| » Maus tratos a crianças e jovens ou outros elementos da família; | » Ameaças ou perseguições, mesmo depois de uma separação; |
| » Lesões graves em incidentes anteriores; | » Agravamento das estratégias de isolamento; |
| » Ameaça ou abandono da relação por parte da vítima (conflitos, separação/divórcio); | » Consumo de álcool ou outras substâncias por parte do/a agressor/a; |
| » Ameaças ou assédio/perseguições/ <i>stalking</i> (incluindo em caso de separação); | » Comportamento violento generalizado a outros contextos; |
| » Escalada da gravidade, intensidade e frequência da violência; | » Diminuição ou ausência de remorso por parte do/a agressor/a; |
| » Episódios de violência durante a gravidez; | » Historial de crimes do/a agressor/a; |
| » Prática de sexo forçado com a vítima (incluindo em contexto de conjugalidade); | » Violação de ordens judiciais pelo/a agressor/a (liberdade condicional, medidas de coação); |
| » Manifestação de ciúmes extremos, controlo | |

2. RESPOSTA POSITIVA DA VÍTIMA AOS ITENS DE PERCEÇÃO DE PERIGO: NA PRESENÇA DESTE INDICADOR, O RISCO AUMENTA CONSIDERAVELMENTE

- » Sentimento de insegurança;
- » Receio em voltar para casa ou contexto onde ocorreu/ocorre a situação de violência;
- » Existência de perigo para os filhos;
- » Presença do/a agressor/a em localização próxima;
- » Desconhecimento da situação por familiares e/ou amigos;
- » Fraco apoio da rede de suporte familiar ou social;

3. DIAGNÓSTICO DE PERIGO IMINENTE

Diz respeito à conclusão de que se afigura iminente a possibilidade do/a utente sofrer um episódio de violência com perigo para a própria vida ou a das suas figuras significativas, **fundamentada na entrevista, percepção da vítima, avaliação biopsicossocial e exame físico.**

Para mais informações sobre o tema, nomeadamente no que respeita à violência nas relações de intimidade, recomenda-se a consulta dos seguintes documentos:

- » “European Manual on Risk Assessment”, da autoria de Albuquerque et al. (2013)¹⁸⁷.
- » “Avaliação e Gestão de Risco em Rede - Manual para profissionais”, da autoria da AMCV e de outros parceiros, incluindo DGS¹⁸⁸ (2013).

AVALIAÇÃO DO RISCO FAMILIAR EM CRIANÇAS E JOVENS

No contexto do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), o risco familiar é um dos parâmetros a avaliar em crianças e jovens, encontrando-se atualmente já incluído nos sistemas informáticos

de apoio à prática clínica dos cuidados de saúde primários: Sistema de Apoio Médico (SAM) e Sistema de Apoio à Prática do Enfermeiro (SAPE)¹⁸⁶.

¹⁸⁶ Consultar 4. Registo, Parte III, página 185

¹⁸⁷ Disponível em URL http://e-maria.eu/?page_id=13

¹⁸⁸ Disponível em URL <http://www.amcv.org.pt/pt/amcv-mulheres/projectos/actual/e-mar>

3. HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO



3. HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO



Após avaliação global da situação, fundamentada na observação da atitude da vítima, entrevista clínica, dados disponíveis e, quando necessário, no exame físico, o/a profissional deverá colocar **hipóteses de diagnóstico** de forma a decidir qual o melhor plano de intervenção a seguir. Essa apreciação poderá ser realizada com base nas seguintes variáveis:

» **A vítima confirma ou não confirma situações de violência?**

» **Se confirma, reconhece, ou não, tratar-se de uma situação de violência?**

» **Evidencia, ou não, indicadores de suspeita na avaliação?**

» **Encontra-se, ou não, em perigo?**

Desta forma, o/a profissional poderá encontrar uma das seguintes situações:

SEM RISCO ATUAL



O/a utente **NÃO CONFIRMA** situações de violência **E**

O/a utente **NÃO REVELA INDICADORES DE SUSPEIÇÃO** de violência

SUSPEITA SEM PERIGO IMINENTE



O/a utente **NÃO CONFIRMA** situações de violência **MAS**

O/a utente **REVELA** indicadores de suspeição de violência

SITUAÇÃO SUGESTIVA DE NÃO EXISTÊNCIA DE PERIGO IMINENTE após avaliação dos indicadores de risco

CONFIRMAÇÃO SEM PERIGO IMINENTE



O/a utente **CONFIRMA** situações de violência **OU**

O/a utente **CONFIRMA MAS NÃO RECONHECE** situações conflituosas como violência **E**

O/a utente **REVELA** indicadores de suspeição de violência

SITUAÇÃO SUGESTIVA DE NÃO EXISTÊNCIA DE PERIGO IMINENTE após avaliação dos indicadores de risco

CONFIRMAÇÃO COM PERIGO IMINENTE



PRESENÇA DE INDICADORES QUE POSSAM CONFIGURAR PERIGO IMINENTE que coloque em causa a segurança do/a utente, incluindo seus dependentes, com base na entrevista, percepção de perigo pela vítima, avaliação biopsicossocial e exame físico.

É a partir do levantamento destas hipóteses que o/a profissional deverá ponderar qual o melhor protocolo

de atuação a seguir.

REGISTO

4. REGISTO



4. REGISTO



No atendimento a vítimas de violência, o **registro** assume particular importância, dado o seu valor na prevenção de futuros episódios de violência e organização da atuação, podendo também servir enquanto meio de prova no processo judicial. Por outro lado, pretende-se que o registro deste tipo de situações de forma consistente possa permitir, futuramente, o acesso a dados nacionais que permita compreender o impacto destes fenómenos no âmbito da saúde.

Para tal, o registro das situações de violência deve ser efetuado nos sistemas informáticos de apoio à prática clínica (SAM, SAPE, SClínico e outros) e no **Formulário de Registro Clínico de Violência**¹⁸⁹, onde o/a profissional deverá registar, com maior grau de detalhe e objetividade possíveis, todas as informações relevantes recolhidas durante a entrevista e procedimentos efetuados, tais como o exame físico, recolha de vestígios e fotodocumentação. Deve ser facultado cópia do mesmo formulário à Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) para efeitos casuísticos e/ou consultadoria, e, em situações excecionais para intervenção¹⁹⁰.

No **Formulário de Denúncia de Crime**¹⁹¹ deve ser

assinalada a existência de informação clínica registada no **Formulário de Registro Clínico de Violência**. Este só deve ser facultado ao Tribunal mediante indicação expressa do mesmo.

Assinala-se ainda que, a nível dos cuidados de saúde primários, todas as situações de suspeita ou confirmação de maus tratos a crianças e jovens, incluindo violência vicariante¹⁹², deverão ser registadas no SAM, SAPE, SClínico, no separador denominado **Avaliação do Risco Familiar** que consta no **módulo informático de apoio ao Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**. Em caso de deteção de indicadores de risco, deverá ser realizada a sua sinalização ao NACJR/NHACJR através deste mesmo programa (**Figura 23 e 24**).

Tanto no domínio das crianças como no dos adultos, afigura-se pertinente a informatização destes instrumentos de atuação nos vários sistemas de registro da Saúde, de forma a encarar-se a sua uniformização a nível nacional. A criação de interfaces entre os diversos sistemas existentes nos vários serviços de saúde, bem como a criação de diferentes patamares de acesso, apesar de representar um trabalho de grande complexidade, afigura-se fulcral e prioritário.

FIGURA 23 - PRINT SCREEN DO REGISTO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR EM SAM E SAPE

¹⁸⁹ Anexo 3, página 229

¹⁹⁰ Consultar 6. Sinalização, Parte III, página 205

¹⁹¹ Anexo 2, página 229

¹⁹² Crianças indiretamente expostas a situações de violência, nomeadamente no contexto de violência doméstica.

FIGURA 24 - PRINT SCREEN DA SINALIZAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA/JOVEM EM SAM/SAPE/SCLÍNICO

Em matéria penal, a denúncia de suspeição de prática de crime deve ser registada no **Formulário de Denúncia de Crime**¹⁹³ criado para esse efeito e dirigido ao Ministério Público da Comarca da respetiva área. Saliente-se que, no exercício das suas funções, o profissional é obrigado a denunciar o facto, não necessitando do consentimento da vítima para o fazer¹⁹⁴. No entanto, deverá ponderar o momento da mesma, avaliando o risco e garantindo, tanto quanto possível, estarem previamente reunidas condições de segurança da vítima, sendo fundamental a elaboração conjunta de um **Plano de Segurança**¹⁹⁵, adaptado às necessidades da vítima e circunstâncias da situação.

Relativamente ao registo clínico de situações de violência, Redondo et al. (2012) sugerem alguns aspetos fundamentais:

- » Anotar as afirmações espontâneas utilizando “aspas”, fazendo-as anteceder de “o/a utente referiu ou relatou...”;
- » Registar o que se viu e ouviu (ex. “o/a utente estava a tremer e a chorar enquanto descrevia o episódio em que o/a companheiro/a ameaçou matá-la/o”);
- » Descrever o que se viu no exame objetivo, incluindo caracterização objetiva das lesões e percepção de dor (ex. *refere dor à apalpação*);

- » Evitar o registo subjetivo, com frases que possam dar origem a ambiguidade e contradições (ex. “a/o utente estava histérica/o”);
- » Nas respostas negativas às perguntas de deteção, registar “foram colocadas questões de rotina sobre violência e a/o utente afirmou não ser um problema para si”, e não “a/o utente nega a situação de violência” ou “o/a utente não se encontra numa situação de violência”, uma vez que devido ao “silêncio da violência” o/a utente pode negar e estar a ser vítima (ver obstáculos à deteção por parte das vítimas);
- » Anotar, mesmo quando o relato é discordante da avaliação realizada (ex. “apesar da utente, atualmente grávida de 6 meses, relatar que bateu acidentalmente com a cabeça na esquina da porta, questiona-se se o ferimento não foi infligido. De registar que na gravidez anterior relatou vários episódios de violência física por parte do companheiro. De notar também que durante a entrevista evitou o contacto visual, recusou responder e começou a chorar quando foi questionada se o ferimento não foi realizado na sequência de alguma agressão pelo seu companheiro”).

¹⁹³ Anexo 2, página 229

¹⁹⁴ Consultar 5.2. Sigilo Profissional e Obrigatoriedade de Denúncia e 9. Aspetos Legais, Parte II, página 119 e página 132.

¹⁹⁵ Anexo 6, página 229. Consultar também 5.2.5. Procedimentos Específicos, Parte III, página 201

ATUAÇÃO

5. ATUAÇÃO



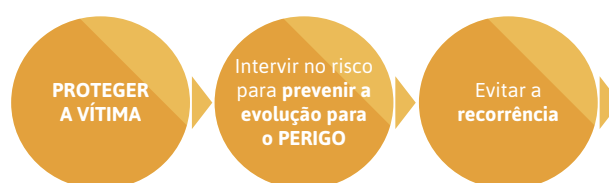
5. ATUAÇÃO



Uma vez que as situações de violência se revestem de uma grande complexidade, dada a multiplicidade de fatores relacionados com a vítima e com o/a agressor/a, com o tipo de violência, as circunstâncias e o contexto em que ocorrem, o/a profissional, ao elaborar um plano de intervenção, deverá ter em conta o carácter flexível e não linear do mesmo.

Os protocolos sugeridos neste documento devem ser entendidos como guiões orientadores, uma vez que compete ao profissional ajustá-los e adaptá-los às necessidades da vítima e às circunstâncias e situação em causa, nomeadamente nas situações de violência doméstica, em particular nas relações de intimidade, em que **as vítimas, frequentemente, na adesão à intervenção avanços e recuos, tendo em conta a fase do ciclo de violência em que se encontram**¹⁹⁶. De facto, não raro, sobretudo nas fases de agudização da violência, o/a profissional identifica a necessidade e a vontade da vítima em encetar um processo de mudança relativamente à situação em que se encontra; contudo, constata que, ao fim de algum tempo, aquela regressa para a situação de relacionamento íntimo com o/a agressor/a. Este tipo de situações ocorre por uma multiplicidade de variáveis, competindo ao/à profissional compreender fatores associados e estar disponível para trabalhar com a vítima processos de mudança verdadeiramente consistentes.

PRINCIPAIS OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO



RECOMENDAÇÕES PARA A ATUAÇÃO

- » Não confrontar o/a agressor/a com o testemunho da vítima;
- » Ter em conta as dificuldades específicas das vítimas em situações de especial vulnerabilidade, adaptando os protocolos à situação em causa;
- » Disponibilizar suporte emocional continuado;
- » Não recomendar, sobretudo em fases agudas, terapia de casal ou mediação familiar;
- » Sempre que se realize a denúncia da situação de violência aos órgãos competentes, há que avaliar previamente a segurança da vítima e tomar medidas de proteção – plano de segurança - para minimizar ou evitar o perigo;
- » Manter estreita coordenação e colaboração com outras instituições ou serviços de saúde.

5.1. PROTOCOLOS DE ATUAÇÃO

PROTOCOLO 1 SITUAÇÃO DE SUSPEITA

OBJETIVO: promover o reconhecimento por parte da vítima da sua situação de maus tratos, ajudando na compreensão enquanto problema, para que haja condições de realizar uma intervenção direta.

PROTOCOLO 2 SITUAÇÃO DE RISCO

OBJETIVO: fazer com que a vítima se sinta apoiada e esteja consciente da sua situação, de modo a iniciar as mudanças necessárias que lhe permitam interromper o ciclo/dinâmica da violência.

PROTOCOLO 3 SITUAÇÃO DE PERIGO

OBJETIVO: promover a segurança da/s vítima/s, incluindo seus dependentes, em situações de violência grave, ocorridas ou em risco de ocorrer, que possam representar perigo iminente de vida.

¹⁹⁶ Consultar Ciclo da Violência Doméstica em 2.1.4. Dinâmicas Relacionais, Parte I, página 51

PROTOCOLO 1**SITUAÇÃO DE SUSPEITA**

(quando a vítima não reconhece encontrar-se numa situação de violência)

Informar o/a utente da avaliação que o/a profissional realizou acerca da situação em que se encontra

Realizar seguimento em ambulatório/consulta

- > Estabelecer uma relação de confiança e empatia
- > Trabalhar com a vítima a tomada de consciência e reconhecimento da situação em que se encontra enquanto problema que necessita de resolução, dado o impacte que pode ter na sua saúde ou na dos seus dependentes
- > Oferecer apoio integral e interdisciplinar para os problemas físicos, psicológicos e sociais, apresentados
- > Apoiar a vítima na tomada de decisões
- > Informar a vítima sobre os recursos de apoio de que dispõe nesta área, e, em caso de aceitação, realizar o seu encaminhamento
- > Em caso de suspeita, com fortes indícios e, após avaliação da segurança, constatada a existência de perigo iminente, atuar segundo o **protocolo 3 - situação de perigo**.

Sinalizar a situação à Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA)

- > Enviar cópia do **Formulário de Registo Clínico de Violência** ¹ à EPVA
- > Caso necessário, solicitar consultadoria e/ou apoio para a intervenção à EPVA

No caso de crianças e jovens presenciarem ou tomarem conhecimento da situação de violência

- > Referenciar ao NACJR/NHACJR através do preenchimento de **Ficha de Sinalização NACJR/NHACJR** ²

¹ Anexo 3, página 229

² Disponível em: <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/maus-tratos-em-criancas-e-jovens/formularios-de-trabalho-para-profissionais-de-saude.aspx>

PROTOCOLO 2

SITUAÇÃO DE RISCO

(quando a vítima confirma encontrar-se numa situação de violência, mesmo que não a reconheça como tal)

Informar o/a utente da avaliação que o/a profissional realizou acerca da situação em que se encontra

Realizar seguimento em ambulatório/consulta

- > Trabalhar com a vítima a tomada de consciência e reconhecimento da situação como um problema que necessita de resolução, dado o impacto para a sua saúde ou dos seus dependentes
- > Oferecer apoio integral e interdisciplinar para os problemas físicos, psicológicos, sociais, apresentados pela vítima, considerando também os seus dependentes
- > Desenvolver plano de segurança com a vítima para possíveis situações de perigo
- > Estabelecer um plano de atendimento para:
 - Apoiar a vítima, de forma empática, favorecendo a tomada de decisões para iniciar mudanças na situação
 - Acompanhar a vítima, ajudando a lidar com a situação
- > Prevenir novas situações de violência
- > Informar a vítima sobre os recursos externos de apoio nesta área, e, em caso de aceitação, realizar o seu encaminhamento

Sinalizar a situação à Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA)

- > Enviar cópia do **Formulário de Registo Clínico de Violência** ¹ à EPVA
- > Caso necessário, solicitar consultadoria e/ou apoio para a intervenção à EPVA

No caso de crianças e jovens presenciarem ou tomarem conhecimento da situação de violência

- > Referenciar ao NACJR/NHACJR através do preenchimento da respetiva **Ficha de Sinalização NACJR/NHACJR** ²

Em caso de suspeita e/confirmação de violência sexual, tráfico de seres humanos ou violência contra profissionais de saúde seguir protocolos de atuação específicos ³

Sensibilizar a vítima de que a violência é considerada crime e prestar informações sobre a denúncia

- > Em caso de aceitação, apoiar a vítima na denúncia/queixa
- > Em caso de recusa, denunciar, enviando cópia do **Formulário de Denúncia de Crime** ⁴ para o Ministério Público, apenas após estarem asseguradas condições de segurança e proteção da vítima (**Avaliação de Indicadores de Risco** ⁵), estabelecendo com esta um **Plano de Segurança** ⁶.

¹ Anexo 3, página 229

² Disponível em: <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/maus-tratos-em-criancas-e-jovens/formularios-de-trabalho-para-profissionais-de-saude.aspx>

³ Disponível em 5.2. Atuação em Vitimização Específica, página 194

⁴ Anexo 2, página 229

⁵ Disponível em 2.4.6. Avaliação dos Indicadores de Risco, página 176

⁶ Anexo 6, página 229

PROTOCOLO 3**SITUAÇÃO DE PERIGO**

(quando a vítima se encontra em situação de perigo iminente de vida,
de acordo com avaliação de indicadores de risco)

Informar o/a utente da avaliação que o/a profissional realizou da situação de perigo em que se encontra e fornecer-lhe possíveis estratégias a seguir, estabelecendo um plano de segurança. Transmitir-lhe que não se encontra só.

Manter a vítima em segurança, protegendo-a do contacto com o/a agressor/a e, em caso de necessidade, contactar as Forças de Segurança (GNR/PSP)

Tratar lesões físicas e prestar apoio emocional e, em caso de necessidade, encaminhar para as especialidades adequadas

Contactar Linha de Emergência Social 144, caso necessário

Preencher Formulário de Denúncia de Crime¹ e enviar para o Ministério Público

Sinalizar a situação à Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA)

- > Enviar cópia do **Formulário de Registo Clínico de Violência** ³
- > Caso necessário, solicitar consultadoria e/ou apoio para a intervenção à EPVA

No caso de crianças e jovens presenciarem a situação de violência, sinalizar ao Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR/NHACJR), através de Ficha de Sinalização NACJR/NHACJR ⁴ ou CPCJ

Em caso de suspeita e/confirmação de Violência Sexual, Tráfico de Seres Humanos ou Violência contra Profissionais de Saúde, seguir protocolos de atuação específicos ⁵

Avaliar o seguimento da situação

Após saída da situação de perigo, acompanhar a situação de acordo com Protocolo 2 – Situação de Risco ⁶

¹ Anexo 2, página 229

² Anexo 3, página 229

³ Disponível em: <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/maus-tratos-em-criancas-e-jovens/formularios-de-trabalho-para-profissionais-de-saude.aspx>

⁴ Anexo 2, página 229

⁵ Disponível em 5.2. Atuação em Vitimização Específica, página 194

⁶ Disponível em 5.1.2. Situações de Risco, página 192

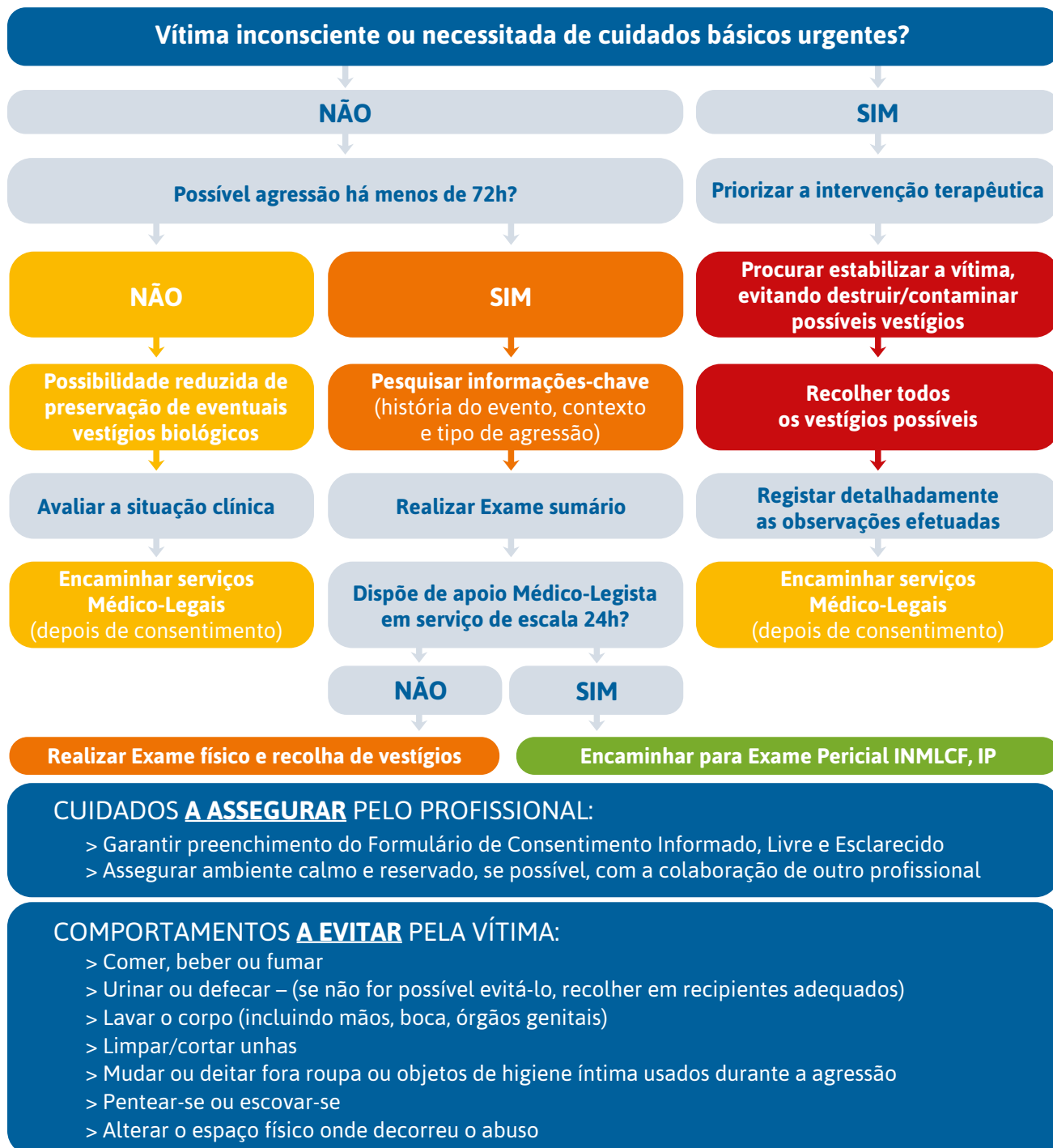
5.2. ATUAÇÃO EM SITUAÇÕES DE VITIMIZAÇÃO ESPECÍFICAS

5.2.1. SITUAÇÕES AGUDAS E/OU AGRESSÃO SEXUAL

Tendo como base a intervenção descrita no fluxograma geral, apresenta-se de forma complementar um

fluxograma breve de atuação destinada a situações agudas e/ou de agressão sexual^{197 198 199}:

FIGURA 25 - FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO EM SITUAÇÕES AGUDAS E/OU DE AGRESSÃO SEXUAL



Adaptado de: Santos et al. (2006 e 2014).

¹⁹⁷ Consultar Capítulo 2.4.3. Exame Físico, Parte III, página 164.

¹⁹⁸ Considerar a pertinência da abordagem clínica quanto a ITS e gravidez.

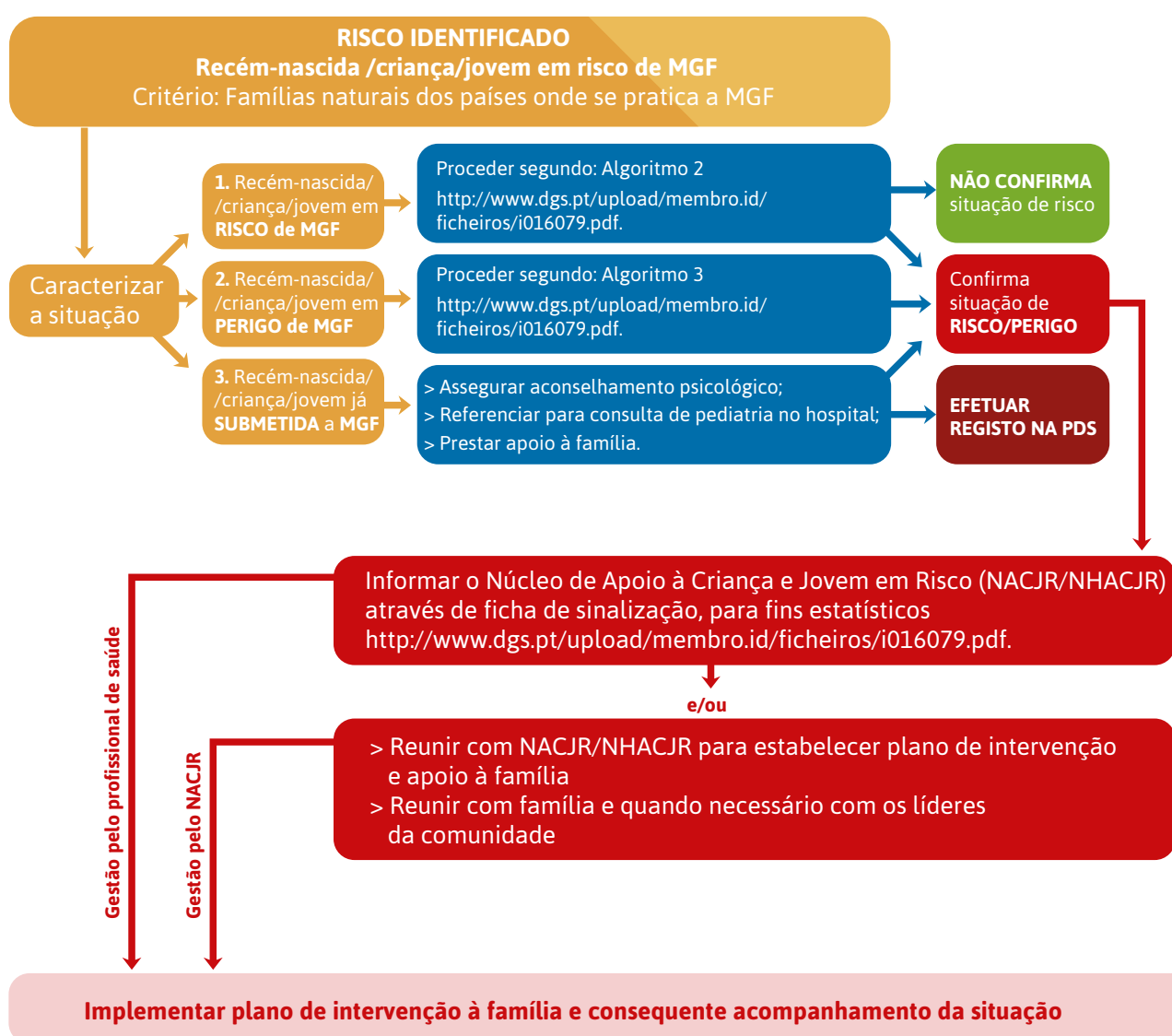
¹⁹⁹ Consultar URL: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/ e http://www.who.int/gender/documents/OMS_Ethics&Safety10Aug07.pdf

5.2.2. MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

Pela singularidade que caracteriza a MGF, esta forma de mau trato requer orientações específicas para a atuação dos profissionais de saúde no sentido de promover e garantir serviços de saúde acessíveis e adequados às necessidades particulares das mulheres e meninas que vivem com MGF. Neste sentido, a DGS publicou, em 2012, uma orientação para a intervenção dos profissionais de saúde nesta área – **Orientação 005/2012 da Direção-Geral da Saúde**²⁰⁰.

Uma vez que a prática ocorre essencialmente em crianças, importa salientar que nestes casos a intervenção dos profissionais de saúde deverá decorrer também de acordo com o Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção - Maus Tratos em Crianças e Jovens, da Direção-Geral da Saúde²⁰¹, conforme o fluxograma de abordagem e proteção da recém-nascida, criança e jovem no âmbito da mutilação genital feminina, que poderá ser consultado na referida Orientação e ilustrado na figura seguinte:

FIGURA 26 - FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO – MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA EM CRIANÇAS



Adaptado de: Orientação 005/2012 da Direção-Geral da Saúde

²⁰⁰ Disponível em URL <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/mutilacao-genital/orientacao-n-0052012-de-06022012.aspx>

²⁰¹ Disponível em URL <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016079.pdf>

Com o objetivo de conhecer a magnitude deste fenómeno e de o caracterizar, a nível nacional, todas as situações de MGF identificadas deverão

ser registadas no formulário existente para o efeito, disponível na Plataforma de Dados em Saúde (PDS) (Figura 27).

FIGURA 27 - PRINT SCREEN DO ACESSO AO FORMULÁRIO DE REGISTO DA MGF ATRAVÉS DA PDS



5.2.3. TRÁFICO DE SERES HUMANOS

A OMS sugere alguns princípios orientadores para o apoio à vítimas de Tráfico de Seres Humanos (TSH),

baseados numa abordagem de respeito aos direitos humanos (Figura 28).

FIGURA 28 - PRINCÍPIOS ORIENTADORES PARA O APOIO A VÍTIMAS DE TRÁFICO (OMS)

- 1) Não causar dano;
- 2) Dispor de conhecimento sobre o tema e avaliar os riscos;
- 3) Preparar informação de referência – não efetuar promessas que não possam ser mantidas;
- 4) Selecionar adequadamente e preparar intérpretes e outros colaboradores;
- 5) Garantir o anonimato e a confidencialidade;
- 6) Obter o consentimento da vítima;
- 7) Ouvir e respeitar a forma como cada vítima percebe a sua situação e também os riscos existentes relativos à sua segurança;
- 8) Não acrescentar sofrimento adicional à vítima;
- 9) Utilizar adequadamente a informação recolhida.

Adaptado de: Zimmerman & Watts, 2003

Perante uma situação de suspeita de TSH, o profissional de saúde deverá seguir o fluxograma geral de atuação em situações de violência como referencial orientador da intervenção. Quer em caso de suspeita, quer em caso de confirmação por parte da vítima, deverá ser efetuada por parte do/a profissional a notificação da situação ao/à Interlocutor/a Regional

da ASGVCV (FRCV), de forma a que este/a realize o seu registo no guião de sinalização ao Observatório do Tráfico de Seres Humanos OTSH (www.otsh.mai.gov.pt). A importância deste procedimento, que tem como mero objetivo a notificação de casos para fins estatísticos, prende-se com a melhoria da recolha de dados a nível nacional.

As presumíveis vítimas de tráfico devem ser sinalizadas às autoridades competentes o mais rapidamente possível **a fim de saírem da sua situação de exploração**. O/a profissional responsável pela sinalização deve apresentar à presumível vítima os seus direitos e deveres, nomeadamente a concessão de **um período de reflexão (até 60 dias)**, durante o qual lhes são fornecidos apoio e assistência e estas podem decidir se cooperam ou não com as autoridades relevantes.

Os/as adultos/as, uma vez sinalizados/as como vítimas, devem:

- » Ter direito a um período de recuperação e reflexão mínimo de 30 dias (segundo a Convenção do Conselho da Europa Relativa à Luta Contra o Tráfico de Seres Humanos), permitindo à vítima, sem residência legal, o direito de permanecer no país, a recuperar e tomar uma decisão informada sobre se deseja cooperar com as autoridades competentes para processar o traficante. Em Portugal, segundo o art. 111º, n.º 2, da Lei n.º 23/2007, de 4 de julho, o prazo de reflexão tem uma duração mínima de 30 dias e máxima de 60 dias, contados a partir do momento em que as autoridades competentes solicitam a colaboração, do momento em que a pessoa interessada manifesta a sua vontade de colaborar com as autoridades encarregadas da investigação ou do momento em que a pessoa em causa é sinalizada como vítima de tráfico de pessoas;
- » Ser protegidos/as contra exploradores/as por medidas de segurança decididas em conjunto com a vítima após uma avaliação dos indicadores de risco;
- » Receber oferta proteção para a sua integridade física e bem-estar, incluindo soluções de alojamento seguro, caso seja necessário;
- » Ter direito a serviços de intérprete;
- » Ver-lhes concedida assistência judiciária gratuita;
- » Receber assistência médica e farmacêutica, caso seja necessário;
- » Receber oferta de cuidados e serviços psicossociais. (art. 112º da Lei n.º 23/2007, de 4 de julho).

O estatuto de vítima de tráfico de seres humanos poderá implicar:

- » A concessão de uma autorização de residência/trabalho de longo prazo para as vítimas de países terceiros que não possuam nenhuma autorização legal de residência;
- » A concessão de uma indemnização;
- » A prestação de algumas ofertas de formação/educação para os/as mais novos/as;
- » O retorno assistido ao seu país de origem ou, às vezes, ida para um país terceiro, se for desejo da vítima.

Se a presumível vítima for uma criança ou jovem, esta beneficiará de medidas específicas logo que seja identificada como tal, entre as quais:

- » Medidas especiais tomadas pelas entidades competentes para determinar a identidade e a nacionalidade da criança ou jovem, e se esta estava acompanhada;
- » Prestação de representação legal;
- » Concessão de uma indemnização;
- » A necessidade das entidades competentes envidarem todos os esforços possíveis para localizar a família;
- » Acesso ao sistema educativo;
- » A possibilidade de retorno assistido, se assim o desejar, e na sequência da determinação do “interesse superior da criança” pelas autoridades competentes em matéria de proteção de crianças e jovens em perigo.

Deve, com o seu consentimento, encaminhar-se a pessoa para a autoridade competente (PJ, SEF, MP), responsável pela identificação formal (excetuando se se tratar de menores), visando o início do seu processo de proteção/assistência e início da investigação criminal.

Caso a vítima não deseje o encaminhamento para as autoridades competentes, deve ser efetuada a sinalização à Equipa Especializada para Apoio a Vítimas que integram a RAPVT ²⁰².

²⁰² Consultar URL em <http://www.otsh.mai.gov.pt/>

Esta equipa, em primeiro lugar, irá assegurar a proteção da vítima e, posteriormente, efetuará as diligências necessárias no âmbito da sinalização e articulação com os Órgãos de Polícia Criminal.

De acordo com as diretrizes do Sistema de Referenciação Nacional de Vítimas de Tráfico de Seres Humanos, é fundamental na intervenção profissional:

1. GARANTIR A SEGURANÇA: Assegurar que o profissional e a presumível vítima estão em segurança. Caso contrário, solicitar o apoio das entidades competentes (GNR, PSP, PJ ou SEF). Em caso de necessidade e caso seja possível, fornecer à vítima acesso a alimentação, descanso e outras necessidades básicas.

2. AVALIAR SE A VÍTIMA É MENOR DE IDADE: Tal como referido anteriormente, as crianças são um grupo particularmente vulnerável. Caso existam dúvidas acerca da idade da presumível vítima, havendo possibilidade da mesma ser menor de 18 anos, deve-se tratar a situação como tal e acionar de imediato os mecanismos de proteção de crianças e jovens em perigo – (Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, por exemplo).

3. ASSEGURAR QUE A VÍTIMA COMPREENDE O QUE LHE É DITO: No caso de presumíveis vítimas estrangeiras, é fundamental que a pessoa compreenda o que lhe é dito por parte do profissional. Não é aconselhado o recurso a conhecidos, familiares, amigos ou acompanhantes, uma vez que podem ser os/as próprios/as traficantes ou estarem ligados ao mesmo. Existem serviços que podem prestar o apoio de intérpretes, aos quais se pode recorrer nestas situações.

4. CRIAR UM AMBIENTE EMPÁTICO:

- » Oferecer informações à presumível vítima sobre o papel do profissional com quem está a contactar e sobre o objetivo da recolha de informação;
- » Garantir que a sua identidade será preservada e somente divulgada, com o seu consentimento, a entidades para apoio e assistência;

- » Explicar a necessidade de efetuar um registo do atendimento em questão;
- » Seguir uma abordagem baseada nos direitos humanos. Independentemente da situação legal e/ou criminal, as vítimas de TSH são detentoras destes direitos, tal como qualquer outro cidadão.

5. RECOLHER INFORMAÇÃO, REGISTAR E AVALIAR:

Tal como nas demais situações de violência, utilizar a recolha de informação, o exame físico e a avaliação dos indicadores para efetuar um possível diagnóstico da situação. Lembrar que a combinação AÇÃO+MEIOS=FIM caracteriza uma situação de TSH. (atenção ao caso específico das crianças – AÇÃO=FIM)²⁰³.

6. INFORMAR A PRESUMÍVEL VÍTIMA ACERCA DAS DIFERENTES ETAPAS DO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO FORMAL:

Esclarecer que caso seja encaminhada para entidades tais como o SEF, PJ, MP, após entrevista e identificação como vítima de TSH, deverá beneficiar da assistência prevista na legislação nacional para as vítimas de TSH.

7. INTERVIR: No final da avaliação, se o/a profissional considerar que está perante uma presumível vítima de TSH, existem várias possibilidades de acompanhamento:

- » Caso a presumível vítima criança, articular com a CPCJ;
- » Sendo a presumível vítima seja adulta, articular com as entidades competentes, estando aquela de acordo. Em situação contrária, disponibilizar informação, com contactos de recursos disponíveis, e desmistificar mitos e preconceitos que interfiram na tomada de decisão consciente e informada. Em Portugal, dado o TSH ser considerado crime público, a denúncia é obrigatória;
- » Se não considerar a situação como situação de TSH, fornecer informação sobre eventuais apoios de que a pessoa necessite.

²⁰³ Consultar Capítulo 2.4.3. Exame Físico, Parte III, página 164

CONTACTOS PARA APOIO E ASSISTÊNCIA A VÍTIMAS DE TSH:LINHA NACIONAL DE EMERGÊNCIA SOCIAL... **144**LINHA SOS IMIGRANTE... **808257257**

EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES NACIONAIS

964608288 - 961674745**EQUIPAS REGIONAIS DE APOIO:**TSH NORTE... **918654101**TSH CENTRO... **918654104**TSH LISBOA... **913858556**TSH ALENTEJO... **918654106**

CENTROS DE ACOLHIMENTO E PROTEÇÃO DE TSH

CAP PARA HOMENS **961674745**

CAP PARA MULHERES E SEUS FILHOS MENORES

964608288 / 961039169

LINHA EUROPEIA PARA CRIANÇAS DESAPARECIDAS

116000LINHA DE APOIO À CRIANÇA **116111**

COMISSÃO DE PROTEÇÃO ÀS VÍTIMAS DE CRIMES

21 322 24 90 correio.cpv@sg.mj.pt

A propósito deste tema consultar:

» RAPVT em <http://goo.gl/HtPbDz>;» IOM em http://publications.iom.int/bookstore/free/CT_Handbook.pdf;» WHO em <http://www.who.int/gender/documents/en/final%20recommendations%2023%20oct.pdf>.

5.2.4. VIOLÊNCIA CONTRA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A violência contra os/as profissionais de saúde no local de trabalho é considerada um problema de saúde pública e uma disfunção grave do sistema de saúde pela OMS deve, como tal, ser entendida como intolerável e combatida.

A intervenção nesta matéria deve seguir as orientações descritas na circular informativa n.º 15/DSPCS, de 7 de abril de 2006, “Melhorar o Ambiente Organizacional em prol da Saúde dos Profissionais”, publicada pela Direção-Geral da Saúde ²⁰⁴.

No âmbito individual, e sempre que se verifique uma situação de violência contra profissionais de saúde no local de trabalho, estes/as devem notificar o episódio de violência no sistema de notificação *online* Violência Contra Profissionais de Saúde, disponível em URL <http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia/registo-online.aspx>, destinado a fins meramente casuísticos.

O sistema de notificação procederá à recolha de dois tipos de informação: uma, de cariz mais geral e mais breve, com uma caracterização mínima do episódio de violência para efeitos de monitorização da evolução do problema, e outra, de cariz complementar da primeira, com mais detalhe, para uma melhor caracterização da situação.

Relativamente à informação de caracterização geral o sistema de notificação aborda os seguintes aspetos: data do registo; caracterização da vítima que procede à notificação; caracterização da unidade de saúde onde decorreu o episódio de violência; caracterização do tipo de violência ocorrido. No tocante à informação de maior detalhe, os aspetos mencionados são os seguintes: caracterização adicional do episódio de violência; caracterização do/a agressor/a; consequências do episódio de violência para a vítima de violência e para a unidade de saúde onde trabalha; medidas tomadas para apoiar a vítima na sequência do episódio de violência em referência; consequências do episódio de violência para a unidade de saúde e medidas tomadas por esta para fazer face a este episódio de violência; grau de satisfação com o modo como o episódio foi lidado; opinião sobre se o tipo de violência referido é ou não habitual na instituição em que ocorreu.

Em caso de violência física e psicológica, o/a profissional de saúde deverá efetuar comunicação por escrito ao/a superior hierárquico/a uma comunicação de acidente de trabalho, o que permitirá o encaminhamento para o Serviço de Higiene, Saúde e Segurança no Trabalho/Saúde Ocupacional e para o Gabinete de Gestão do

Risco e Segurança da unidade de saúde. Poderá também efetuar a notificação *online* referida antes. Poderá ainda proceder a denúncia junto das autoridades - PSP, GNR e Polícia Judiciária. Havendo testemunhas, as mesmas devem ser identificadas.

A violência contra profissionais de saúde constitui crime, que assume natureza pública (“crime público”) quando praticado contra funcionário público ou profissional encarregado de serviço público, sendo a violência exercida no exercício de funções ou por causa delas. Neste caso, a denúncia é obrigatória. A Lei n.º 38/2009 de 20 de julho prevê nos seus art. 3º e 4º como sendo de prevenção e investigação prioritárias os crimes contra as pessoas cometidos contra profissionais de saúde. A Circular da PGR n.º 1/2008, que contém as “Diretivas e Instruções Genéricas em Matéria de Execução da Lei sobre Política Criminal da Procuradoria-Geral da República”, determina a especial prioridade na investigação dos atos de violência praticados contra profissionais de saúde.

Relativamente à proteção jurídica, a instituição pública em causa não pode prestar apoio jurídico ao seu funcionário, devendo respeitar regras de realização de despesa pública e de gestão de recursos humanos que prosseguem o estrito interesse público. A consulta jurídica e o patrocínio judiciário são da competência dos advogados e dos advogados estagiários. Qualquer cidadão pode fazer-se assistir por advogado. Estando em situação de insuficiência económica, pode pedir a nomeação de patrono no quadro do regime do acesso ao direito e aos tribunais.

Algumas associações sindicais e ordens profissionais oferecem apoio jurídico aos seus associados e membros. O/a profissional de saúde vítima de violência não precisa de constituir advogado para apresentar a queixa criminal que dá origem à instauração de um inquérito crime.

Por outro lado, a direção da entidade pública que tiver conhecimento de participação de ato de violência contra profissional de saúde no local de trabalho (ou fora dele, mas por causa do exercício de funções) deve remetê-la, mediante **Formulário de Denúncia**, aos serviços do Ministério Público territorialmente competente, para efeitos de instauração de inquérito crime. Havendo elementos disponíveis que possam constituir prova, como por exemplo, os relativos ao tratamento médico das lesões causadas à vítima provavelmente assistida na unidade de saúde da ocorrência, tais elementos, devidamente registados, devem estar identificados na respetiva participação.

²⁰⁴ Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-15dspcs-de-07042006.aspx>

5.2.5. PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS

Adiante, descrevem-se outros aspetos essenciais relativamente a procedimentos específicos a desenvolver na abordagem de situações de violência:

TRATAMENTO DE LESÕES

Sempre que necessário, deve ser priorizado o tratamento de lesões ou intervenção terapêutica sobre o exame físico de recolha de vestígios.

PRESCRIÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

Deverão ser efetuados exames complementares de diagnóstico necessários para melhor esclarecimento do caso, nomeadamente exames imagiológicos, a realizar sempre que a história do evento não seja compatível com as lesões apresentadas e em conjugação com as seguintes situações: crianças com idade inferior a 2 anos; sinais físicos sugestivos de lesões esqueléticas por mau trato: edema, diminuição da mobilidade articular, parésia e deformidade; alterações neurológicas; lesões extensas dos tecidos moles.

PRESCRIÇÃO DE MEDICAÇÃO

Deve prestar-se especial atenção na prescrição de medicação psiquiátrica (ex. antidepressivos e/ou ansiolíticos) que possam diminuir a capacidade de reação da vítima perante situações de perigo.

REFERENCIAÇÃO INTERNA

Encaminhar a vítima para serviços de saúde que melhor possam servir as suas necessidades, por exemplo, consultas de especialidade em ambulatório ou internamento. Em função da avaliação do estado mental e emocional, ponderar encaminhamento para acompanhamento em serviços de saúde mental.

PRESTAÇÃO DE SUPORTE EMOCIONAL

Prestar apoio e suporte, nomeadamente no domínio emocional de acordo com as orientações no Capítulo 4. Aspetos Gerais no Atendimento a Vítimas, parte II.

ELABORAÇÃO DE PLANO DE SEGURANÇA PARA A VÍTIMA

Ter em consideração, na elaboração do plano de segurança com a vítima, a discussão de aspetos relacionados com atuação da mesma em situações de crise nomeadamente em VD, planeamento de saída de casa ou rompimento de relação com o/a agressor/a (lista de contactos, documentos e bens a levar) bem como a manutenção da segurança após saída da situação. Para apoiar neste procedimento, pode ser construído um **Plano de Segurança para Vítimas de Violência**¹, adaptado às necessidades da situação, alertando a vítima para que não o deixe acessível ao/à agressor/a potenciando o aumento do risco.

ARTICULAÇÃO EXTERNA

Articulação com entidades de apoio nesta matéria, incluindo órgãos de polícia criminal, serviços educativos, sociais (incluindo casas de abrigo), judiciais e outros. Um instrumento importante para uma abordagem eficaz ao fenómeno numa perspetiva da intervenção em rede é a elaboração de um Guia de Recursos local nesta matéria, compilando informação acerca das várias entidades com intervenção nesta matéria, existentes nas redes sociais locais². Para informação sobre recursos nacionais na área da VD/ VG, consultar: <http://www.igualdade.gov.pt/guiaderecursosvd/>

¹ Anexo 6, página 229

² Consultar em 8. O Trabalho em Rede, página 128

SINALIZAÇÃO

6. SINALIZAÇÃO



6. SINALIZAÇÃO



No âmbito deste Protocolo de Atuação, todas as situações de violência deverão ser remetidas à Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), que, de acordo com o Despacho n.º 6378, de 16 de maio²⁰⁵, tem como principais funções:

- » Contribuir para a informação prestada à população e sensibilizar os profissionais dos diferentes serviços para a igualdade de género e a prevenção da violência ao longo do ciclo de vida;
- » Difundir informação de carácter legal, normativa e técnica sobre o assunto;
- » Incrementar a formação e preparação dos profissionais, na matéria;
- » Coletar e organizar a informação casuística sobre as situações de violência atendidas nos Agrupamentos de Centros de Saúde e Hospitais;
- » Prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos;
- » Gerir as situações clínicas que possam ser acompanhadas a nível dos Cuidados de Saúde Primários ou Hospitais;
- » Fomentar o estabelecimento de mecanismos de cooperação intrainstitucional no domínio da violência interpessoal;
- » Estabelecer a colaboração com outros projetos e recursos comunitários;
- » Mobilizar a rede de recursos internos e dinamizar a rede social;
- » Assegurar articulação funcional, em rede, com outras equipas de saúde que intervenham neste domínio.

No entanto, importa ressaltar que o protocolo geral de atuação não se esgota na sinalização à EPVA, devendo entender-se por sinalização, a transmissão de informação da situação de violência à EPVA para fins casuísticos.

Em situações pontuais, muitas vezes associadas a fatores como a especificidade da violência, características da vítima, incapacidade do profissional em apoiar a situação (ex. por historial pessoal de violência), ou proximidade de relação com a vítima (obstáculo à neutralidade), o caso poderá ser acompanhado por elemento(s) desta equipa. Salienta-se, à semelhança da intervenção dos NACJR/NHACJR, que tal deverá constituir-se como exceção e não como regra, sendo de evitar o encaminhamento para intervenção de todos os casos detetados, o que seria incorportável até por uma questão de recursos. Compete, portanto, ao/a profissional a triagem dos casos cuja gestão só passará a ser do âmbito da EPVA, após discussão prévia com esta.

Esta forma de atuação tem como objetivo, por um lado, melhor responder às necessidades da vítima, dada a relação de confiança já estabelecida com o/a profissional que sinaliza a situação e o entendimento prévio que detém sobre a situação, nomeadamente nas situações de atendimento continuado (ex. saúde familiar ou outro atendimento em ambulatório). Pretende-se igualmente fomentar a co-responsabilização profissional, assumindo a situação enquanto problema de saúde sobre qual deve desenvolver um plano de intervenção tal como noutros problemas de saúde, e evitando a revitimização em processos designados por Redondo et al., 2012 como “empurroterapia”.

No entanto, quer na sinalização quer no encaminhamento das vítimas, o/a profissional deverá garantir a fiabilidade da informação fornecida bem como conhecer as suas funções, formas de encaminhamento, estratégias de intervenção, bem como os seus próprios limites técnicos e pessoais. Desta forma, a sinalização à EPVA ou a intervenção desta pressupõe, acima de tudo, uma partilha de responsabilidade no plano de intervenção estabelecido, devendo constituir-se circuitos de articulação internos, entre equipas de saúde, EPVA’s e NACJR/NHACJR e entre ambos.

²⁰⁵ Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-15dsps-de-07042006.aspx>

NOTAS FINAIS

O presente trabalho foi produzido no âmbito do Despacho n.º 6378/2013, de 16 de maio, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, que criou a Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV), cuja coordenação nacional é feita pelo Grupo de Acompanhamento, a quem compete, designadamente, definir linhas orientadoras da formação dos/as profissionais em matéria de violência interpessoal e produzir referenciais técnicos orientadores da intervenção.

Assim, com a divulgação deste trabalho, pretende-se facultar aos/às profissionais de saúde um referencial técnico que lhes permita desenvolver, no dia-a-dia, formas de resposta mais concertadas, assentes nos mesmos princípios orientadores, na utilização de “linguagem comum”, numa melhor articulação interinstitucional e na observância de procedimentos protocolados para as diversas situações e formas de violência.

Com a presente publicação, que não prejudica a relevância de outros trabalhos de referência já produzidos nestes domínios por profissionais de saúde e por outros setores, nem cerceia a motivação de quem pretenda tomar iniciativas semelhantes, procura-se, tão só, estimular a adoção de denominadores comuns

quanto às capacidades básicas dos/as profissionais e dos serviços de saúde, no que respeita à prevenção, deteção, gestão, referenciação e seguimento das situações de violência interpessoal, nas suas múltiplas formas. De facto, o suporte à boa prática no âmbito da intervenção dos/as profissionais e dos serviços de saúde não se esgota no presente documento.

As ideias expressas neste modelo básico de atuação traduzem, à semelhança do adotado no âmbito da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, criada pelo Despacho n.º 31292/2008, de 5 de dezembro, o modo considerado mais adequado para que, no momento presente, se procure assegurar nos serviços de saúde, em particular nos do Serviço Nacional de Saúde, uma efetiva equidade na resposta ao problema dos maus tratos e da violência ao longo do ciclo de vida.

Ao assumir-se este paradigma de atuação nacional, assente, em primeira instância, numa intervenção de continuidade e o mais próxima possível das populações, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, pretende-se criar uma base de sustentação que favoreça e potencie outras formas mais diferenciadas de intervenção, nomeadamente as redes existentes com um historial de sucesso.

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

- » **ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde
- » **ACIDI, I.P.** – Alto Comissariado para Imigração e Diálogo Intercultural, I.P.
- » **ACSS** - Administração Central dos Sistemas de Saúde, I.P.
- » **AI** – Amnistia Internacional
- » **AMCV** – Associação de Mulheres Contra a Violência
- » **ANMP** – Associação Nacional de Municípios Portugueses
- » **APAV** – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
- » **APF** – Associação para o Planeamento Familiar
- » **ARS** – Administração Regional de Saúde, IP
- » **ASCJR** – Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco
- » **ASGVCV** – Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida
- » **CAP** – Centro de Acolhimento e Proteção a Vítimas de TSH
- » **CAVITP** – Comissão de Apoio às Vítimas do Tráfico de Pessoas
- » **CE** – Conselho da Europa
- » **CEDAW** – Convenção para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres [N.T.] Committee on the Elimination of Discrimination against Women
- » **CEJ** – Centro de Estudos Judiciários
- » **CID** – Classificação Internacional de Doenças
- » **CIF** – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
- » **CIG** – Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género
- » **CLAII** - Centro Local de Apoio à Integração de Imigrantes
- » **CNAI** – Centro Nacional de Apoio ao Imigrante
- » **CNPCJR** – Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em risco
- » **CPCJ** – Comissão Proteção de Crianças e Jovens
- » **CPLP** – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
- » **CPTTP** - Centro de Prevenção e Tratamento do Trauma Psicogénico
- » **CRI** - Centro de Responsabilidades Integrados
- » **CSMCA** - Comissão de Saúde Materna, da Criança e do Adolescente
- » **CTOC** - Crime Transnacional Organizado
- » **CVP** – Cruz Vermelha Portuguesa
- » **DGAE** – Direção-Geral das Atividades Económicas
- » **DGAI** – Direção-Geral de Administração Interna
- » **DGE** – Direção-Geral de Educação
- » **DGPJ** – Direção-Geral de Políticas de Justiça
- » **DGRSP** - Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
- » **DGS** – Direção-Geral da Saúde
- » **DIAP** – Departamento de Investigação e Ação Penal
- » **DPSM** – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
- » **EAPN** - Rede Europeia Anti-Pobreza [N.T.] European Anti Poverty Network
- » **ECD** – Exames Complementares de Diagnóstico
- » **ECI** – Equipas de Cuidados Continuados Integrados
- » **EIGE** - European Institute for Gender Equality (European Union)
- » **ENDEF** – Estratégia Nacional para a Deficiência
- » **EPAV- Equipas** de Proximidade e de Apoio à Vítima (PSP)
- » **EPVA** – Equipa de Prevenção da Violência em Adultos
- » **ERC** - Entidade Reguladora para a Comunicação Social
- » **EUROPOL- Serviço** Europeu de Polícia
- » **FCSH/UNL** – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas/ Universidade Nova de Lisboa
- » **FEDER** - Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional
- » **FS** – Forças de Segurança
- » **FSE** – Fundo Social Europeu
- » **GAM** – Grupos de Ajuda Mútua
- » **GAV** - Gabinete de Apoio à Vítima
- » **GNR** – Guarda Nacional Republicana
- » **GRETA** – Grupo de Peritos sobre a Luta Contra o Tráfico de Seres Humanos [N.T.] | Group of Experts on Action against Trafficking in Human Beings
- » **IAC** – Instituto de Apoio à Criança
- » **IAVE** - Investigação e de Apoio a Vítimas Específicas
- » **IEFP, I.P.** – Instituto de Emprego e Formação Profissional
- » **INEM** – Instituto Nacional de Emergência Médica
- » **INMLCF, IP** – Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.
- » **IP** - Instituto Público
- » **IPDJ** – Instituto Português do Desporto e Juventude, I.P.
- » **IPSS** – Instituição Particular de Solidariedade Social
- » **ISS, I.P.** - Instituto da Segurança Social, I.P.
- » **ITS** – Infecções de Transmissão Sexual
- » **LGBTI** – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgénero e Intersexos
- » **LNES** – Linha Nacional de Emergência Social
- » **MAI** – Ministério da Administração Interna
- » **MCDT** – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
- » **ME** – Ministério da Educação
- » **MGF** – Mutilação Genital Feminina
- » **MJ** – Ministério da Justiça
- » **MNE** – Ministério dos Negócios Estrangeiros
- » **MS** - Ministério da Saúde
- » **MTSS** – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
- » **NACJR** – Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco
- » **N(H)ACJR** – Núcleo (Hospitalar) de Apoio às Crianças e Jovens em Risco
- » **NAV** – Núcleo de Atendimento à Vítima
- » **NAVVE** - Núcleos de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica
- » **NAIVE** – Núcleo de Investigação e de Apoio a Vítimas Específicas
- » **NP-INMLCF** – Norma Procedimental do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.
- » **OIM** – Organização Internacional para as Migrações Específicas
- » **OIT** – Organização Internacional do Trabalho
- » **OMA** - Observatório das Mulheres Assassinadas
- » **OMS** - Organização Mundial de Saúde

- » **OMS** – Organização Mundial de Saúde
- » **ONG** – Organização Não Governamental
- » **ONU** – Organização das Nações Unidas
- » **ONVG** – Observatório Nacional de Violência e Género
- » **OPC** – Órgãos de Polícia Criminal
- » **OTSH** – Observatório do Tráfico de Seres Humanos
- » **OTSH** – Observatório do Tráfico de Seres Humanos
- » **PALOP** – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
- » **PAVD** - Programa para Agressores de Violência Doméstica
- » **PCM** – Presidência do Conselho de Ministros
- » **PGR** – Procuradoria-Geral da República
- » **PII** – Plano para a Integração de Imigrantes
- » **PIPP** - Programa Integrado de Policiamento de Proximidade
- » **PIR** - Projeto de Intervenção em Rede
- » **PJ** – Polícia Judiciária
- » **PNI** - Plano Nacional para a Igualdade de Género, Cidadania e Não-discriminação
- » **PNPCTSH** – Plano Nacional de Prevenção e Combate ao Tráfico de Seres Humanos
- » **PNPCVDG** – Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género
- » **PNSE** – Programa Nacional de Saúde Escolar
- » **PNSIJ** – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
- » **PNSM** – Programa Nacional de Saúde Mental
- » **PNZO** - Programa Nacional de Saúde Ocupacional
- » **PNSPI** - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas
- » **PNSR** - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva
- » **POCT** - Programa de Cooperação Transfronteiriça Espanha-Portugal
- » **POPH** – Programa Operacional Potencial Humano
- » **POPH-QREN** - Programa Operacional de Potencial Humano - Quadro de Referência Estratégico Nacional
- » **PSP** – Polícia de Segurança Pública
- » **QREN** – Quadro de Referência Estratégico Nacional
- » **RAPVT** – Rede de Apoio e Proteção às Vítimas de Tráfico [N.T.] National Trafficking Victims Support and Protection Network
- » **RASI** – Relatório Anual de Segurança Interna
- » **RCM** – Resolução do Conselho de Ministros
- » **RIIDE** - Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora
- » **RMVS** – Relatório Mundial sobre Violência e Saúde
- » **RNCCI** - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- » **RNCCI** - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- » **RNNAVVD** – Rede Nacional de Núcleos de Atendimento a Vítimas de Violência Doméstica
- » **SAM** – Sistema de Apoio Médico
- » **SAPE** – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
- » **SEAPI** – Secretaria de Estado dos Assuntos Parlamentares e da Igualdade
- » **SEF** – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
- » **SICAD** – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- » **SICO** – Sistema de Informação dos Certificados de Óbito
- » **SIVVD** – Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica
- » **SNS** – Serviço Nacional de Saúde
- » **SPMS** - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
- » **SQE** – Sistema de Queixa Eletrónica
- » **SSR** – Saúde Sexual e Reprodutiva
- » **SU** – Serviço de Urgência
- » **SUB** – Serviço de Urgência Básica
- » **TAV** – Técnico/a de Apoio à Vítima
- » **TSH** – Tráfico de Seres Humanos
- » **UAG** – Unidade de Apoio à Gestão
- » **UAVIDRE** – Unidade de Apoio às Vítimas Imigrantes e de Discriminação Racial ou Étnica (APAV)
- » **UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade
- » **UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- » **UE** – União Europeia
- » **UE** – União Europeia
- » **ULS** – Unidade Local de Saúde
- » **UMAR** – União de Mulheres Alternativa e Resposta
- » **UNHCR** – Alto Comissariado para os Refugiados das Nações Unidas [N.T.] United Nations High Commissioner for Refugees
- » **UNHCR** – United Nations High Commissioner for Refugees
- » **UNICEF** – Fundo das Nações Unidas para a Infância [N.T.] United Nations Children’s Fund
- » **UNICEF** – Fundo das Nações Unidas para a Infância | United Nations Children’s Fund
- » **UNICRI** – Instituto Inter-regional de Investigação no âmbito da Justiça e Crime das Nações Unidas [N.T.] United Nations Inter-regional Crime and Justice Research Institute
- » **UNICRI** – United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute
- » **UNODC** – Gabinete das Nações Unidas para o Controlo das Drogas e Prevenção do Crime [N.T.] United Nations Office on Drugs and Crime
- » **UNODC** – Gabinete das Nações Unidas para o Controlo das Drogas e Prevenção do Crime [N.T.] United Nations Office on Drugs and Crime
- » **URAP** – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
- » **USP** – Unidade de Saúde Pública
- » **VC** – Violência Conjugal
- » **VD** – Violência Doméstica
- » **VE** – Vigilância Eletrónica
- » **VG** – Violência de Género
- » **VPA** – Aliança para a Prevenção da Violência [N.T.] Violence Prevention Alliance (VPA)
- » **VRI** – Violência nas Relações de Intimidade

BIBLIOGRAFIA

- Aboim, S. & Vasconcelos, P. (2012). Study on the role of men in gender equality in Portugal. Brussels: European Commission. Disponível em http://www.ics.ul.pt/publicacoes/workingpapers/wp2012/er2012_3.pdf
- Abranches, G. (2009). Guia para uma Linguagem Promotora da Igualdade entre Mulheres e Homens na Administração Pública. Lisboa: CIG. Disponível em <http://www.igualdade.gov.pt/IMAGES/STORIES/DOCUMENTOS/DOCUMENTACAO/PUBLICACOES/LINGUAGEM.PDF>
- Aguiar J. et al. (2013). Violência Institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cadernos de Saúde Pública 29(11): 2287-96. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>
- Alarcão, M. (2000). (des)Equilíbrios Familiares. Coimbra: Quarteto Editora.
- Alberty, I. & Soeiro, C. (2006). A psicologia investigativa: contributos para a entrevista a vítimas de crime. Polícia e Justiça, S. 3, 8: 377-408.
- Albuquerque et. al. (2013). European Manual on Risk Assessment. Göttingen: E-Maria Partnership. Disponível em <http://e-maria.eu/wp-content/uploads/2011/10/Manual-latest-version-light-colours.pdf>
- Almeida, M. (1995). Senhores de Si: uma representação antropológica da masculinidade. Lisboa: Fim de Século.
- Almeida, I. & Soeiro, S. (2010). Avaliação de Risco de Violência Conjugal: Versão para polícias (SARA: PV). Análise Psicológica (XXVIII): 179-192. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v28n1/v28n1a13>
- Alvarez, D. & Costa, M. (2014). Relatório anual de avaliação da atividade das CPCJ no ano de 2013. Lisboa: Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco.
- Amâncio, L. (1992). *Assédio sexual no mercado de trabalho*. Lisboa: Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego.
- Andrea, P. & Fergusson, C. (2008). Human Rights, Health and Poverty Reduction Strategies. Geneva: United Nations High Commissioner for Human Rights & World Health Organization. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_HR_PUB_08.05_eng.pdf
- Antunes, R. & Machado, C. (2006). *Dupla invisibilidade: a violência nas relações homossexuais*. Psychologica, 41: 167-187.
- Appel, A. & Holden, G. (1998). The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal. Journal of Family Psychology, 12 (4): 578-599.
- Associação ILGA Portugal (2015). Igualdade na saúde: Pelo acesso a cuidados de saúde adequados e competentes para pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans. Lisboa: Associação ILGA Portugal. Disponível em <http://igualdadenaude.ilga-portugal.pt/>
- Associação ILGA Portugal (2011). Sabemos o que somos: Pessoas. Por cuidados de saúde adequados, competentes, e sensíveis à diversidade de identidades e expressões de género. Lisboa: Associação ILGA Portugal. Disponível em <http://www.ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/sqs.pdf>
- Associação de Mulheres Contra a Violência (coord.) et al. (2013). Avaliação e Gestão de Risco em Rede. Manual para Profissionais. Lisboa: AMCV. Disponível em http://www.academia.edu/7065986/Manual_de_Avaliacao_de_Risco_em_Violencia_Domestica
- Associação para o Planeamento da Família & Organização Mundial de Saúde (2001). Mutilação Genital Feminina: Integração da Prevenção e do Tratamento nos Currículos dos Profissionais de Saúde – Manual de Formação. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família. Disponível em http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/Noticias_e_destaque/Abril_2010/Manual_FINAL_para_web.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010a). Manual Alcipe - 2ª Edição Revista e Atualizada. Lisboa: APAV. Disponível em http://www.apav.pt/apav_v2/images/pdf/ManualAlcipe.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010b). Manual Título para o atendimento de pessoas idosas vítimas de crime e violência. Lisboa: APAV. Disponível em http://www.apav.pt/pdf/Titulo_PT.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2011). Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir. Lisboa: APAV. Disponível em http://www.apav.pt/pdf/Manual_Crianças_Jovens_PT.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2012a). Manual Caronte: Apoio a Familiares e Amigos de Vítimas de Homicídio. Lisboa: APAV. Disponível em http://www.apav.pt/pdf/Caronte_PT.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2012b). Estatísticas APAV – Estatísticas em Foco: Homicídios. Lisboa: APAV. Disponível em http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_EmFoco_Homicidios.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2013). Manual Unissexo para o atendimento a vítimas adultas de violência sexual. Lisboa: APAV. Disponível em http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Manual_UNISEXO.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2014). Estatísticas APAV - Relatório Anual 2013. APAV. Disponível em http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2013.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [n.d.]. Manual Sul – sensibilização sobre tráfico de seres humanos para educadores em contexto escolar. Lisboa: APAV. Disponível em http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Manual_SUL.pdf
- Associação Portuguesa de Mulheres Juristas (2005). *Ousar vencer a violência sobre as mulheres na família: guia de boas práticas*. Lisboa: Associação Portuguesa de Mulheres Juristas.
- Barros, P., Lisboa, M., Cerejo, D., & Barrenho, E. (2008). Health Care Costs of Domestic Violence Against Women – Evidence from Portugal, Social Science Research Network, 15. Disponível em http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1160306
- Beeman, S., Hagemester, A. & Edleson, J. (1999). Child protection and battered woman services: From conflict to collaboration. Child Maltreatment, 4(2): 116-126.

- Bellis, M., Hughes, K. & Hughes, S. (2005). Alcohol and Interpersonal Violence – Policy Briefing. Rome: Regional Office for Europe of the World Health Organization. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98806/E87347.pdf
- Black, M. et al. (2011). The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/nisvs_report2010-a.pdf
- Bloom, S. (2008). Violence Against Women and Girls - A Compendium of Monitoring and Evaluation Indicators. North Carolina: USAID, IGWG, Measure Evaluation. Disponível em <http://www.cpc.unc.edu/measure/tools/gender/violence-against-women-and-girls-compendium-of-indicators>
- Borges, R. (2011). Prevenção da violência de género em jovens e em contexto escolar: um olhar sobre a intervenção da CIG. Lisboa: Universidade de Lisboa. Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5095/1/ulfpie039682_tm.pdf
- Botti, M.L. (2013). Violência Institucional e a Assistência às Mulheres no Porto. Anais Colóquio Nacional de Estudos de Género e História - LHAG/ UNICENTRO: 649-663. Disponível em <http://sites.unicentro.br/wp/lhag/files/2013/10/Maria-Luciana-Botti.pdf>
- Bradley, F., Smith, M., Long, J., O'Dowd, T. (2002). Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. British Medical Journal, 324 (7332): 1-6. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC65059/pdf/271.pdf>
- Bragg, H.L. (2003). Child Protection in Families Experiencing Domestic Violence. Washington: U.S. Department of Health and Human Services. Disponível em <https://www.childwelfare.gov/pubs/usermanuals/domesticviolence/domesticviolence.pdf>
- Brown University. Sexual assault and dating violence: Male survivors [em linha]. Brown University Health Promotion Web Site. Acedido em Julho 11, 2014 em http://www.brown.edu/Student_Services/Health_Services/Health_Education/sexual_assault_and_dating_violence/male_survivors.php#2
- Browne, A. (1987). Battered women who kill. New York: Free Press.
- Burge, K. (1997). Violence Against Women. Primary Care, 24 (1): 67-81.
- Butchart, A., Brown, D., Khanh-huynh, A., Corso, P., Florquin, N. & Muggah, R. (2008). Manual for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and self-directed violence. Geneva: World Health Organization & Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596367_eng.pdf?ua=1
- Butchart, A. et al. (2004). Preventing violence - A guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592079.pdf>
- Butchart, A. et al. (2007). Preventing Injuries and Violence – A Guide for Ministries of Health. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595254_eng.pdf
- Butchart, A., Mikton, C. & Kieselbach, B. (2012). Violence Prevention Alliance Global campaign for Violence Prevention: Plan of action for 2012-2020. Geneva: Violence Prevention Alliance, World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/gcnp_plan_of_action.pdf?ua=1
- Camargo, M. et al. (2001). Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde.
- Campbell, J. (1995). Prediction of homicide of and by battered women. In J. Campbell (Ed.), Assessing Dangerousness: Violence by Sexual Offenders, Batterers, and Child Abusers, 96-113. California: Sage.
- Campbell, J. (2005). Assessing dangerousness in domestic violence cases: History, challenges, and opportunities. Criminology and Public Policy, 4 (4): 653-672.
- Campbell, J., Webster, D. & Glass, N. (2009). The Danger Assessment: Validation of a lethality risk assessment instrument for intimate partner femicide. Journal of Interpersonal Violence, 24: 653–673. Disponível em http://www.dangerassessment.org/uploads/DA_Validation_of_a_Lethality_Risk_Assessment_Instrument-Campbell.pdf
- Canço, D. & Santos, F. (coords.) (2009). A Igualdade de Género em Portugal 2009. Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. Disponível em http://www.igualdade.cm-abrantes.pt/docs/igualdade_de_Genero_em_Portugal_2009.pdf
- Cardoso, R. & Ornelas, J. (2013). The changes on intimate partner violence against women in the health system in Portugal. Scientific Research, 5: 65-70. Disponível em <http://www.scirp.org/journal/PaperDownload.aspx?paperID=34860>
- Caridade, S. (2011). Vivências Íntimas Violentas - Uma Abordagem Científica. Lisboa: Almedina.
- Caridade, S. & Machado, C. (2006). Violência na intimidade juvenil: Davitação à perpetração. Análise Psicológica 4 (XXIV): 485-493. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v24n4/v24n4a04.pdf>
- Carlson, B. (2000); Edleson, J. (1999); Hughes, H. et al. (2001); Stocker, C. & Youngblade, L. (1999). Marital conflict and parental hostility: Links with children's sibling and peer relationships. Journal of Family Psychology, 13(4): 598-609.
- Carlson, B. (2000); Edleson, J. (1999); Fantuzo, J. & Lindquist, C. (1989); Huges, H. et al. (2001); Kolbo, J. (1996). Risk and resilience among children exposed to domestic violence. Violence and Victims, 11 (2): 113-128.
- Carnochan, J., Butchart, A., Feucht, T., Mikton, C. & Shepherd, J. [n.d.]. Prevenção à Violência: Um Convite à Ação Intersectorial. Geneva: Unidade Escocesa de Redução da Violência, Organização Mundial de Saúde, Instituto Nacional de Justiça dos Estados Unidos & Universidade de Cardiff. Disponível em http://www.who.int/violenceprevention/project_groups/intersectoral_action_por.pdf
- Carvalho, C. (2011). Cyberstalking: Prevalência na população universitária da Universidade do Minho – Tese de Mestrado. Braga: Universidade do Minho.
- Carvalho, A. et al. (2013). Portugal - Saúde Mental em números. Lisboa: DGS. Disponível em <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx>
- Carvalhosa, S. (2010). Prevenção da Violência e do Bullying em Contexto Escolar. Lisboa: Climepsi.
- Carvalhosa S. F., Lima L. & Matos, M. G. (2001). Bullying – A provocação/vitimação entre pares no contexto escolar português. Análise Psicológica 2001, XIX(4): 523-37.
- Carver, J. M. Love and Stockholm Syndrome: The Mystery of Loving and Abuser [em linha]. Dr. Joe Carver Web Site. Acedido em Julho 25, 2014 em http://drjoecarver.makeswebsites.com/clients/49355/File/love_and_stockholm_syndrome.html
- Casimiro, C. (2002). Representações sociais da violência conjugal. Análise Social, Vol. XXXVIII (163): 603-630. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218733193N7ILR3rn1Yd68RNO.pdf>
- Casimiro, C. (2008a). Da violência conjugal às violências na conjugalidade. Representações e práticas masculinas e femininas. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Sociais - Universidade de Lisboa, Portugal.
- Casimiro, C. (2008b). Violências na conjugalidade: a questão da simetria do género. Análise Social, Vol. XLIII (3.): 579-601. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1222271301F5hRj2yz1Oz55WJ0.pdf>
- Casimiro, C. (2013). Violência Feminina: a face oculta da violência no casal. Sociologia online: 5-25. Disponível em <http://revista.aps.pt/cms/files/artigos/pdf/ART51b72dfd06645.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention – Department of Health and Human Services. Intimate Partner Violence During Pregnancy, A Guide for Clinicians [em linha]. Centers for Disease Control and Prevention Web Site. Acedido em Agosto 02, 2014 em <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/violence/intimatepartnerviolence/index.htm>
- Centro de Estudos Judiciários (2013). Stalking: abordagem penal e Multidisciplinar. Lisboa: CEJ. Disponível em <http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/Stalking/Stalking.pdf>

- Cepêda, T., Brito, I. & Heitor, M. (2006). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: DGS. Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/promocao-da-saude-mental-na-gravidez-e-primeira-infancia-manual-de-orientacao-para-profissionais-de-saude.aspx>
- Chambliss, L. (2008). Intimate partner violence and its implication for pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 51(2): 385-97.
- Child Exploitation and Online Protection Centre (2013). Threat Assessment of Child Sexual Exploitation and Abuse. London: CEOP. Disponível em http://ceop.police.uk/Documents/ceopdocs/CEOP_TACSEA2013_240613_FINAL.pdf
- Coelho, P. (2005). Violência Conjugal - Violência física conjugal nas mulheres que recorrem aos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 21 (4): 343-51. Disponível em <http://goo.gl/zH3FuI>
- Coelho, C. & Gonçalves, R. A. (2007). Stalking: uma outra dimensão da violência conjugal. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, A.17 (2): 269-302.
- Coles, J., Dartnall, E. & Astbury, J. (2013). "Preventing the Pain" When Working with Family and Sexual Violence in Primary Care. *International Journal of Family Medicine*, 2013: 1-7. Disponível em <http://www.oalib.com/paper/3071383>
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). Resumo Executivo do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Disponível em http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/03/resumo-executivo_PNSM_2007-2016.pdf
- Comissão Europeia (2010a). Estratégia para a Igualdade entre Mulheres e Homens – 2010 –2015 [em linha]. Acedido em Agosto 02, 2014 em http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/document/index_en.html
- Comissão Europeia (2010b). A Carta das Mulheres [em linha]. Acedido em Agosto 02, 2014 em http://ec.europa.eu/commission_2010-2014/president/news/documents/2010/03/20100305_2_pt.htm
- Comissão Europeia (2011). Pacto Europeu para a Igualdade de Género – 2011-2020 [em linha]. Acedido em Agosto 02, 2014 em <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:155:0010:01:PT:HTML>
- Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (2012). Notícias 86: Diga Não à Excisão – Dossier Mutilação Genital Feminina. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. Disponível em http://www.dgai.mai.gov.pt/files/conteudos/20121012_revista86.pdf
- Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (2013). Notícias 89: Tráfico Humano a Escravatura dos Tempos Modernos – Dossiê Tráfico de Seres Humanos. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. Disponível em <http://www.igfse.pt/upload/docs/2014/N89TráficoHumano.pdf>
- Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (2002). Urgências: saúde e violência doméstica: uma questão de vida ou de morte. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (2003). Manual de Formação de Formadores/as em Igualdade de Oportunidades entre Mulheres e Homens. Lisboa: CITE.
- Connell, R. (2002). *Gender*. Cambridge: Polity Press.
- Conselho da Europa (2007). Convenção do Conselho da Europa para a Proteção das Crianças contra a Exploração Sexual e os Abusos Sexuais. Lanzarote: Conselho da Europa. Disponível em http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/children/Source/LanzaroteConvention_por.pdf
- Conselho da Europa (2011). Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica. Istambul: Conselho da Europa. Disponível em http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/convention-violence/convention/Convention_210_Portuguese.pdf
- Conselho da Europa (2013). Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. Disponível em <http://goo.gl/DxYV4I>
- Contreras, J. M., Bott S., Guedes A. & Dartnall E. (2010). Violência Sexual na América Latina e no Caribe: uma análise de dados secundários. Pretória: Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual. Disponível em <http://www.svrj.org/ViolenciaSexualnaALenoCaribe.pdf>
- Costa, M. & Duarte, C. (2000). *Violência Familiar*. Porto: Ambar.
- Costa, P. & Pereira, B. (2010). O Bullying na Escola: A Prevalência e o Sucesso Escolar. In Atas do I Seminário Internacional "Contributos da Psicologia em Contextos Educativos", 1810-1821. Braga: Instituto de Educação da Universidade do Minho. Disponível em https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/13613/1/Bullying_na_escola_A_prevalencia_e_o_sucesso_escolar.pdf
- Costa, L., Machado, C & Antunes, R. (2006). Violência nas relações homossexuais: A face oculta da agressão na intimidade. Braga: Universidade do Minho, Escola de Psicologia.
- Cottingham, J. et al. (2001). Transforming health systems: gender and rights in reproductive health. A training curriculum for health programme managers. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.29.pdf
- Council of Europe (2008). Final Activity Report - Task Force to Combat Violence against Women, including Domestic Violence (EG-TFV). Strasbourg: Gender Equality and Anti-Trafficking Division Directorate General of Human Rights and Legal Affairs, Council of Europe. Disponível em http://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/Source/Final_Activity_Report.pdf
- Curran, D. & Renzetti, C. (1992). *Women, men and society*. Boston: Allyn and Bacon.
- Danziger, C. (2002). *Violência das Famílias*. Lisboa: Climepsi.
- David-Ferdon, C. & Simon T. (2014a). Preventing Youth Violence: Opportunities for Action. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em <http://www.cdc.gov/violenceprevention/youthviolence/pdf/opportunities-for-action.pdf>
- David-Ferdon, C. & Simon T. (2014b). Preventing Youth Violence: A Companion Guide to Preventing Youth Violence: Opportunities for Action. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em <http://www.cdc.gov/violenceprevention/youthviolence/pdf/opportunities-for-action-companion-guide.pdf>
- Decisão-Quadro do Conselho da Europa de 15 de Março de 2001. *Jornal Oficial da União Europeia* L82: 1-4. Disponível em <http://goo.gl/p3X07i>
- Decreto-Lei n.º 400/1987 de 31 de Dezembro. *Diário da República* n.º 300, série I. Ministério da Saúde. Disponível em <http://goo.gl/C3JWQ3>
- Decreto-Lei n.º 368/2007 de 5 de Novembro. *Diário da República* n.º 212, série I. Ministério da Administração Interna. Disponível em <http://goo.gl/RgoiTR>
- Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro. *Diário da República* n.º 193, série I. Disponível em <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia.aspx>
- Decreto-Lei n.º 120/2010 de 27 de Outubro. *Diário da República* n.º 209, série I. Ministério da Saúde. Disponível em http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1286&tabela=leis
- Decreto Regulamentar n.º 1/2006 de 25 de Janeiro. *Diário da República* n.º 18, série I-B. Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em <https://dre.pt/application/dir/pdf1s/2006/01/018B00/05940601.pdf>
- Department of Health (2005). Responding to domestic abuse: a handbook for health professionals supersedes Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals. London: Department of Health.
- Despacho n.º 117/2007 de 24 de Abril. Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/legislacao-relacionada/despacho-n-1172007-de-24-de-abril.aspx>
- Despacho n.º 31292/2008 de 5 de Dezembro. *Diário da República* n.º 236, série II. Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/legislacao-relacionada/despacho-n-312922008-de-5-de-dezembro.aspx>

- Despacho n.º 7108/2011 de 11 de maio. Diário da República n.º 91, série II. Ministério da Saúde. Disponível em <https://dre.pt/application/dir/pdf2sdip/2011/05/091000000/2027520275.pdf>
- Despacho n.º 6378/2013 de 16 de maio. Diário da República n.º 94, série II. Ministério da Saúde. Disponível em <http://digestoconvitados.dre.pt/digesto/pdf/LEX/323/311680.PDF>
- Devries, K. M. et al. (2010). Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters*; 18(36): 158-170. Disponível em <http://dhsprogram.com/topics/gender-corner/upload/rhm36-devries.pdf>
- Declaração Universal dos Direitos do Homem, Diário da República, n.º 57, série I. Disponível em http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/dudh.pdf
- D'Gregorio, R. P. (2010). Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 111:201-202. Disponível em [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(10\)00426-1/abstract](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(10)00426-1/abstract)
- Dias, A. & Machado, C. (2008). Género e violência conjugal – Uma relação cultural. *Análise Psicológica*, 26 (4): 571-586. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v26n4/v26n4a04.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2007). Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/pnsr.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2008). *Maus Tratos em Crianças e Jovens: Intervenção da Saúde, Documento Técnico*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://goo.gl/6cJxCN>
- Direção-Geral da Saúde (2010). *Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco: Relatório Intercalar*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/a-accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/relatorios.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2011a). *Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco: Relatório 2010*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/a-accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/relatorios.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2011b). *Maus Tratos em Crianças e Jovens: Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/a-accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/documentos.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2012a). Orientação 005/2012 - Mutilação Genital Feminina. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/mutilacao-genital/orientacao-n-0052012-de-06022012.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2012b). *Atualização do Plano Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, Programa Nacional para a Saúde Mental. Disponível em <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/a-accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/relatorios.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2013a). *Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco: Relatório 2012*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i019410.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2013b). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, Programa Nacional para a Saúde Mental. Disponível em <http://goo.gl/cwh961>
- Direção-Geral da Saúde (2013c). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2014a). *Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco e Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida no Contexto dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia_maus-tratos_2-marco-2011-12h.pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde (2014b). Programa Nacional de Saúde Escolar (documento em discussão pública). Lisboa: Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/notificacao-on-line-de-violencia-contra-profissionais-de-saude-relatorio-2013-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2014c). Notificação On-line de Violência contra Profissionais de saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-saude-escolar-2014-em-discussao-publica.aspx>
- Diretiva do Conselho da Europa n.º 2000/78/CE de 27 de Novembro. Jornal Oficial da União Europeia L 303: 16-22. Disponível em <http://goo.gl/5l7tqO>
- Diretiva do Conselho da Europa n.º 2004/113/CE de 13 de Dezembro. Jornal Oficial da União Europeia L 373: 37-43. Disponível em <http://www.cite.gov.pt/imgs/directivas/Directiva%202004-113.pdf>
- Diretiva do Conselho da Europa n.º 2011/36/CE de 5 de Abril. Jornal Oficial da União Europeia L101: 1-14. Disponível em <http://goo.gl/HV0JYg>
- Diretiva do Conselho da Europa n.º 2011/92/CE de 13 de Dezembro. Jornal Oficial da União Europeia L 335: 1-14. Disponível em <http://goo.gl/Tfqdu5>
- Diretiva do Conselho da Europa n.º 2012/29/CE de 25 de Outubro. Jornal Oficial da União Europeia L 315: 57-73. Disponível em http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/LexUriServ_Directiva_PT.pdf
- Division of Aging and Seniors Public Health Agency of Canada (2012). Elder Abuse in Canada: A Gender-Based Analysis. Canada: Public Health Agency of Canada. Disponível em <http://www.ashtor.org/madurarsinabuso/elderabuseincanada.pdf>
- Domestic Abuse Intervention Programs. What is the Duluth Model? Why it Works [em linha]. Domestic Abuse Intervention Programs – Home of the Duluth Model Web Site. Acedido em Julho 18, 2014. Disponível em <http://www.theduluthmodel.org/about/index.html>
- Douglas, K. & Lavoie, J. (2006). Avaliação e gestão do risco de violência: modelos de utilização e princípios orientadores. In A. Fonseca, M. R. Simões, M. C. Simões & M. Pinho (Eds.), *Psicologia Forense*, 203-226. Coimbra: Almedina.
- Dutton, M. (1996). Battered women's strategic response to violence: the role of context. In J. Edleson & Z. Eisikovitz (Eds.), *Future Interventions with Battered Women and their Families*, 105–124. California: Sage.
- Dutton, M. & Dionne, D. (1991). Counseling and shelter for battered women. In M. Steinman (Ed.), *Woman Battering: Policy Responses*, 113–130. Ohio: Anderson.
- Dutton, G. & Kropp, P. (2000). A Review of Domestic Violence Risk Instruments. *Trauma, Violence & Abuse*, 1: 171-181.
- Edleson, J. Mothers and children: Understanding the links between woman battering and child abuse [em linha]. Mincava electronic clearing house. Web Site acedido em Setembro 18, 2014 em www.mincava.umn.edu/papers/nij.htm
- Edleson, J. (1999). The overlap between child maltreatment and woman abuse. *Violence Against Women*, 5(2): 134-154. Disponível em http://www.vawnet.org/Assoc_Files_VAWnet/AR_overlap.pdf
- Eiguer, A. (1997). Transgénérationnel et temporalité. *Revue Française de Psychanalyse*, 61/5: 1855-1862. Paris: PUF
- Elbogen, E. (2002). The Process of Violence Risk Assessment: A Review of Descriptive Research. *Aggression and Violent Behavior*, 7: 591-604.
- Ellsberg, M. & Heise, L. (2005). *Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists*. Washington DC: World Health Organization, PATH. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241546476_eng.pdf
- Esteves, D. (2011). *Mobbing: Algumas Considerações sobre a sua Duração*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Portugal. Disponível em http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8303/1/Dissertação_de_Mestrado.pdf

Estorninho, C. (coord.) et al. (2006). Guia de Recursos na Área da Violência Doméstica. Lisboa: EMCV. Disponível em http://www.cig.gov.pt/siic/pdf/2014/siic-GuiaRecursosCompleto_200711081153.pdf

European Commission (2010). Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Strategy for equality between women and men 2010-2015. Brussels: European Commission. Disponível em http://www.dgai.mai.gov.pt/pdf/IG_UF_2010.pdf

European Commission (2013). Communication from the Commission to the European Parliament and the Council – Towards the elimination of female genital mutilation. Brussels: European Commission. Disponível em http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/gender_based_violence/131125_fgm_communication_en.pdf

European Institute for Gender Equality (2011). Good Practices in Gender mainstreaming: Towards Effective Gender Training. Lithuania: European Institute for Gender Equality. Disponível em http://eige.europa.eu/sites/default/files/Good-Practices-in-Gender-Mainstreaming-towards-effective-gender-training_0.pdf

European Institute for Gender Equality (2012). Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action in the EU Member States: Violence against Women – Victim Support – Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponível em <http://eige.europa.eu/content/document/violence-against-women-victim-support-report>

European Institute for Gender Equality (2013a). Study to map the current situation and trends of FGM - Country reports. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponível em <http://eige.europa.eu/content/document/study-to-map-the-current-situation-and-trends-on-fgm-country-reports>

European Institute for Gender Equality (2013b). Good practices in combating female genital mutilation. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponível em <http://eige.europa.eu/content/document/good-practices-in-combating-female-genital-mutilation>

European Institute for Gender Equality (2014). Estimating the costs of gender-based violence in the European Union. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponível em <http://eige.europa.eu/content/document/estimating-the-costs-of-gender-based-violence-in-the-european-union-report>

European Union (2014). Trafficking in human beings – Eurostat 2014. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponível em http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results_en.pdf

European Union Agency for Fundamental Rights (2014). Violence against women: an EU-wide survey – Main Results. Vienna: European Union Agency for Fundamental Rights. Disponível em http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results_en.pdf

Fagan, J. & Browne, A. (1994). Violence between spouses and intimates: Physical aggression between women and men in intimate relationships. In A. Reiss & J. Roth (eds.), Understanding and preventing violence, Vol. 3., 115-292. Washington, DC: National Research Council, National Academy of Sciences.

Faimberg, H. (1985/2001). A telescopagem das gerações: a propósito da genealogia de certas identidades. In KAÉS, R. (Org.), Transmissão da vida psíquica entre as gerações, 71-93. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Fante, C. (2005). Fenómeno de Bullying: Como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz. Campinas: Editora Artmed.

Fantuzzo, J., De Paula, L., Lambert, L., Martino, T., Ander, G. & Sutton, S. (1991). Effects of interpersonal violence on the psychological adjustment and competencies of young children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59(2): 258-265.

Farley, N. (1996). A Survey of Factors Contributing to Gay and Lesbian Domestic Violence. In C. Renzetti & C. Miley (orgs.), Violence in Gay and Lesbian Domestic Partnerships (3542). New York: Haworth Press.

Fazenda, M. (Coord.) et al. (2013). Violência Doméstica – Avaliação e Controlo de Riscos. Lisboa: Centro de Estudos Judiciários. Disponível em <http://www.cig.gov.pt/2014/07/centro-de-estudos-judiciarios-lanca-e-book-sobre-violencia-domestica-avaliacao-e-controlo-de-riscos/>

Fernández, C.. El acoso telemático en menores: Ciberacoso y grooming [em linha]. Revista Psicología Científica.com Website, 13 (12). Acedido em Junho 17, 2014 em <http://www.psicologiacientifica.com/ciberacoso-grooming-en-menores>

Pais, E. (2010). Homicídio Conjugal em Portugal - Rupturas Violentas da Conjugalidade. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.

Ferreira, C. & Matos, M. (2013). Violência Doméstica e Stalking Pós-rutura: Dinâmicas, Coping e Impacto Psicossocial na Vítima. Psicologia Vol. XXVII (2): 81-106. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psi/v27n2/v27n2a04.pdf>

Ferreira, F., Martins, P., & Abrunhosa, R. (2011). Online sexual grooming: a cross-cultural perspective on online child grooming victimization. In 20th World Congress for Sexual Health, Glasgow 12-16 junho 2011. Disponível em https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/16540/1/Online_Sexual_Grooming_a_cross_cultural_perspective_on_online_child_grooming_victimization.pdf

Ferreira-Alves, J. & Santos, A. (2011). Prevalence Study of Abuse and Violence Against Older Women - Results of the Portuguese Survey. Braga: Universidade do Minho. Disponível em http://www.inpea.net/images/AVQW-Portugal-Survey_2010.pdf

Ferrinho, P. et al. (2003). Workplace Violence in the Health Sector Portuguese Case Studies. Geneva: ILO, ICN, WHO, PSI. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WV/countrystudyportugal.pdf

Findlater, J. & Kelly, S. (1999). Michigan's domestic violence and child welfare collaboration. In J. L. Edleson & S. Scheter (Eds.), The best interests of women and children: Child welfare and domestic violence services working together (167-174). Thousand Oaks, CA: Sage.

Finnbogadóttir, H., Dykes, A. K. & Wann-Hansson, C. (2014). Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: a cross-sectional study in southern Sweden. BMC Women's Health 14(63): 1-13. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6874-14-63.pdf>

Finotelli, C. et al. (2013). BRAZIL – EUROPE MIGRATION. The situation of Brazilian immigrants in Spain and Portugal, and Portuguese and Spanish immigrants in Brazil: Legal aspects and experiences. Viena: ICMPD. Disponível em http://www.icmpd.org/fileadmin/ICMPD-Website/ICMPD-Website_2011/ICMPD_General/News/ITINERIS/Brazil_-_Europe_Migration.pdf

Freud, S. ([1930] [1929] 1980). O mal-estar na civilização. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 21. Rio de Janeiro: Imago.

García-Morato, T. & Martín, C. (2008). Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Sevilla: Servicio de Promoción de Salud y Planes Integrales, Secretaría General de Salud Pública y Participación, Consejería de Salud, Andalucía.

Gil, A., Santos, A., Kislaya, I. & Nicolau, R. (2014). Envelhecimento e Violência. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP. Disponível em http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/1955/3/Envelhecimento_e_Violencia_2011-2014.pdf

Gonçalves, R. A. (2004). Agressores conjugais: investigar, avaliar e intervir na outra face da violência conjugal. Revista portuguesa de ciência criminal, 14 (4): 541-558.

Gonçalves, R. A. & Machado, C. (2002). Violência e Vítimas de Crime. Coimbra: Quarteto Editora.

Gonçalves, R. A., & Machado, C. (Coords.) (2005). Psicologia forense. Coimbra: Quarteto Editora.

Governo da Madeira. Plano de Segurança [em linha]. Violência Doméstica na Madeira Web Site. Acedido em Julho 18, 2014. Disponível em <http://goo.gl/1N6XNb>

Grams, A. & Magalhães, T. (2011). Violência nas relações de intimidade - Avaliação do risco. Revista Portuguesa do Dano Corporal, 22: 75-98. Disponível em https://digitalis-dsp.sib.uc.pt/bitstream/10316/24231/1/8_-_Violencia_nas_relacoes_de_intimidade_Avaliacao_do_risco.pdf

- Grupo I Vítimas da RIV (2011). Guia para o Atendimento e Intervenção em Rede - Rede de Intervenção na Área da Violência em Sintra (RIVS). Lisboa: Associação de Mulheres Contra a Violência. Disponível em <http://goo.gl/xlOpz>
- Guerra, R. (2009). Avaliação e Gestão de Risco de Agressores Violentos - Evolução do Conceito. Ousar Integrar – Revista de Reinserção Social e Prova, 3: 53-62.
- Guimarães L. A. & Rimoli, A.O. (2006). Mobbing (Assédio Psicológico) no Trabalho: Uma Síndrome Psicossocial Multidimensional. Psicologia: Teoria e Pesquisa 22 (2): 183-192. Disponível em http://www.assediomora.org/IMG/pdf/Mobbing_conceitos.pdf
- Haddon, L., Livingstone, S. & EU Kids Online (2012). EU Kids Online: National perspectives. London: EU Kids Online. Disponível em http://www.lse.ac.uk/media@lse/research/eukidsonline/eu_kids_jii/reports/perspectivesreport.pdf
- Hagemann-White, C. & Bohn, S. (2007). Protecting women against violence - Analytical study on the effective implementation of Recommendation Rec(2002)5 on the protection of women against violence in Council of Europe member states. Strasbourg: Gender Equality and Anti-Trafficking Division Directorate General of Human Rights and Legal Affairs, Council of Europe. Disponível em [http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/equality/03themes/violence-against-women/CDEG\(2007\)3_en.pdf](http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/equality/03themes/violence-against-women/CDEG(2007)3_en.pdf)
- Hagemann-White, C. (2010). Protecting women against violence - Analytical study of the results of the third round of monitoring the implementation of Recommendation Rec (2002)5 on the protection of women against violence in Council of Europe member states. Strasbourg: Gender Equality and Anti-Trafficking Division Directorate General of Human Rights and Legal Affairs, Council of Europe. Disponível em http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/equality/03themes/violence-against-women/cdeg_2010_12en.pdf
- Hall, M., Chappell, L. C., Parnell, B. L., Seed, P. T. & Bewley, S. (2014). Associations between Intimate Partner Violence and Termination of Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLOS Medicine, 11: 1-25. Disponível em <http://www.plosmedicine.org/article/doi/10.1371/journal.pmed.1001581&representation=PDF>
- Hanson, R. (2005). Twenty Years of Progress in Violence Risk Assessment. Journal of Interpersonal Violence, 20 (2): 212-217. Disponível em <http://goo.gl/ZxisA0>
- Harne, L. & Radford, J. (2008). Tackling Domestic Violence: theories, policies and practice. New York: MacGraw-Hill. Disponível em <http://goo.gl/x404n7>
- Harvey, A., Garcia-Moreno, C. & Butchart, A. (2007). Primary prevention of intimate-partner violence and sexual violence: Background paper for WHO expert meeting May 2-3, 2007. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/IPV-SV.pdf
- Helweg-Larsen, K., Kruse, M., Sørensen, J. & Brønnum-Hansen, H. (2010). The cost of violence: economic and personal dimensions of violence against women in Denmark. København: National Institute of Public Health, University of Southern Denmark & Rockwool Fund Research Unit. Disponível em http://www.si-folkesundhed.dk/upload/summary_the_cost_of_violence-samlet.pdf
- Herrman, H., Saxena, S. & Moodie, R. (2005). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: WHO, Victorian Health Promotion Foundation & University of Melbourne. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241562943_eng.pdf?ua=1
- Hertz, M. & David-Ferdon, C. (2008). Electronic Media and Youth Violence: A CDC Issue Brief for Educators and Caregivers. Atlanta: Centers for Disease Control. Disponível em <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ea-brief-a.pdf>
- Hoff, B. (2012). U.S. national survey: More men than women victims of intimate partner violence, psychological aggression. Journal of Aggression, Conflict and Peace Research, 4 (3): 155-163. Disponível em <http://www.batteredmen.com/NISVS.pdf>
- Holden, G. & Ritchie, K. (1991). Linking extreme marital discord, child rearing, and child behaviour problems: Evidence from battered women. Child Development, 62(2): 311-327.
- Howard, L. M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K & Feder, G. (2013). Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLOS Medicine 10, Vol. 10, Iss. 5: 1-16. Disponível em <http://goo.gl/y62V53>
- Huss, M. (2011). Psicologia Forense: Pesquisa, Prática Clínica e Aplicações. Porto Alegre: Artmed. Disponível em <http://goo.gl/q7e24l>
- Injury Prevention Research Center (2001). Workplace Violence – A Report to Nation. Iowa City: University of Iowa. Disponível em <http://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/observatorio-da-violencia/estudo-int2-pdf.aspx>
- Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP (2013a). NP-INMLCF-003: Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense relativos ao dano pós-traumático. Lisboa: INMLCF, IP.
- Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP (2013b). NP-INMLCF-007: Recomendações gerais para a realização de exame em casos de suspeita de violência doméstica, maus tratos ou crimes sexuais contra crianças. Lisboa: INMLCF, IP.
- Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP (2013c). NP-INMLCF-010: Recomendações gerais sobre fotografia forense. Lisboa: INMLCF, IP.
- Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP (2013d). NP-INMLCF-011: Recomendações para a gestão de vestígios forenses. Lisboa: INMLCF, IP.
- Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP (2013e). NP-INMLCF-013: Recomendações gerais sobre questões éticas e legais no caso de perícias de natureza sexual penais. Lisboa: INMLCF, IP.
- Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP (2013f). NP-INMLCF-014: Recomendações sobre as instalações, equipamento e material para a realização de exame médico forense em casos de alegada agressão sexual. Lisboa: INMLCF, IP.
- Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP (2013g). NP-INMLCF-015: Recomendações para a recolha da história médica forense em casos de alegada agressão sexual. Lisboa: INMLCF, IP.
- Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP (2013h). NP-INMLCF-016: Recomendações para a realização de exame físico e recolha de vestígios em vítimas de alegada agressão sexual. Lisboa: INMLCF, IP.
- Instituto para o Desenvolvimento Social (2002). Prevenção da Violência Institucional - perante as Pessoas Idosas e em Situação de Dependência. Instituto para o Desenvolvimento Social. Disponível em http://www.socialgest.pt/_dlds/pubprevencaoviolinstitucionalcid.pdf
- International Council of Nurses, Public Services International, World Health Organization & International Labour Office (2005). Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. Geneva: ICN, PSI, WHO & ILO. Disponível em <http://goo.gl/9B6Nul>
- Jasinski, J. (2004). Pregnancy and Domestic Violence. A Review of the Literature. TRAUMA, VIOLENCE & ABUSE 5(1):47-64. Disponível em http://www.hawaii.edu/hivandaids/Pregnancy_and_Domestic_Violence_A_Review_of_the_Literature.pdf
- Jewkes, R. (2013). Intimate partner violence: the end of routine screening. Lancet, 20, 382(9888):190-191. Disponível em <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2960584-X/abstract>
- João, A. (2009). Mobbing: Agressão Psicológica no Trabalho. HDSInForum nº 29. Disponível em http://www.hds.min-saude.pt/NR/rdonlyres/069D9731-43F1-455D-B82D-CA65AF82C3D7/17105/Suplemento_N29_vFinal.pdf
- Jubín, M. et al.[n.d.]. Guía Temática 4 – Distintos aspectos de la intervención en Violencia Doméstica. Procedimientos policiales, legales y trabajo en red. Uruguai: Instituto Mujer Ahora & Instituto Nacional de las Mujeres. Disponível em http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/2885/1/guia_tematica4.pdf
- Kelly, L. & Dubois, L. (2008). Combating violence against women: minimum standards for support services. Strasbourg: Directorate General of Human Rights and Legal Affairs Council of Europe. Disponível em <http://goo.gl/6ZFs5C>
- Kropp, P. (2004). Some Questions Regarding Spousal Assault. Violence Against Women. 10 (6): 676-697.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. (2002). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/world_report/en/full_en.pdf?ua=1

Lei nº 61/1991 de 13 de Agosto. Diário da República, nº 185, série I-A. Disponível em <https://dre.pt/application/dir/pdf1s/1991/08/185A00/41004102.pdf>

Lei nº 36/1998 de 24 de Julho. Diário da República, nº 169, série I-A. Disponível em <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/AF8B77EE-5AF4-4E79-A408-5F45F12D49E7/0/L/EISMENTAL.pdf>

Lei nº 134/1999 de 28 de Agosto. Diário da República, nº 201, série I-A. Disponível em http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/prib_discrim_direitos.pdf

Lei nº 147/1999 de 1 de Setembro. Diário da República, nº 204, série I-A. Disponível em http://www.cnpjir.pt/preview_documentos.asp?r=313&m=PDF

Lei nº 166/1999 de 14 de Setembro. Diário da República, nº 215, série I-A. Disponível em <http://goo.gl/PO7R11>

Lei nº 31/2003 de 22 de Agosto. Diário da República, nº 193, série I-A. Disponível em <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/legislacao-relacionada/lei-n-312003-dr-n-193-serie-i-a-de-2003-08-22.aspx>

Lei Constitucional nº 1/2004 de 24 de Julho. Diário da República, nº 173, série I-A. Disponível em <http://goo.gl/7mx4QR>

Lei nº 45/2004 de 19 Agosto. Diário da República, nº 195, série I-A. Disponível em <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/legislacao-relacionada/lei-n-452004-de-19-agosto.aspx>

Lei nº 23/2007 de 4 de Julho. Diário da República, nº 127, série I. Disponível em <http://www.sef.pt/documentos/56/NOVA%20LEI%20ESTRANGEIROS.pdf>

Lei nº 27/2007 de 30 de Julho. Diário da República, nº 145, série I. Disponível em http://www.erc.pt/documentos/Lei_Televisao_2007.pdf

Lei nº 59/2007 de 4 de Setembro de 2007. Diário da República, nº 170, série I. Disponível em <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/legislacao-relacionada/lei-n-592007-de-4-de-setembro.aspx>

Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro. Diário da República, nº 4, série I. Disponível em http://legislacao.min-edu.pt/np4/np3content/?newsId=1530&fileName=decreto_lei_3_2008.pdf

Lei nº 38/2009 de 20 de Julho. Diário da República, nº 138, série I. Disponível em http://www.dgpi.mj.pt/sections/informacao-e-eventos/2009/lei-n-38-2009-de-20-de-julho/downloadFile/file/L_38_2009.pdf?nocache=1248081120.92

Lei nº 104/2009 de 14 de Setembro. Diário da República, nº 178, série I. Disponível em <https://dre.pt/application/dir/pdf1s/2009/09/17800/0624106246.pdf>

Lei nº 109/2009 de 15 de Setembro. Diário da República, nº 179, série I. Disponível em http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/L_Cibercrime.pdf

Lei nº 112/2009 de 16 de Setembro. Diário da República, nº 180, série I. Disponível em http://www.dgpi.mj.pt/sections/informacao-e-eventos/2009/lei-n-112-2009-de-16-de-setembro/downloadFile/file/L_112_2009.pdf?nocache=1253092614.9

Lei nº 113/2009 de 17 de Setembro. Diário da República, nº 181, série I. Disponível em <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/legislacao-relacionada/lei-n-1132009-de-17-de-setembro.aspx>

Lei nº 33/2010 de 2 de Setembro. Diário da República, nº 171, série I. Disponível em <https://dre.pt/application/dir/pdf1s/2010/09/17100/0385103856.pdf>

Lei nº 8/2011 de 11 de Abril. Diário da República, nº 71, série I. Disponível em http://www.erc.pt/documentos/legislacao/site/Lei_8-2011.pdf

Lei nº 29/2012 de 9 de agosto. Diário da República, nº 154, série I. Disponível em http://www.sef.pt/documentos/35/LEI%2029_2012.pdf

Lei nº 19/2013 de 21 de fevereiro. Diário da República, nº 37, série I. Disponível em http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1880&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=

Lei nº 60/2013 de 23 de agosto. Diário da República, nº 162, série I. Disponível em <https://dre.pt/application/file/499096>

Lei nº 15/2014 de 21 de março. Diário da República, nº 57, série I. Disponível em <http://www.dgs.pt/em-destaque/lei-n-152014-de-21-de-marco-direitos-e-deveres-do-utente-dos-servicos-de-saude.aspx>

Leonardo, J. (2012). As Violências nas Escolas. Lisboa: Colibri.

Levendosky, A. & Graham-Bermann, S. (1998). Traumatic stress symptoms in children of battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(1): 111-128.

Leymann, H. & Gustavsson, B. (1984). Psychological violence at workplaces: Two exploratory studies. Stockholm: Arbetsarkivsstyrelsen.

Lisboa, M. (2013). Costs of Violence Against Women in Portugal. In Conference: Eliminating Violence against Women - Intersectoral Approaches and Actions - Conference, Viena, 25-26 Novembro 2013. Disponível em http://eige.europa.eu/sites/default/files/Parallel%20Session%207_04_Manuel%20Lisboa.pdf

Lisboa, M. (coord.), Barros, P. & Cerejo, S. (2008). Custos Sociais e Económicos da Violência Exercida Contra as Mulheres em Portugal: dinâmicas e processos socioculturais. In VI Congresso Português de Sociologia, Mundos Sociais: Saberes e Práticas, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 25-28 Julho 2008. Disponível em <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/60.pdf>

Lisboa, M., Barros, P., Cerejo, D., Barrenho, E., Alfarroba, A. & Marteleira, J. (2007). Os custos económicos da prestação de cuidados de saúde às vítimas de violência. Relatório entregue ao Ministério da Saúde [documento não publicado].

Lisboa, M., Barroso, Z. & Marteleira, J. (2003). O contexto social da violência contra as mulheres detectada nos Institutos de Medicina Legal. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.

Lisboa, M. (coord.), Barroso, Z., Patrício, J. & Leandro, A. (2009). Violência e Género - Inquérito Nacional sobre a Violência Contra Mulheres e Homens. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.

Lisboa, M. (coord.), Calado, B., Rosa, M. & Moreira, C. (2009). Referencial de Formação sobre Violência Doméstica e Tráfico de Seres Humanos para Profissionais de Saúde. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. Disponível em http://www.cig.gov.pt/siic/pdf/2014/siic-RF_ind.pdf

Lisboa, M. (coord.), Vicente, L. & Barroso, Z. (2005). Saúde e Violência Contra as Mulheres - Estudo sobre as relações existentes entre a saúde das mulheres e as várias dimensões de violência de que tenham sido vítimas. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-e-violencia-contra-as-mulheres-pdf.aspx>

Lisboa, M. (coord.), Dias, A., Roque, A., Barroso, Z., Favita, A., Cerejo, D. & Patrício, J. (2010). Sistema Integrado de Informação e Conhecimento – Relatório Igualdade de género e tomada de decisão Violência contra as mulheres, doméstica e de género. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais & Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.

Lisboa, M., Carmo, I., Vicente, L., Nóvoa, A., Barros, P., Silva, S., Roque, A. & Amândio, S. (2006). Prevenir ou Remediar - Os Custos Sociais e Económicos da Violência Contra as Mulheres. Lisboa: Colibri.

Lisboa, M. (coord.), Miguens, F., Cerejo, D. & Favita, A. (2009). Inquérito Violência de Género Região Autónoma dos Açores, Relatório Final – Volume I. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade Nova de Lisboa, SociNova/CesNova & Região Autónoma dos Açores. Disponível em http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/308EA750-718D-4514-B98C-BFC9CDD9D50C/508435/RelatrioFinal_Vol_I.pdf

Lisboa, M. et al. (2013). Rupturas, emoções e sentimentos e desigualdades de género. Projecto financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Lisboa, M., Rosa, M., Dias, A. & Vicente, L. (2011). Saúde Sistema Integrado de Informação e Conhecimento– Doc. SIIC Nº 1. Lisboa: FCHS, Universidade Nova de Lisboa. Disponível em http://www.cig.gov.pt/siic/pdf/2014/siic-boletim_Saude.pdf

Lopes, M., Gemitto, L. & Pinheiro, F. (coords.) (2012). Violência Doméstica, Manual de Recursos para a Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora. Évora: Universidade de Évora. Disponível em <http://goo.gl/19mz8Q>

- Lourenço, N. & Lisboa, M. (1992). Representações da Violência – Perceção social do grau, frequência, das causas e das medidas para diminuir a violência em Portugal. Lisboa: Ministério da Justiça, Centro de Estudos Judiciários.
- Lourenço, N. & Lisboa, M. (1998). Dez Anos de Crime em Portugal. Análise Longitudinal da Criminalidade Participada às Polícias (1984 – 1993). Lisboa: Centro de Estudos Judiciários.
- Lourenço, N., Lisboa, M. & Pais, E. (1997). Violência contra as mulheres. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- Machado, C. (2010). Vitimologia: das novas abordagens teóricas às novas práticas de intervenção. Braga: Psiquilíbrios.
- Machado, C. & Gonçalves, R. A. (2003). Violência e Vítimas de Crimes. Coimbra: Quarteto Editora.
- Machado, P. et al. (2010). Tráfico Desumano. Cadernos de Administração Interna – Coleção de Direitos Humanos e Cidadania. Lisboa: MAI, DGAI, OTSH.
- Matos, M., Gonçalves, R. A., & Machado, C. (Coords.) (2011). Manual de psicologia forense: Contextos, práticas e desafios. Braga: Psiquilíbrios.
- Matos, M., Grangeira, H., Ferreira, C. & Azevedo V. (2012). Stalking - Boas Práticas no apoio à vítima. Manual para profissionais. Porto: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. Disponível em <http://www.igualdade.gov.pt/IMAGES/STORIES/DOCUMENTOS/DOCUMENTACAO/PUBLICACOES/STALKING.PDF>
- Matos, M., Simões, C. & Gaspar T. (2009). Violência entre pares no contexto escolar em Portugal, nos últimos 10 anos. Interações V (13): 98-124.
- Matos, M. & Equipa Aventura Social (2010). A saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do estudo HBSC 2010. Lisboa: FMH/PEPT-Saúde. Disponível em http://aventurasocial.com/arquivo/1334762276_Relatorio_HBSC_2010_PDF_Finalissimo.pdf
- Manita, C. (2004). Uma outra via para a não violência: a intervenção psicológica em agressores. Família, violência e crime, de Polícia e Justiça, III Série número especial temático: 169-187.
- Manita, C. (2005). A intervenção em agressores no contexto da violência doméstica em Portugal: estudo preliminar de caracterização. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- Manita, C. (2008). Programas de intervenção em agressores de violência conjugal: intervenção psicológica e prevenção da violência doméstica. Ousar Integrar - Revista de Reinserção Social e Prova nº1: 21-32. Disponível em <http://goo.gl/xp99R2>
- Manita, C. (coord.), Ribeiro, C., Peixoto, C. (2009). Violência Doméstica: compreender para intervir – Guia de boas práticas para profissionais de saúde. Lisboa: CIG.
- Marques, C. & Cepêda, T. (2009). Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Disponível em http://saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/02/recomendacoespraticaclinicasaudementa_csp.pdf
- Matos, A. (2006). Televisão e Violência - (para) Novas Formas de Olhar. Lisboa: Almedina.
- Matos, M., Machado, C., Caridade, S. & Silva, M. (2006). Prevenção da violência nas relações de namoro: intervenção com jovens em contexto escolar. Revista Psicologia: Teoria e Prática, 8: 55-76.
- Matthews, A., Tartaro, J. & Hughes, T. (2002). A Comparative Study of Lesbian and Heterosexual Women in Committed Relationships. Journal of Lesbian Studies, 7(1): 101-114.
- Medical Dictionary. Stockholm Syndrome [em linha]. Medical Dictionary Web Site. Acedido em Setembro 30, 2014, em <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Stockholm+syndrome>
- Metz, M., Rosser, S., Strapko, N. (1995). Differences in Conflict-Resolution Styles among Heterosexual, Gay, and Lesbian Couples, Journal of Sex Research, 31(4): 293-308.
- Moreira, C., Paiva, C. & Rodrigues, I. (2010). Laços e Fronteiras: Guia de Recursos no combate ao TSH. Lisboa: UMAR – União de Mulheres Alternativa e Resposta/Projecto Laços e Fronteiras. Disponível em <http://goo.gl/gMi7Cm>
- Moreira, C. et al. (2014). Manual de procedimentos para redes de intervenção integrada, intersectorial, e multidisciplinar no combate à violência doméstica e ao tráfico de seres humanos. Lisboa: UMAR – União de Mulheres Alternativa e Resposta/Projecto RiiiiiM. Disponível em <http://goo.gl/6MN3zl>
- Mitchell, K., Finkelhor, D., Jones, L. & Wolak, J. (2012). Prevalence and characteristics of youth sexting: a national study. In Pediatrics, 129(1): 13-20. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/11/30/peds.2011-1730.full.pdf>
- Mitis, F., Sethi, D., Crispino, V. & Galea, G. (2014). European facts and the Global status report on violence prevention 2014. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Morin, E. (2008). Introdução ao pensamento complexo. Lisboa: Instituto Piaget.
- Murray, C., Lopez, A., Mathers, C. & Stein, C. (2001). The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources. Global Program on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 36. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int/healthinfo/paper36.pdf>
- Nelson, H., Bougatsos, C. & Blazina, I. (2012). Screening Women for Intimate Partner Violence: A Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Annals of Internal Medicine, 156: 796-808. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22565034>
- Neves, S. (coord.) (2012a). Intervenção Psicológica e Social com Vítimas Volume I - Crianças. Lisboa: Almedina.
- Neves, S. (coord.) (2012b). Intervenção Psicológica e Social com Vítimas Volume II – Adultos. Lisboa: Almedina.
- Nogueira, C., Oliveira, J. (orgs.) (2010). Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género. Lisboa: CIG. Disponível em http://www.igualdade.gov.pt/images/stories/documentos/documentacao/publicacoes/Estudo_OrientacaoSexual_IdentidadeGenero.pdf
- Observatório do Tráfico de Seres Humanos / Ministério da Administração Interna (2013). Mendicância Forçada – A Face invisível do Tráfico de Seres Humanos para a Exploração Laboral. Lisboa: CIG. Disponível em <http://cid.cig.gov.pt/Nyron/Library/Catalog/winlibimg.aspx?sk=3FC32B0402BC4C6AA5D37B72F8DB6241&doc=9417&img=2144>
- Observatório do Tráfico de Seres Humanos / Ministério da Administração Interna (2014). Tráfico de Seres Humanos- Relatório 2013. Lisboa: CIG. Disponível em http://www.otsh.mai.gov.pt/cms/files/conteudos/OTSH_RELATORIO_ANUAL_2013.pdf
- OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS (2009). Eliminação da Mutilação Genital Feminina – Declaração Conjunta. Lisboa: APF. Disponível em <http://www.who.int/eportuguese/publications/mutilacao.pdf>
- ONU (2000). Protocolo Adicional Relativo à Prevenção, à Repressão e à Punição do Tráfico de Pessoas, em especial de Mulheres e Crianças. Nova Iorque: ONU. Disponível em <http://www.gddc.pt/cooperacao/materia-penal/textos-mpenal/onu/protocolotr%C3%A1ficopt.pdf>
- ONU (2003). Estratégias de combate à violência doméstica: manual de recursos. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estrategias-de-combate-a-violencia-domestica.aspx>
- Orffano, I. et al. (2010). Directrizes para o Desenvolvimento de um Mecanismo de Referência Transnacional para Pessoas Traficadas na Europa: TRM-EU. Roma: Departamento para a Igualdade de Oportunidades – Presidência do Conselho de Ministros, Itália & International Centre for Migration Policy Development. Disponível em http://www.icmpd.org/fileadmin/ICMPD-Website/ICMPD-Website_2011/Capacity_building/THB/Publications/TRM_guidelines_PORTUGUESE.pdf
- OSCE Office for Democratic Institutions and Human Rights (2004). National Referral Mechanisms - Joining Efforts to Protect the Rights of Trafficked Persons. A Practical Handbook. Warsaw: OSCE/ODIHR. Disponível em <http://www.osce.org/odihr/13967?download=true>

Pais, E. (1998). Homicídio conjugal em Portugal: ruturas violentas da conjugalidade. Lisboa: Hugin.

Pais, E. (2004). Violência doméstica: perfil da prevenção e da intervenção em Portugal. Família, violência e crime, de Polícia e Justiça, III Série número especial temático, pp. 189-198.

Pan American Health Organization, World Health Organization (2013). Resolution CD52.R6. Addressing the Causes of Disparities in Health Service Access and Utilization for Lesbian, Gay, Bisexual and Trans (LGBT) Persons. Pan American Health Organization 52nd Directing Council. Washington: Pan American Health Organization, World Health Organization. Disponível em <http://goo.gl/Ho3cz3>

ONU (2000b). Protocolo Adicional contra o Tráfico Ilícito de Migrantes por Via Terrestre, Marítima e Aérea. Nova Iorque: ONU.

Oregon Counseling. About Domestic Violence Against Men. [em linha]. Oregon Counseling Web Site. Acedido em Maio 9, 2014 em <http://www.oregoncounseling.org/Handouts/DomesticViolenceMen.htm>

Pathé, M., Mullen, P. & Purcell, R. (2001). Management of victims of stalking. Advances in Psychiatric Treatment 7: 399-406.

Peden, M. et al. (2008). World report on child injury prevention. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574_eng.pdf?ua=1

Peixoto, J., Soares, A., Costa, P., Murteira, S. & Sabino, C. (2005). O tráfico de migrantes em Portugal: perspectivas sociológicas, jurídicas e políticas. Lisboa: Observatório da Imigração. Disponível em http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Estudos%20QI/Estudo_QI_12.pdf

Pereira, B. (2002). Para uma Escola Sem Violência – Estudo e Prevenção das Práticas Agressivas entre Crianças. Porto: Fundação Calouste Gulbenkian.

Pereira, F., Baptista, I., Silva, M. & Figueiredo, E. (2013). REDE SEGURA, Roteiro de Intervenção nos Casos de Violência Doméstica. Cascais: Fórum Municipal de Cascais contra a Violência Doméstica. Disponível em http://www.cm-cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/roteiro_rede_segura_cmc.pdf

Pereira, H. & Leal, I. (2004). A homofobia internalizada e os comportamentos para a saúde numa amostra de homens homossexuais. In A. F. Cascais (org.), Indisciplinar a teoria: Estudos gays, lésbicos e queer (245-260). Lisboa: Fenda.

Perel-Levin, S. (2008). Discussing screening for elder abuse at primary health care level. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/ageing/publications/Discussing_Elder_Abuseweb.pdf?ua=1

Perista, H. (2005). Guia para o mainstreaming de género na comunicação social. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.

Perista, H. (2006). Guia para o mainstreaming de género - cidadania e inclusão social. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.

Perista, H. & Baptista, I. (2009). Breaking the Taboo, Violência contra mulheres idosas em contexto familiar: Reconhecer e agir. Áustria: Cruz Vermelha Austríaca, Daphne, Comissão Europeia. Disponível em http://www.rotekreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/GSD/Brochure-Portugal.pdf

Perista, H., Baptista, I. & Silva, A. (Eds.) (2011). Breaking the taboo 2. Violência contra mulheres idosas no contexto das famílias: reconhecer e agir. Lisboa: CESIS/LGP DIGITAL. Disponível em http://www.cesis.org/admin/modulo_news/ficheiros_noticias/20130308145517-1manual_de_formaou.pdf

Perista, H., Baptista, I. & Silva, A. (2012). Nunca é tarde para agir! Violência contra mulheres idosas no contexto das famílias. In S. Neves (org.), Intervenção psicológica e social com vítimas – Adultos (Volume II). Coimbra: Editora Almedina.

Perista, H. (coord.) & Perista, P. (2012). Género e Envelhecimento. Planear o Futuro Começa Agora! Estudo de Diagnóstico. Cadernos Condição Feminina. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. Disponível em http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/EstudoCIG_Genero_Envelhecimento.pdf

Perista, H. & Silva, A. (2013). Mind the Gap! Melhorar a intervenção no domínio da violência contra mulheres idosas em relações de intimidade. As respostas da polícia e do sistema judicial com base numa análise de processos do Ministério Público. Lisboa: CESIS / Daphne, Comissão Europeia. Disponível em http://www.ipvow.org/images/ipvow/reports/file_analysis/Portugal_case_file_analysis_Portuguese.pdf

Perista, H., Silva, A. & Neves, V. (2010). IPVow – Violência contra mulheres idosas em relações de intimidade. Lisboa: CESIS, Daphne, Comissão Europeia. Disponível em http://ipvow.org/images/stories/ipvow/reports/IPVoW-Portugal_Portuguese_final.pdf

Plataforma Portuguesa para os Direitos das Mulheres (2010). IPVow – Violência contra mulheres idosas em relações de intimidade. Lisboa: PpDM. Disponível em <http://plataformamulheres.org.pt/projectos/cedaw/>

Portaria nº 1593/2007 de 17 de Dezembro. Diário da República, nº 242, série I. Ministério da Administração Interna. Disponível em https://queixaselectronicas.mai.gov.pt/SQE2013/default.aspx#tag=MAIN_CONTENT

Portaria nº 965/2009 de 25 Agosto. Diário da República, nº 164, série I. Disponível em <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/legislacao-relacionada/portaria-n-9652009-de-25-de-agosto.aspx>

Portaria nº 220-A/2010 de 16 de Abril. Diário da República, nº 74, série I. Disponível em http://www.dgpi.mj.pt/sections/leis-da-justica/pdf-ult2/portaria-n-220-a-2010-de/downloadFile/file/port_220A.2010.pdf?nocache=1271664848.99

Portaria nº 229-A/2010 de 23 de Abril. Diário da República, nº 79, série I. Disponível em <https://dre.pt/application/dir/pdfs/2010/04/07901/0000200004.pdf>

Portugal, S. (2003). De que falamos quando falamos de violência doméstica?. In L. Fonseca, C. Soares & J.M. Vaz, A Sexologia – perspectiva multidisciplinar II (199-214). Coimbra: Quarteto Editora.

Quaresma, C. (2012). Violência Doméstica: Da participação da ocorrência à investigação criminal. Lisboa: Cadernos da Administração, Coleção Direitos Humanos e Cidadania. Disponível em http://popdesenvolvimento.org/images/ficheiros-pt/genero/Publicacao_VD_dez_2012_v1.pdf

Quaresma, C. (2014). Relatório Anual de Segurança Interna 2013. Lisboa: Ministério da Administração Interna Sistema de Segurança Interna. Disponível em http://www.dgai.mai.gov.pt/files/conteudos/Rel%20VD%202013_%20v14ago2014.pdf

Ramírez, F. (2001). Condutas Agressivas na Idade Escolar. Lisboa: McGraw Hill.

Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y., Davidson L. & Feder, G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. British Medical Journal, 325 (7359): 325-14.

RAPVT - Rede de Apoio e Proteção a Vítimas de Tráfico (2014). Sistema de Referência Nacional de Vítimas de Tráfico de Seres Humanos: Orientações para a Sinalização de Vítimas de Tráfico de Seres Humanos em Portugal. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. Traduzido e adaptado do documento original, da autoria do Projeto Euro TraGuID – Cock, M..

RAPVT - Rede de Apoio e Proteção a Vítimas de Tráfico (2014). Kit de intervenção imediata para órgãos de polícia criminal em situações de tráfico de seres humanos. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. Tradução (não oficial) do documento original das Nações Unidas, da autoria de United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) & United Nations Global Initiative to Fight Human Trafficking, adaptada à realidade portuguesa, e publicada com autorização do UNODC. Disponível em <http://goo.gl/HtPhDz>

Redondo, J., Pimentel, I. & Correia, A. (coords.) (2012). Manual SARAR - Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar: Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos. Ceira: Serviço de Violência Familiar - Hospital Sobral Cid, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Disponível em <http://material.violenciaonline.pt/CONTEUDOS/SARAR/Manual%20SARAR%20site.pdf>

RCM, RCN, RCOG, Equality Now, UNITE (2013). Tackling FGM in the UK – Intercollegiate recommendations for identifying, recording and reporting. London: The Royal College of Midwives. Disponível em http://www.equalitynow.org/sites/default/files/Intercollegiate_FGM_report.pdf

Redondo, J. (coord.) et al. (2012). Violência Doméstica e Serviços de Saúde: Projetos em implementação em Agrupamentos de Centros de Saúde e Serviços Hospitalares da região Centro do país. Ceira: Serviço de Violência Familiar - Hospital Sobral Cid, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Disponível em <http://www.arscentro.min-saude.pt/Noticias/Documents/Brochura.pdf>

- Redondo, J.(coord.) et al. (2012). Sem Violência – Uma Experiência de Trabalho em Rede. Ceira: Administração Regional de Saúde do Centro. Disponível em <http://higiene.med.up.pt/index.php?id=noticias&detalhes=218>
- Relvas, A. P. (1996). O Ciclo Vital da Família – Perspectiva Sistémica. Edições Afrontamento: Porto.
- Resolução da Assembleia da República nº 23/1980 de 26 de Julho. Diário da República, nº 171, série I. Disponível em <https://dre.pt/application/dir/pdfs/1980/07/17100/18701882.pdf>
- Resolução da Assembleia da República nº 20/1990 de 12 de Setembro. Diário da República, nº 211, série I. Disponível em <https://dre.pt/application/dir/pdfs/1990/09/21101/00020020.pdf>
- Resolução da Assembleia da República nº 32/2004 de 24 de Abril. Diário da República, nº 79, série I-A. Disponível em <http://goo.gl/kYSfmC>
- Resolução da Assembleia da República nº 1/2008 de 14 de Janeiro. Diário da República, nº 9, série I. Disponível em <https://dre.pt/application/dir/pdfs/dip/2008/01/00900/0041200441.pdf>
- Resolução da Assembleia da República nº 88/2009 de 15 de Setembro. Diário da República, nº 9, série I. Disponível em http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/AR_ConvBud.pdf
- Resolução da Assembleia da República nº 91/2009 de 15 de Setembro. Diário da República, nº 179, série I. Disponível em http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/AR_Prot_adic_ConvBud.pdf
- Resolução da Assembleia da República nº 32/2010 de 13 de Abril. Diário da República, nº 71, série I. Disponível em <https://dre.pt/application/dir/pdfs/dip/2010/04/07100/0118601187.pdf>
- Resolução da Assembleia da República nº 75/2012 de 28 de maio. Diário da República, nº 103, série I. Disponível em http://www.cnpjcr.pt/preview_documentos.asp?r=4842&m=PDF
- Resolução da Assembleia da República nº 4/2013 de 21 de janeiro. Diário da República, nº 14, série I. Disponível em <https://dre.pt/application/dir/pdfs/2013/01/01400/0038500427.pdf>
- Resolução da Assembleia da República nº 7/2014 de 27 de janeiro. Diário da República, nº 18, série I. Disponível em http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/convencao_dtos_crianças.pdf
- Resolução do Conselho de Ministros nº 55/1999 de 27 de maio. Diário da República, nº 137, série I-B. Disponível em <http://app.parlamento.pt/violenciadomestica/conteudo/pdfs/legislacao/rcm551999.pdf>
- Resolução de Conselho de Ministros nº 161/2008 de 22 de Outubro. Diário da República, nº 205, série I. Disponível em http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/conselh_igualdade.pdf
- Resolução de Conselho de Ministros nº 100/2010 de 17 de Dezembro. Diário da República, nº 243, série I. Disponível em <https://dre.pt/application/dir/pdfs/dip/2010/12/24300/0576305773.pdf>
- Resolução de Conselho de Ministros nº 101/2013 de 31 de dezembro. Diário da República, nº 253, série I. Disponível em http://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2014/01/III_PL_PREV_TRAF_HUM_2014_017.pdf
- Resolução de Conselho de Ministros nº 102/2013 de 31 de dezembro. Diário da República, nº 253, série I. Disponível em http://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2014/01/V_PL_PREV_COMBATE.pdf
- Resolução de Conselho de Ministros nº 103/2013 de 31 de dezembro. Diário da República, nº 253, série I. Disponível em http://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2014/01/V_PL_IGUALD_GENERO.pdf
- Resolução de Conselho de Ministros nº 50/2014 de 26 de agosto. Diário da República, nº 163, série I. Disponível em http://www.cnpjcr.pt/preview_documentos.asp?r=4988&m=PDF
- Ribeiro, A. (2013a). Representações da Violência. Lisboa: Almedina.
- Ribeiro, A. (2013b). STALKING: Quadro normativo penal e processual penal e Medidas de coação e punição, tutela da vítima. In Centro de Estudos Judiciários, Stalking: abordagem penal e Multidisciplinar (64-102). Lisboa: CEJ. Disponível em <http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/Stalking/Stalking.pdf>
- Richards, C. (2003). Mangement of Workplace Violence Victims. Geneva: ILO, ICN, WHO, PSI. Disponível em <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?sessionid=631B22FAF734E45949CC985AF545C7D3?doi=10.1.1.199.7650&rep=rep1&type=pdf>
- Richards, L., Letchford, S. & Stratton, S. (2008). Policing Domestic Violence. New York: Oxford University Press.
- Richardson, J. & Feder, G. (1996). Domestic violence: a hidden problem for general practice. The British Journal of General Practice, 46(405): 239–242. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1239608/>
- Rijo, D. & Capinha, M. (2012). A reabilitação dos agressores sexuais: Dos modelos tradicionais de reabilitação ao Programa Português para Agressores de Violência Doméstica (PAVD). Ousar integrar - revista de reinserção social e prova, 11: 83-97.
- Rios, I. (2009). Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica 33 (2): 253-261. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/13.pdf>
- Robinson, A. (2006). Reducing Repeat Victimization Among High-Risk Victims of Domestic Violence. The Benefits of a Coordinated Community Response in Cardiff, Wales. Violence Against Women, Vol.12 (8): 761-788. Sage Publications. Disponível em <http://www.caada.org.uk/policy/WSU10.pdf>
- Rodrigues, L., Nogueira, C., Oliveira, J. (2010). Violência em casais LGB – estudo preliminar”. In C. Nogueira & J. Oliveira (orgs.), Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género (243-266). Lisboa: CIG.
- Rodríguez, N. (2004). Bullying, Guerra na Escola. Lisboa: Sinais de Fogo.
- Rodríguez, R. & Moya, S. (coords.) (2012). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Roig, A. & Marin, J. (1989). Malos Tratos Institucionales. Libro de Atas del Congreso Bianual de Infancia Maltratada. Barcelona: Federation de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil. Disponível em <http://goo.gl/7oB0pr>
- Rojão, G., Araújo, T., Santos, A., Moura, S. & Carreira, S. (2011). Coolkit – Jogos para a Não-Violência e Igualdade de Género. Covilhã: Coolabora. Disponível em <http://www.coolabora.pt/publicacoes/coolkit.pdf>
- Rosmaninho, T. [n.d.]. Folheto Violência Doméstica – Uma questão de saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-1/violencia-domestica-folheto-pdf.aspx>
- Rossmann, B. (2001). Longer term effects of children's exposure to domestic violence. In S.A. Graham-Bermann & J. L. Edleson (Eds.), Domestic Violence in the lives of children: The future of research, intervention, and social policy (35-66). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rothman, E., Butchart, A. & Cerdá, M. (2003). Intervening with perpetrators of intimate partner violence : a global perspective. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590491.pdf?ua=1&ua=1>
- Saavedra, R. & Machado, C. (2012). Violência nas relações de namoro entre adolescentes: Avaliação do impacto de um programa de sensibilização e informação em contexto escolar. Análise Psicológica, 30 (1-2): 109-130. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v30n1-2/v30n1-2a10.pdf>
- Sani, A. (2002). As Crianças e a Violência – Narrativas de Crianças Vítimas e Testemunhas de Crimes. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sani, A. (2006). Vitimação indirecta de crianças em contexto familiar. Análise Social, 41 (180): 849-864. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218722582j2vZM0qb0xf05ZG5.pdf>
- Sani, A. & Caridade, S. (2014). Violência, Agressão e Vitimação: Práticas para a Intervenção. Lisboa: Almedina.
- Santos, B., Gomes, C., Duarte, M. & Baganha, M. (2008). Tráfico de mulheres em Portugal para fins de exploração sexual. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. Disponível em <http://www.cig.gov.pt/siic/pdf/2014/estudotraficmulherespftfinsexploracaosexual.pdf>

Saraiva, C., Peixoto, B. & Sampaio, D. (Coords.) (2014). Suicídio e Comportamentos Autolesivos – Dos Conceitos à Prática Clínica. Lisboa: LIDEL.

Schraiber, L. (2003). O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. São Paulo: Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva. Disponível em http://www.mulheres.org.br/violencia/documentos/cartilha_violencia.pdf

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. Disponível em http://www.sicad.pt/PT/Institucional/Coordenacao/Documents/PNRCAD_2013_2020.pdf

Sethi, D. et al. (2011). European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf

Sethi, D. et al. (2013). European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf?ua=1

Shopper, D., Lormand, J. & Waxweiler, R. (2006). Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners. Geneva: WHO. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/39919_oms_br_2.pdf

Shuller, C. (2010). Male Victims of Intimate Partner Violence in the United States: An Examination of the Review of Literature through the Critical Theoretical Perspective. International Journal of Criminal Justice Sciences 5(1): 163-173. Disponível em <http://www.sascv.org/ijcjs/pdfs/carolettajcjs2010vol5iss1.pdf>

Silva, L. (1995). Entre Marido e Mulher alguém meta a colher. Celorico de Basto: A Bolina.

Simões, C. & Carvalho, M. (2009). A violência entre pares. In M. Matos & D. Sampaio (coords.), Jovens com Saúde - Diálogo com uma Geração (104-116). Lisboa: Texto Editora.

Smith, K. (Ed.), Osborne, S., Lau, I. & Britton, A. (2012). Homicides, Firearm Offenses and Intimate Violence 2010/11. Home Office Statistics 2012. London: Home Office. Disponível em https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/116483/hosb0212.pdf

Spitzberg, B. & Cupach, W. (Eds.) (2007). The dark side of interpersonal communication (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Statistics Canada (2011). Family Violence in Canada: A Statistical Profile. Ottawa: Statistics Canada. Disponível em <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-224-x/85-224-x2010000-eng.pdf>

Stengård, E. & Appelqvist-Schmidlehn, K. (2010). Mental Health Promotion in Young People – An Investment for the Future. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/121135/E94270.pdf

Stocker, C.M., & Youngblade, L. (1999). Marital conflict and parental hostility: Links with children's sibling and peer relationships. Journal of Family Psychology, 13(4): 598-609.

Straus, M. (2007). Dominance and Symmetry in Partner violence by male and female university students in 32 nations. Children and Youth Services Review, 30: 252-275. Disponível em <http://pubpages.unh.edu/~mas2/ID41-PR41-Dominance-symmetry-In-Press-07.pdf>

Teufel, S., Fernández, M. & Banacloig, E. (2006). Promoção e Proteção dos Direitos das Crianças – Guia de Orientações para os Profissionais de Saúde na Abordagem de Situações de Maus Tratos ou Outras Situações de Perigo. Lisboa: Generalitat Valenciana, Conselharia de Proteção Social – Direção Geral da Família, da Criança e das Adopções. Disponível em http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?R=3968&m=PDF

The National Center for Victims of Crime (2006). Domestic Violence Safety Plan Guidelines. Washington: NVCV. Disponível em <http://danabowlinglaw.com/wp-content/uploads/2011/12/DV.aspxnz.pdf>

Trujillo, M. & Ross, S. (2008). Police Response to Domestic Violence: Making Decisions About Risk and Risk Management. Journal of Interpersonal

Violence, 23 (4): 454-473. Disponível em http://www.victimsofcrime.org/docs/Information%20Clearinghouse/Police_Response_to_Domestic_Violence.pdf?sfvrsn=10

UMAR (2013). Observatório de Mulheres Assassinadas da UMAR - Dados de 2013. Lisboa: UMAR. Disponível em <http://goo.gl/MZ3lfi>

UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, FIGO, ICN, IOM, MWIA, WCPT, WMA (2010). Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, UNHCR, UNIFEM, WHO, FIGO, ICN, IOM, WCPT, WMA, MWIA. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_10.9_eng.pdf

UNESCO (1986). The Seville Statement. Paris: UNESCO. Disponível em <http://www.unesco.org/cpp/uk/declarations/seville.pdf>

Unison (2010). Violence at work – A guide to risk prevention. London: Unison. Disponível em <http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-1/violencia-violence-at-work-a-guide-to-risk-pdf.aspx>

United Nations (1948). International Bill of Human Rights, A Universal Declaration of Human Rights. New York: UN. Disponível em <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/043/88/IMG/NR004388.pdf?OpenElement>

United Nations (1979). Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women [em linha]. Acedido em Setembro 30, 2014 em <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw.pdf>

United Nations (1996). Report of the Fourth World Conference on Women - Beijing, 4-15 September 1995. New York: UN. Disponível em <http://goo.gl/meFerl>

United Nations (2006). Ending Violence against Women - From Words to Action. Study of the Secretary-General. New York: UN. Disponível em http://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW_Study/VAWstudyE.pdf

United Nations Children's Fund (1989). A Convenção sobre os Direitos da Criança. New York: UNICEF. Disponível em https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

United Nations Children's Fund (2013). Female Genital Mutilation/Cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change. New York: UNICEF. Disponível em http://www.childinfo.org/files/FGCM_Lo_res.pdf

United Nations Children's Fund (2014). Hidden in Plain Sight a Statistical Analysis of Violence Against Children. New York: UNICEF. Disponível em http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf

United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000). The right to the highest attainable standard of health. Geneva: UN. Disponível em <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>

United Nations High Commissioner for Human Rights (2002). Recommended Principles and Guidelines on Human Rights and Human Trafficking Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights to the Economic and Social Council – Addendum. Geneva: UN, OHCHR. Disponível em <http://www.ohchr.org/documents/publications/traffickingen.pdf>

United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women (2006). Consideration of reports submitted by States parties under Article 18 of the Convention on the elimination of All Forms of Discrimination against Women - Sixth periodic report of States parties – Portugal. [em linha]. Acedido em Setembro 30, 2014 em <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/409/11/PDF/N0640911.pdf?OpenElement>

United Nations Committee on Economic, Social and Cultural (2000). General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health. Geneva: UN. Disponível em <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>

Utah Department of Health (2008). Violence and Injury Program. Clinical Guidelines for Assessment and Referral for Victims of Domestic Violence: a Referral for Utah Health Care Providers. Salt Lake City: Utah Department of Health. Disponível em <http://health.utah.gov/vipp/pdf/DomesticViolence/HmHlthTrngMnl.pdf>

Van Paris, A., Verhamme, A., Temmerman, M. & Verstraelen, H. (2014). Intimate Partner Violence and Pregnancy: A Systematic Review of Interventions. PLOS ONE 9: 1-10. Disponível em <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0085084>

- Violence Prevention Alliance.Global campaign for Violence Prevention [em linha].Violence Prevention Alliance Web Site, acessado em Setembro 30, 2014, em <http://www.who.int/violenceprevention/en/>
- Vítolo, F. (2011). Violência contra Profissionais de la Salud [em linha]. Biblioteca virtual NOBLE Compañía de Seguros Web Site. Acessado Julho 18, 2014, em http://www.noble-arp.com/src/img_up/19042011.6.pdf
- Walby, S. (2009).The Cost of Domestic Violence: Up-date 2009. Acessado Setembro 15, 2014 em <http://goo.gl/Ve4DCq>
- Walker, L. (1979).The Battered Women Syndrome. Nova Iorque: Harper & Row.
- Walker, L. (1997). The battered women syndrome is a psychological consequence of abuse. In David Finkelhor et al. (orgs.),The Dark Side of the Families. Current Controversies on Family Violence(133-153). Londres: Sage.
- Wall, K., Aboim, S. & Cunha, V. (2010). A Vida Familiar no Masculino: Negociando Velhas e Novas Masculinidades. Lisboa: CITE. Disponível em http://cite.gov.pt/asstscite/downloads/publics/A_vida_masculino.pdf
- Waters, H. et al. (2004).The economic dimensions of interpersonal violence. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591609.pdf>
- Whittemore, K. & Kropp, P. (2002). Spousal assault risk assessment: A guide for clinicians. Journal of Forensic Psychology Practice, 2: 53–64.
- Winnicott, D. (1968). Raízes da agressão. In Winnicott, C. (Org.) (1994), Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Wolfe, D. (2006). Preventing violence in relationship: Psychological science addressing complex social issues.Canadian Psychology, 47(1): 44–50.
- Wolfe, D., Jaffe, P., Wilson, S. & Zak, L. (1985). Children of battered women: The relation of child behaviour to family violence and maternal stress. Journal of Consulting Clinical Psychology, 53(5): 657-665.
- World Health Organization.Gender, Women and Health[em linha].World Health Organization Web Site.Acessado Setembro 15, 2014, em <http://www.who.int/gender/whatisgender/en/>
- World Health Organization (1996). Female Genital Mutilation. Report of a WHO Technical Working Group. Geneva: World Health Organization. Disponível em https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/63602/1/WHO_FRH_WHD_96.10.pdf
- World Health Organization (2000).International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/who_msd_msb_00.4.pdf
- World Health Organization (2002).Programming for male involvement in reproductive health. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_FCH_RHR_02.3.pdf
- World Health Organization (2004a).Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf?ua=1>
- World Health Organization (2004b).Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546395.pdf>
- World Health Organization (2004c).Milestones of a Global Campaign for Violence Prevention. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf?ua=1>
- World Health Organization (2005).WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf?ua=1
- World Health Organization (2006).Preventing child maltreatment.A guide to taking action and generating evidence.Geneva: World Health Organization. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf
- World Health Organization (2007).WHO ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/gender/documents/OMS_Ethics&Safety10Aug07.pdf
- World Health Organization (2008).A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building primary health care capacity to deal with problem worldwide: main report. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.pdf
- World Health Organization (2011a).Human rights and gender equality in health sector strategies: how to assess policy coherence. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564083_eng.pdf
- World Health Organization (2011b).Intimate partner violence during pregnancy information sheet. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.35_eng.pdf?ua=1
- World Health Organization (2011c).World report on disability 2011. Geneva: World Health Organization &The World Bank. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564083_eng.pdf e http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9788564047020_por.pdf?ua=1
- World Health Organization (2013a).Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf
- World Health Organization (2013b).Preventing violence: evaluating outcomes of parenting programmes. Geneva: World Health Organization, UNICEF. University of Cape Town.Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85994/1/9789241505956_eng.pdf
- World Health Organization (2013c).Responding to intimate partner violence and sexual violence against women – who clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>
- World Health Organization (2013d).Violence against Women - The Health Sector Responds. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82753/1/WHO_NMH_VIP_PVL_13.1_eng.pdf?ua=1
- World Health Organization (2014a).Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf
- World Health Organization (2014b).Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence - A clinical handbook [Field testing version]. Geneva: World Health Organization, UNWomen& UNFPA. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136101/1/WHO_RHR_14.26_eng.pdf?ua=1
- World Health Organization (2014c).Investing in children: the European child maltreatment prevention action plan 2015-2020.World Health Organization Regional Committee for Europe 64th session. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/253728/64wd13e_InvestChildMaltreat_140439.pdf
- World Health Organization (2014d).Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1
- World Health Organization Regional Committee for Europe (2005).Fact sheet EURO/11/05 Rev. 1. Bucharest: World Health Organization. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98611/fs1105e.pdf
- World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine& South African Medical Research Council (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1

World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime & United Nations Development Programme (2014). Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/

World Health Organization & INPEA (2002). Missing voices: views of older persons on elder abuse. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_VIP_02.1.pdf?ua=1

World Health Organization & London School of Hygiene and Tropical Medicine (2010). Preventing intimate partner and sexual violence against Women – Tackling action and generating evidence. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/intimate/en/

World Health Organization & Liverpool JMU Centre for Public Health (2010). Violence Prevention: The Evidence. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/evidence_briefings_all.pdf

World Health Organization & International Association for Suicide Prevention (2008). Preventing Suicide - A Resource for Media Professionals. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf

World Health Organization & Unaid (2010). Addressing violence against women and HIV/AIDS: What works?. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599863_eng.pdf

World Health Organization & United Nations High Commissioner for Refugees (2004). Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons - Revised ed. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924159263X.pdf?ua=1> e http://iawg.net/cmor/data_en/CMoR_en.html

Ybarra, M. & Mitchell, K. (2007). Prevalence and Frequency of Internet Harassment Instigation: Implications for Adolescent Health. Journal of Adolescent Health, 41: 189–195. Disponível em <http://www.unh.edu/ccrc/pdf/CV157.pdf>

Zimmerman, C. & Watts, C. (2003). WHO ethical and safety recommendations for interviewing trafficked women. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int/gender/documents/en/final%20recommendations%2023%20oct.pdf>

Zimmerman, C. & Borland, R. (Eds.) (2009). Caring for Trafficked Persons - Guidance for Health Providers. Geneva: IOM, LSHTM & UN.GIFT. Disponível em http://publications.iom.int/bookstore/free/CT_Handbook.pdf

Zuskin, R. (2000). How do I protect children when there is a history of domestic violence in the family? In H. Dubowitz & D. DePanfilis (Eds.), Handbook for child protection practice (246–249). California: Sage.

SITES DE REFERÊNCIA

NACIONAIS

ABC Justiça www.abcjustica.pt/pt/01_home/home.html#000

Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural www.acidi.gov.pt/

Amnistia Internacional Portugal www.amnistia-internacional.pt/

APAV – Apoio a Familiares e Amigos de Vítimas de Homicídio www.apav.pt/carontejoom/

APAV – Idosos www.apav.pt/idosos/

APAV - Jovens www.apavparajovens.pt/pt/

APAV – Stalking www.apav.pt/stalking/

APAV - Violência Doméstica www.apav.pt/vd/

APAV - Violência Doméstica entre Pessoas do Mesmo Sexo www.apav.pt/lgbt/

Associação de Jovens LGBTs - Rede Ex Aequo www.rea.pt/

Associação de Mulheres contra a Violência www.amcv.org.pt/pt

Associação Nacional Municípios Portugueses www.anmp.pt/

Associação Pais para Sempre www.paisparasempre.eu/

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima www.apav.pt/apav_v2/index.php/pt/

Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres www.apem-estudos.org/pt/

Associação Portuguesa de Mulheres Juristas www.apmj.pt/

Autoridade para as Condições de Trabalho <http://www.act.gov.pt/%28pt-PT%29/Paginas/default.aspx>

CooLabora, cooperativa de consultoria e intervenção social www.coolabora.pt/publicacoes/coolkit.pdf -

Comissão Nacional da UNESCO www.unescoportugal.mne.pt/pt/

Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco www.cnpcjr.pt/#2

Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego www.cite.gov.pt/

Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género: www.cig.gov.pt/

Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses – Comissão de Igualdade de Mulheres e Homens www.cgtp.pt/cgtp-in/organizacoes-especificas/comissao-de-igualdade-mulheres-homens

Conselho Português para os Refugiados www.cpr.pt/

Cruz Vermelha Portuguesa www.cruzvermelha.pt/index.php

Direção-Geral da Política de Justiça www.dgpi.mj.pt/DGPJ/sections/home

Direção-Geral da Saúde em www.dgs.pt

Direção Geral de Reinserção Social www.dgrs.mj.pt/web/rs/index

Dislike Bullying Homofóbico www.dislikebullyinghomofobico.pt/

Gaal Associação Cultural e Social www.graal.org.pt/files/EA_Guia_para_accao.pdf

Grupo Violência – Informação, Investigação e Intervenção www.violencia.online.pt/

Grupo Violência e Escola <http://grupovienciaeescola.blogspot.pt/>

Guarda Nacional Republicana www.gnr.pt

ILGA Portugal - Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual e Transgénero www.ilga-portugal.pt/institucional/historial.php

Infovítimas www.infovictimas.pt/pt/001_home/001_infovictms.html

Instituto de Apoio à Criança www.iacrianca.com.pt/pt

Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP www.inml.mj.pt/inml.html#

Instituto Português de Mediação Familiar www.ipmediacaofamiliar.org/

Microsite Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco.aspx

Ministério da Administração Interna www.dgai.mai.gov.pt/

Movimento Democrático de Mulheres www.mdm.org.pt/

Observatório da Imigração www.oi.acidi.gov.pt/

Observatório das Desigualdades www.observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/

Observatório do Tráfico de Seres Humanos www.otsh.mai.gov.pt/

Observatório Nacional de Violência e Género www.onvg.fcsh.unl.pt/

Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia.aspx?v=b5ef3dfe-6f5f-4ce3-8e86-fabad33830bf

Observatório Permanente Violência & Crime www.opvcufp.com/investigacoes-em-curso/

Observatório Permanente da Justiça Portuguesa www.opj.ces.uc.pt/site/

Opus Gay www.opusgay.org/

Organização Internacional do Trabalho http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/html/genebra_trab_digno_pt.htm

Plataforma de Dados da Saúde – Plataforma do Profissional www.servicos.min-saude.pt/profissional/pds/

Plataforma de Dados em Saúde / Portal do Utente <https://servicos.min-saude.pt/utente/portal/paginas/default.aspx>

Plataforma Portuguesa para os Direitos das Mulheres <http://plataformamulheres.org.pt/projectos/cedaw/>

Polícia de Segurança Pública www.psp.pt/Pages/defaultPSP.aspx

Polícia Judiciária www.pj.pt/

Portal da Saúde www.portaldaSaude.pt/portal

Portal de Saúde Sexual e Reprodutiva www.apf.pt/

Portal Bullying www.portalbullying.com.pt/

Portal para a Igualdade www.igualdade.gov.pt/

Procuradoria-Geral da República www.pgr.pt/

Programa Nacional de Saúde Reprodutiva www.saudereprodutiva.dgs.pt

Programa Nacional para a Saúde Mental www.saudemental.pt/

Provedor de Justiça www.provedor-jus.pt/

Queixas Eletrónicas www.queixaselectronicas.mai.gov.pt/

Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora – RIIDE www.violenciadomestica.uevora.pt/index.php?RIIDE

Rede Portuguesa de Jovens para a Igualdade de Oportunidades entre mulheres e homens www.tk.redejovensigualdade.org.pt/kitpedagogico_rede.pdf

RIIIM - Rede de Intervenção Integrada, Intersectorial e Multidisciplinar no combate à violência doméstica e ao tráfico de seres humanos www.riiim.umarfeminismos.org/index.php/projecto

Saúde e Violência www.arsalgarve.min-saude.pt/saudeeviolencia/

Segurança Online www.segurancaonline.com/

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras www.sef.pt/portal/v10/PT/asp/page.aspx

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências www.sicad.pt

Sistema Integrado de Informação e Conhecimento www.cig.gov.pt/siic/

Sociedade Portuguesa de Suicidologia www.spsuicidologia.pt/

União de Mulheres Alternativa e Resposta www.umarfeminismos.org/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=5

União Geral de Trabalhadores – Comissão de Mulheres www.ugt.pt/cm/CM.html

Violência e Saúde <http://www.violenciaesaude.com/>

INTERNACIONAIS

Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA) www.osha.europa.eu/pt

American Association of Suicidology www.suicidology.org/

American Foundation for Suicide Prevention www.afsp.org/

Anti-Slavery International www.antislavery.org/english/

Assédio Moral www.assediomoral.org/

Battered Men www.batteredmen.com/

Bullying www.bullying.org

Coalition Against Trafficking in Women www.catwinternational.org/

Coalition to Abolish Slavery and Trafficking www.castla.org/homepage

Comissão Europeia http://ec.europa.eu/index_pt.htm

Conselho da Europa www.coe.int/pt/web/portal/home

Contra a Violência eu dou a cara! www.naovienciacontramulheres.cplp.org/

Daphne Toolkit http://ec.europa.eu/justice_home/daphnetoolkit/html/welcome/dpt_welcome_en.html

Danger Assessment www.dangerassessment.org/

Duluth Model www.theduluthmodel.org/about/index.html

EEA Grants - Mecanismo Financeiro do Espaço Económico Europeu <http://www.eeagrants.gov.pt/>

E-Maria - European Manual on Risk Assessment in the Field of Domestic Violence www.e-maria.eu/

End Sexual Violence www.endsexualviolence.org/

Equality Now www.equalitynow.org

European Council on Refugees and Exiles www.ecre.org/

European Institute for Gender Equality www.eige.europa.eu/

European Network on Gender and Violence www.engv.org/

European Union Agency for Fundamental Rights www.fra.europa.eu/en

European Women's Lobby www.womenlobby.org/about-us/ewl-observatory-on-violence/?lang=en

Europol www.europol.europa.eu/

Gender Violence & Health Centre www.genderviolence.lshtm.ac.uk/

GenSalud – Pan American Health Organization, WHO www1.paho.org/spanish/hdp/hdw/gensalud.htm

Global Alliance Against Traffic in Women www.gaatw.org/

Human Trafficking www.humantrafficking.org/index.cfm

International Association for Suicide Prevention www.iasp.info/

International Center for Migration Policy Development www.icmpd.org/

International Center for the Prevention of Crime <http://www.crime-prevention-intl.org/en/welcome.html>

International Human Rights Law Group www.hrlawgroup.org/about_ihrlg/default.asp

International Labour organization www.ilo.org/global/lang--en/index.htm

International Organization for Adolescents www.iofa.org/

International Organization for Migration www.iom.int/cms/en/sites/iom/home.html

Interpol www.interpol.int/

Intimate Partner Violence Against Older Women www.ipvow.org/en/

Observatorio de Equidad de Género en Salud (Chile) www.observatoriogenerosalud.cl/

Observatorio de la Violencia de Género (Espanha) www.observatorioviolencia.org/

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/home

Organization for Security and Co-operation in Europe www.osce.org/

Rape Crisis England & Wales www.rapecrisis.org.uk/rapeampsexualviolence2.php

Sexual Violence Research Initiative www.svri.org/

Stop Bullying <http://www.stopbullying.gov/>

Suicide Prevention, Awareness, and Support www.suicide.org/

Teach-VIP E-Learning: Formación, Educación y Fomento de la Colaboración en Salud en materia de Prevención de la Violencia y las Lesiones www.teach-vip.edc.org/course/index.php?lang=es_utf8

The National Center for Victims of Crime www.victimsofcrime.org/

The National Child Traumatic Stress Network <http://www.nctsn.org/content/ages-and-developmental-stages-symptoms-exposure>

Trafficking in Human Beings - European Commission www.ec.europa.eu/anti-trafficking/

United Nations www.un.org/en/

United Nations Children's Fund www.unicef.org/

United Nations Children's Fund – Portugal www.unicef.pt/index.php

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization www.en.unesco.org/

United Nations Human Rights www.ohchr.org/EN/HRBodies/CEDAW/Pages/CEDAWIndex.aspx

United Nations Office on Drugs and Crime www.unodc.org/unodc/index.html

United Nations Population Fund www.unfpa.org/gender-equality

United Nations Women www.unwomen.org/en

Victim Support Europe www.victimsupporteurope.eu/

Violence and Injury Prevention Program www.health.utah.gov/vipp/

Violence Prevention www.preventviolence.info/

Violence Prevention Alliance www.who.int/violenceprevention/en/

Violence Prevention - CDC <http://www.cdc.gov/violenceprevention/>

Women Against Violence Europe (WAVE) www.wave-network.org/

World Health Organization - Violence and Injury Prevention www.who.int/violence_injury_prevention/en/

World Health Organization Regional Office for Europe - Violence and Injury Prevention www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries

ANEXOS

- » **ANEXO 1** Formulário de Consentimento Declarado, de forma Livre e Esclarecida
- » **ANEXO 2** Formulário de Denúncia de Crime
- » **ANEXO 3** Formulário de Registo Clínico de Violência
- » **ANEXO 4** Formulário de Cadeia de Custódia
- » **ANEXO 5** Checklist de Exame Físico e Recolha de Vestígios
- » **ANEXO 6** Plano de Segurança para Vítimas de Violência
- » **ANEXO 7** Internamento Compulsivo em Portugal



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DECLARADO DE FORMA LIVRE E ESCLARECIDA (ART. 3.º, LEI N.º 15/2014)

EXAME FÍSICO EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

Nome: Data de nascimento:

Declaro que me foi prestada informação detalhada sobre o exame a ter lugar, bem como ao objetivo do mesmo.

Compreendo que:

1. O exame inclui observação física, e pode englobar obtenção de fotografias e/ou colheita de vestígios, peças de vestuário e/ou amostras biológicas para exames laboratoriais.
2. Em caso de crime público, a partir do exame e após avaliação de risco, será remetido ao Ministério Público um formulário de denúncia de crime a ser usado como meio de prova.
3. Nesse formulário, constam dados pessoais e da situação de violência relevantes para a denúncia. A recolha destes dados pode ser realizada no momento do exame ou posteriormente a este.
4. Se não autorizar a realização do exame, a prova da agressão pode ficar comprometida.
5. Posso retirar o consentimento em qualquer altura da realização do exame ou consentir apenas partes da sua realização.

Mais declaro que:

- ☐ **CONSINTO A REALIZAÇÃO DO EXAME**
- ☐ Exame Físico
 - ☐ Incluindo a região anogenital
 - ☐ Não incluindo a região anogenital
 - ☐ Fotografias
 - ☐ Incluindo a região anogenital
 - ☐ Não incluindo a região anogenital
 - ☐ Colheita de vestígios para exames laboratoriais
 - ☐ Incluindo a região anogenital
 - ☐ Não incluindo a região anogenital
 - ☐ Colheita de peças de vestuário ou outras para exames laboratoriais
 - ☐ Colheita de amostras biológicas para exames laboratoriais
- ☐ **NÃO CONSINTO A REALIZAÇÃO DO EXAME**

Assinatura da vítima ou seu/sua representante legal (pai/mãe/tutor/a ou outro)

Assinatura do/a profissional de saúde que vai realizar o exame

Data: / /

FORMULÁRIO DE DENÚNCIA DE CRIME

Exmo./a Sr./a Procurador/a da República de

Atento o disposto nos artigos 262.º e 264.º e para efeito de denúncia nos termos do disposto no artigo 242.º, n.º 1, b), do Código do Processo Penal, vimos dar notícia do seguinte:

VÍTIMA

Nome

Data Nascimento Nacionalidade

Identificação: N.º Validade

Morada

Contactos

DENUNCIADO/A(S)

Nome

Morada

Contactos

Relação com a vítima: (especificar)

Nome

Morada

Contactos

Relação com a vítima: (especificar)

TESTEMUNHA(S)

Nome

Morada

Contactos

Relação com a vítima: (especificar)

Nome

Morada

Contactos

Relação com a vítima: (especificar)

FACTOS

Dia Hora Local

Descrição dos Factos:

(descrição genérica da violência, incluindo mecanismo; tipo; circunstâncias do evento traumático; sintomatologia e lesões, ciclo da violência, de acordo com informação prestada pela vítima e avaliada pelo/a profissional).

Frequência:

☐ Única ☐ Esporádica ☐ Reiterada (especificar local mais frequente)

ELEMENTO(S) QUE PODEM CONSUBSTANCIAR PROVA

- ☐ Formulário de Registo Clínico de Violência
- ☐ Fotodocumentação
- ☐ Vestígios recolhidos (incluindo Formulário de Cadeia de Custódia)

Nome do Profissional

Serviço/Unidade

Assinatura: Data: / /

FORMULÁRIO DE REGISTO CLÍNICO DE VIOLÊNCIA > ADULTOS

Nº utente:

Nº proc. EPVA:

USF/UCSP do/a Utente:

Nome do/a Médico/a de Família:

ÍNDICE:



IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

IDENTIFICAÇÃO DE TERCEIRO(S) PRESTADOR(ES) DE INFORMAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO/A SUSPEITO/A



AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO VIOLÊNCIA

DESCRIÇÃO DOS FACTOS QUE MOTIVAM A ASSISTÊNCIA

ANTECEDENTES PESSOAIS

ANTECEDENTES FAMILIARES

EXAME FÍSICO

ESTADO EMOCIONAL ATUAL

AVALIAÇÃO DO PROCESSO INTERNO DE MUDANÇA NA VÍTIMA

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE RISCO



HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO



INTERVENÇÕES ANTERIORES

PLANO DE INTERVENÇÃO



SINALIZAÇÃO INTERNA

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Nome completo:

Idade: D.n.: Sexo: Estado civil:

Nacionalidade: Naturalidade:

Identificação: N.º Validade

Escolaridade: Profissão:

Morada:

Localidade: Tel.: E-mail

- Vulnerabilidade particular:
- ☐ Grávida
 - ☐ Pessoa idosa
 - ☐ Dependente (física/mentalmente)
 - ☐ Dependente economicamente do/a suspeito/a
 - ☐ Crianças/dependentes expostas direta ou indiretamente à violência
 - ☐ Migrante
 - ☐ Outro (especificar)

NOTA: Em caso de não entendimento da língua portuguesa, solicitar apoio ao [CNAI](http://www.acidi.gov.pt/) (www.acidi.gov.pt/)

Assegurar que os contactos fornecidos pela vítima não são controlados pelo/a(s) agressor/a(s).

Composição do agregado familiar:

Relação de parentesco	Nome dos dependentes	Idade
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Genograma:

IDENTIFICAÇÃO DE TERCEIRO/A(S) PRESTADOR/A(S) DE INFORMAÇÃO

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

NOTA: Mais do que dois/duas prestadores/as de informação, preencher em Notas

NOTA: Para mais prestador/a(s) de informação, preencher novos campos no final do documento (pág. 18)

IDENTIFICAÇÃO DO/A(S) SUSPEITO/A(S)

Nome completo:

Idade: D. Nascimento: Sexo: Estado civil:

Nacionalidade: Naturalidade:

Escolaridade: Profissão:

Morada:

Localidade: Contactos:

NOTA: Para mais suspeito/a(s), preencher novos campos no final do documento (pág. 19)

Situações específicas:

☐ Abuso/Dependência de substâncias ☐ Álcool
☐ Drogas
☐ Outras substâncias (especificar)

☐ Comportamentos delinquentes

☐ Práticas abusivas prévias ☐ a Familiares
☐ a Desconhecidos

☐ Patologia psiquiátrica

☐ ITS's

☐ Outras (especificar)

Relação com a vítima: (especificar)

AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Tipologia/natureza:

Data início:

Intensidade (na percepção da vítima):

- | | | |
|---|----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Física | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Sem gravidade <input type="radio"/> Pouco grave <input type="radio"/> Grave <input type="radio"/> Muito grave |
| <input type="checkbox"/> Psicológica | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Sem gravidade <input type="radio"/> Pouco grave <input type="radio"/> Grave <input type="radio"/> Muito grave |
| <input type="checkbox"/> Sexual | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Sem gravidade <input type="radio"/> Pouco grave <input type="radio"/> Grave <input type="radio"/> Muito grave |
| <small>NOTA: Sexual: Não esquecer de preencher "Tipo de Práticas" na Pág. 16.</small> | | |
| <input type="checkbox"/> Negligência/privação | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Sem gravidade <input type="radio"/> Pouco grave <input type="radio"/> Grave <input type="radio"/> Muito grave |
| <input type="checkbox"/> Autodirigida | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Sem gravidade <input type="radio"/> Pouco grave <input type="radio"/> Grave <input type="radio"/> Muito grave |
| <input type="checkbox"/> Outra | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Sem gravidade <input type="radio"/> Pouco grave <input type="radio"/> Grave <input type="radio"/> Muito grave |

Situações específicas:

- ☐ Violência Doméstica — ☐ Relações de intimidade ☐ Relações familiares ☐ Violência vicariante
- ☐ Violência de Género
- ☐ Tráfico de Seres Humanos
- ☐ Institucional ☐ Laboral
- ☐ Bullying ☐ Cyberbullying
- ☐ Stalking ☐ Grooming
- ☐ Mutilação Genital Feminina ☐ Clitoridectomia ☐ Excisão ☐ Infibulação ☐ Outras
- ☐ Violência Discriminatória (especificar)

NOTA: Especificar subtipo, quando aplicável.

Exemplo: Etnia, identidade de género, orientação sexual

Frequência:

- ☐ Única ☐ Episódica ☐ Continuada (especificar local mais frequente)

Recurso a agentes (especificar):

- ☐ Mecânicos ☐ Contundentes ☐ Cortantes ☐ Perfurantes
- ☐ Fogo e explosivos
- ☐ Físicos ☐ Térmicos - calor e frio ☐ Elétricos ☐ Radiações
- ☐ Químicos ☐ Substâncias cáusticas e corrosivas ☐ Tóxicas
- ☐ Tecnológicos ☐ Filme ☐ Fotografia ☐ Outro

FACTOS QUE MOTIVAM A ASSISTÊNCIA

Nota: (descrição genérica da violência, incluindo mecanismo; tipo; circunstâncias do evento traumático; sintomatologia e lesões, ciclo da violência, de acordo com informação prestada pela vítima).

Dia Hora Local

Descrição dos Factos:

ANTECEDENTES PESSOAIS

(Com base na informação da vítima ou do/a seu/sua acompanhante e/ou em registos clínicos, indicando-se a respetiva fonte)

☐ Patologia psiquiátrica (especificar)

☐ Abuso/Dependência de substâncias — ☐ Álcool
☐ Drogas
☐ Psicofármacos
☐ Outras (especificar)

☐ Historial de violência prévia — ☐ Infância — ☐ Vítima
☐ Idade adulta — ☐ Perpetrador/a
☐ Vítima
☐ Perpetrador/a

☐ Outras consequências da vitimação (médicas, sono, alimentação, etc.)

ANTECEDENTES FAMILIARES

(Com base na informação da vítima ou do/a seu/sua acompanhante e/ou em registos clínicos, indicando-se a respetiva fonte)

☐ Patologia psiquiátrica (especificar)

☐ Abuso/Dependência de substâncias — ☐ Álcool
☐ Drogas
☐ Psicofármacos
☐ Outras (especificar)

☐ Historial de violência prévia em familiares (infância e/ou idade adulta)

☐ Violência intrafamiliar (tipo, data de início, frequência, gravidade, duração, consequências, envolvimento de cada membro da família e medidas tomadas)

EXAME FÍSICO > ESTADO GERAL

Assinalar a localização com números e descrever no espaço abaixo.

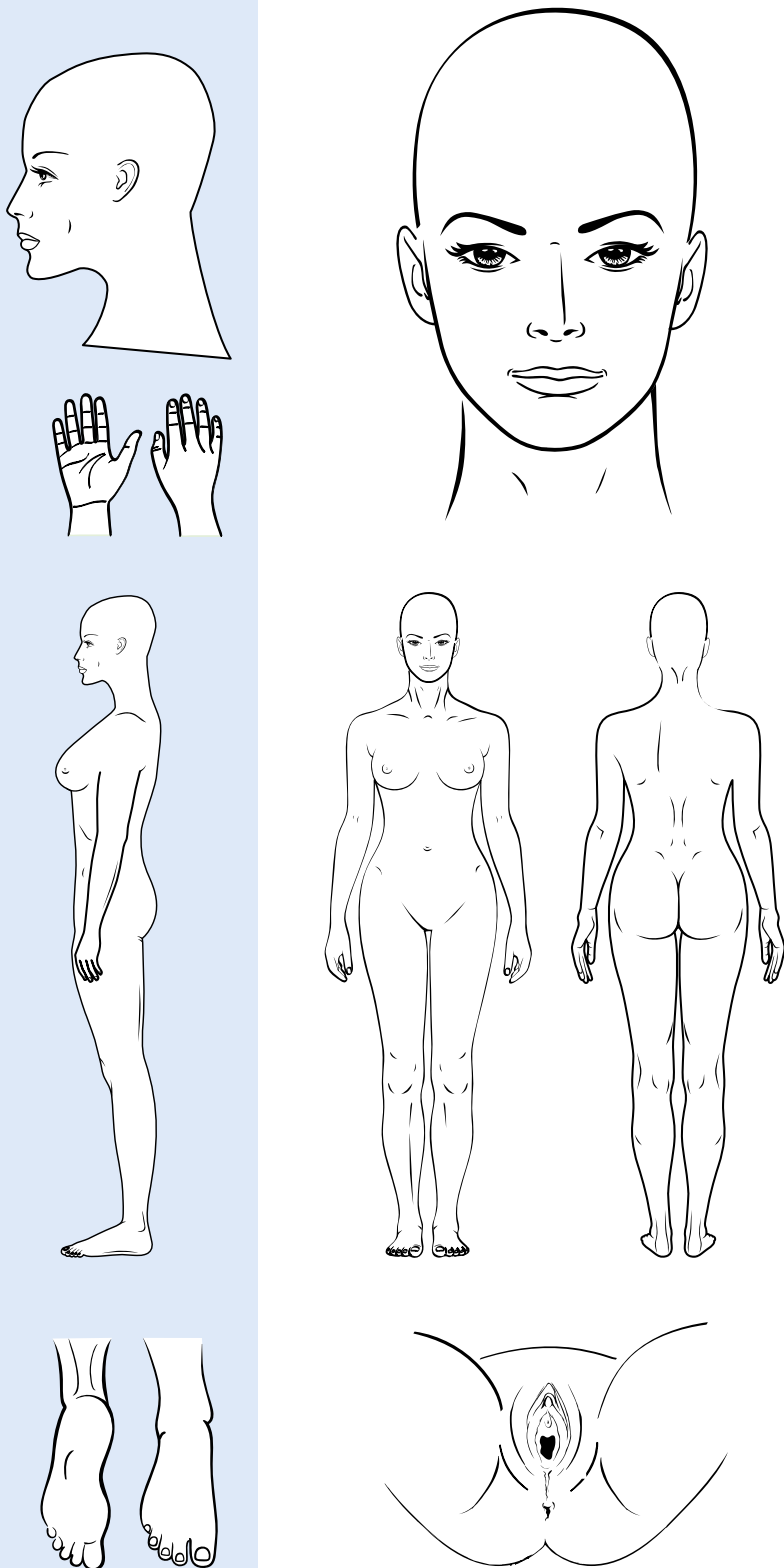
Selecionar a(s) figura(s) que melhor se adequa(m) à morfologia da vítima.

Se a situação clínica o permitir, fotografar antes da prestação de cuidados de saúde, colheita de vestígios e exame físico.

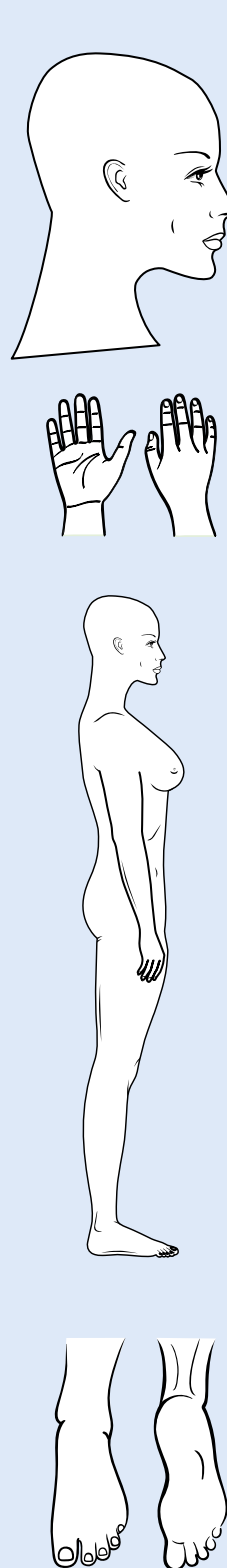
- > Fotografar de diferentes ângulos (corpo inteiro e planos próximos)
- > Usar objetos (réguas/moedas) como escalas de tamanho de lesões
- > Identificar as fotos com o n.º do contacto, sem indicar nome/n.º de utente.

Antes do exame, assegurar preenchimento do Formulário de Consentimento Informado, livre e esclarecido do/a utente, em anexo.

LADO DIREITO



LADO ESQUERDO



EXAME FÍSICO > ESTADO GERAL

Assinalar a localização com números e descrever no espaço abaixo.

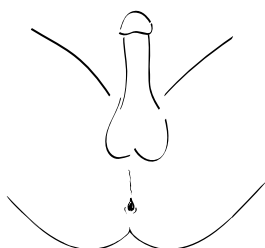
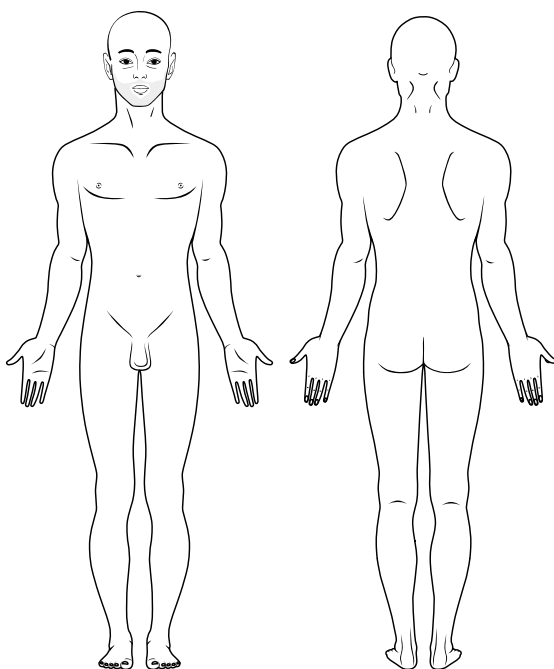
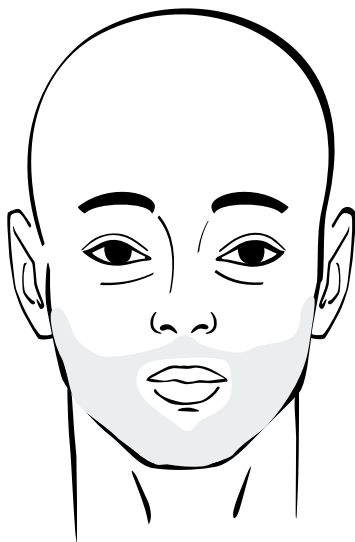
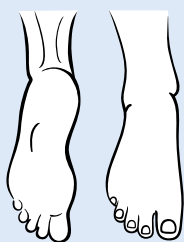
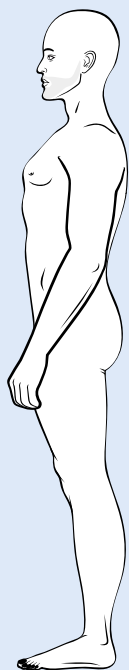
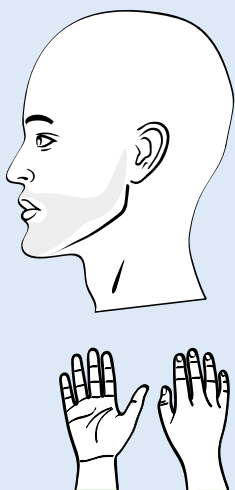
Selecionar a(s) figura(s) que melhor se adequa(m) à morfologia da vítima.

Se a situação clínica o permitir, fotografar antes da prestação de cuidados de saúde, colheita de vestígios e exame físico.

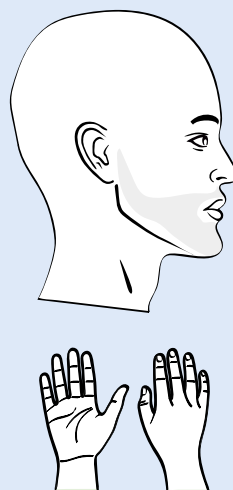
- > Fotografar de diferentes ângulos (corpo inteiro e planos próximos)
- > Usar objetos (réguas/moedas) como escalas de tamanho de lesões
- > Identificar as fotos com o n.º do contacto, sem indicar nome/n.º de utente.

Antes do exame, assegurar preenchimento do Formulário de Consentimento Informado, livre e esclarecido do/a utente, em anexo.

LADO DIREITO



LADO ESQUERDO



Descrição das lesões

Fazer referência a eventuais alterações encontradas resultantes de um estado anterior (cicatrices, tatuagens, marcas de nascença).

Forma/bordos/cor/dimensão/estruturas circundantes/direção-orientação/conteúdo/gravidade/mecanismo/tempo aproximado desde a sua produção/ adequação ao relato – mecanismo e data.

Nº	Localização	Tipo de lesão	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de lesão: avulsão dentária; luxação/fratura dentária; edema; ferida incisa/contusa; mordedura; equimose; fratura; escoriação; hematoma; queimadura; abrasão; corte; alopecia; lesão – ocular, otológica, genital; dor à palpação; cicatriz; etc.

Se a situação clínica o permitir, fotografar antes da prestação de cuidados de saúde, colheita de vestígios e exame físico.

- > Fotografar de diferentes ângulos (corpo inteiro e planos próximos)
- > Usar objetos (régua/moedas) como escalas de tamanho de lesões
- > Identificar as fotos com o nº do contacto, sem indicar nome/nº de utente.

☐ Registo fotográfico de lesões

- ☐ Colheitas
- ☐ Vestígios
- ☐ Peças de vestuário ou outras

☐ Amostras biológicas

☐ Presença de pessoa de confiança da vítima durante o exame

ESTADO EMOCIONAL ATUAL

Descrição geral

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedade/Medo | <input type="checkbox"/> Labilidade | <input type="checkbox"/> Agitação | <input type="checkbox"/> Desorientação |
| <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Apatia | <input type="checkbox"/> Confusão mental | <input type="checkbox"/> Ideação suicida |

AVALIAÇÃO DO PROCESSO INTERNO DE MUDANÇA NA VÍTIMA

- 1 ☐ Ausência de consciência da situação de violência ou negação da mesma.
- 2 ☐ Inicia tomada de consciência da situação de violência em que vive, contudo não sente que esta possa mudar ou que possa intervir para a mudança.
- 3 ☐ Começa a pensar que não pode continuar a viver na situação presente, mas não sabe como mudar. Analisa prós e contras para a mudança que, contudo, não planeia realizar.
- 4 ☐ Iniciou algumas mudanças e planeia a rutura da situação, embora tenha sentimentos ambivalentes entre autoconfiança e insegurança ou medo de enfrentar o futuro.
- 5 ☐ O percurso de saída da situação de violência não é linear, pelo que pode haver momentos de abandono e retrocessos até conseguir consolidar e manter a sua autodeterminação.
- 6 ☐ Consolidado o processo de mudança, planeia novos projetos de vida.

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE RISCO

1

☐ Presença de indicadores de **RISCO**, avaliado em conjunto com a vítima:

- ☐ Ameaça ou uso de armas
- ☐ Ameaças ou tentativa de homicídio à vítima ou figuras significativas
- ☐ Ameaças ou tentativa de suicídio por parte da vítima
- ☐ Maus tratos e crianças e jovens ou outros elementos da família
- ☐ Lesões graves em incidentes anteriores
- ☐ Ameaça ou abandono da relação por parte da vítima (conflitos, separação/divórcio)
- ☐ Ameaças ou assédio/perseguições/stalking (incluindo em caso de separação)
- ☐ Escalada da gravidade, intensidade e frequência da violência
- ☐ Episódios de violência durante a gravidez
- ☐ Prática de sexo forçado com a vítima (incluindo situação de conjugalidade)
- ☐ Manifestação de ciúmes extremos, controlo obsessivo da atividade diária (onde vai, com que está, que dinheiro tem)
- ☐ Morbilidade psiquiátrica/psicopatologia no/a agressor/a
- ☐ Atitudes extremas de dominância e poder: vítima como propriedade
- ☐ Agravamento das estratégias de isolamento
- ☐ Consumo de álcool ou outras substâncias por parte do/a agressor/a
- ☐ Comportamento violento generalizado a outros contextos
- ☐ Diminuição ou ausência de remorso por parte do/a agressor/a
- ☐ Historial de crimes do/a agressor/a
- ☐ Violação de ordens judiciais pelo/a agressor/a (liberdade condicional, medidas de coação)

2

NA PRESENÇA DESTE INDICADOR, O RISCO AUMENTA CONSIDERAVELMENTE

☐ Resposta positiva da vítima aos itens de perceção de perigo:

- ☐ Sentimento de insegurança
- ☐ Receio em voltar para casa / contexto onde ocorreu a situação de violência
- ☐ Existência de perigo para os filhos
- ☐ Presença do/a agressor/a em localização próxima
- ☐ Desconhecimento da situação por familiares e/ou amigos
- ☐ Fraco apoio da rede de suporte familiar ou social

3

☐ Diagnóstico de **PERIGO IMINENTE**

(possibilidade de sofrer um episódio iminente de violência com perigo para a vida da vítima e/ou das suas figuras significativas), fundamentada na entrevista, perceção da vítima, avaliação biopsicossocial e exame físico.

HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO

☐ Suspeita de violência



Protocolo 1

Ver pág. 191

☐ Confirmação de violência
Situação de Risco



Protocolo 2

Ver pág. 192

☐ Confirmação de violência
Situação de Perigo



Protocolo 3

Ver pág. 193

INTERVENÇÕES ANTERIORES

INTERVENÇÃO ANTERIOR NO ÂMBITO DA SAÚDE:

☐ Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Médica.

(especificar)

☐ Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Não Médica:

☐ Enfermagem

☐ Psicologia

☐ Serviço Social

☐ Outra

☐ Tratamento de lesões (especificar tipo)

☐ Recorrência anterior aos serviços de saúde devido a violência

☐ Episódio(s) de Urgência

☐ Episódio(s) de Internamento

☐ Contacto com a Linha de Saúde 24

☐ Se crianças no agregado, intervenção pelo NACJR/NHACJR.

Número do processo

Equipa

INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ARTICULAÇÃO COM OUTRAS ENTIDADES:

☐ Apoio pela rede de suporte familiar/social

Pessoa de ref.^a

Contactos

☐ Apoio por ONG/IPSS: ☐ APAV ☐ AMCV ☐ UMAR ☐ NAV

☐ Outra

☐ Apoio pelo Serviço Local ISS, IP (especificar concelho)

☐ Apoio pela RAPVT

☐ Apoio pelo Protocolo RSI

☐ Apoio pelo Banco Alimentar

☐ Linha de Emergência Social 144

☐ Outras linhas de apoio telefónico

☐ Acolhimento em Casa de Abrigo

☐ Intervenção pela CPCJ (em caso de crianças presenciarem violência)

☐ Queixa/denúncia anterior (especificar nº processo)

☐ GNR

☐ PSP

☐ PJ

☐ Ministério Público

☐ Avaliação Forense INMLCF, IP

☐ Medidas judiciais

☐ Afastamento do/a agressor/a

☐ Meios técnicos de controlo à distância (vigilância eletrónica)

☐ Serviço de teleassistência

☐ Intervenção pela DGRS

☐ Sinalização para Observatório(s)

☐ Observatório do Tráfico de Seres Humanos (<http://www.otsh.mai.gov.pt/>)

☐ Observatório de Violência contra Profissionais de Saúde
(<http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia-formulario-novo.aspx>)

☐ Outro (especificar)

☐ Outra (especificar)

PLANO DE INTERVENÇÃO

PROTOCOLO ACIONADO:

☐ Protocolo 1 – Suspeita

☐ Protocolo 2 - Risco

☐ Protocolo 3 - Perigo

☐ Elaboração/disponibilização de Plano de Segurança à vítima (anexo).

INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE

☐ Tratamento de lesões (especificar tipo)

☐ Prescrição de ECD (especificar)

☐ Prescrição de Medicação Especificar:

☐ Encaminhamento Serviço Urgência

☐ Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Médica
(especificar)

☐ Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Não Médica:

☐ Enfermagem ☐ Psicologia ☐ Serviço Social ☐ Outra

☐ Internamento. Especificar:

☐ Contacto com a Linha de Saúde 24

☐ Se crianças no agregado, intervenção pelo NACJR/NHACJR

Número do processo Equipa

VIOLÊNCIA SEXUAL

☐ Teste de gravidez

☐ Contraceção de emergência (até 5 dias após agressão)

☐ Interrupção da gravidez

☐ Despiste de ITS/VIH/Hepatite B

☐ Profilaxia ITS/VIH (avaliar risco benefício)

INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ARTICULAÇÃO COM OUTRAS ENTIDADES

- ☐ Apoio pela rede de suporte familiar/social
- ☐ Acompanhamento por IPSS: ☐ APAV ☐ AMCV ☐ UMAR ☐ Outra
- ☐ Intervenção pelo Serviço Local ISS, IP. Especificar concelho:
- ☐ Apoio RSI
- ☐ Apoio Banco Alimentar
- ☐ Linha de Emergência Social 144
- ☐ Outras linhas de apoio telefónico
- ☐ Acolhimento em Casa Abrigo
- ☐ Intervenção pela CPCJ
- ☐ Encaminhamento/realização de queixa/denúncia
 - ☐ GNR ☐ PSP ☐ PJ ☐ Ministério Público
- ☐ Avaliação Forense INMLCF
- ☐ Medidas judiciais
 - ☐ Afastamento do/a agressor/a ☐ Meios técnicos de controlo à distância (vigilância eletrónica)
 - ☐ Serviço de teleassistência ☐ Intervenção pela DGRS
- ☐ Sinalização para Observatório(s)
 - ☐ Observatório do Tráfico de Seres Humanos (<http://www.otsh.mai.gov.pt/>)
 - ☐ Observatório de Violência contra Profissionais de Saúde (<http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia-formulario-novo.aspx>)
 - ☐ Outro. Especificar:
- ☐ Outra. Especificar

SINALIZAÇÃO INTERNA

EQUIPA DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA EM ADULTOS (EPVA)

- ☐ Apenas sinalização (casuística)
- ☐ Consultadoria
- ☐ Intervenção N° proc.

NÚCLEO DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (NACJR)/ NÚCLEO HOSPITALAR DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (N(H)ACJR)

- ☐ Apenas sinalização
- ☐ Consultadoria
- ☐ Intervenção N° proc.

Nome Profissional(is)

Serviço/Unidade

Assinatura

Data

Adaptado de: INMLCF, IP

GESTOR DE CASO

Nome

Entidade

EM CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL > TIPO DE PRÁTICA(S):

**Relativamente à vítima,
o/a suspeito/a(s):**

☐ CONTACTO ORAL

- ☐ Beijou/lambeu
- ☐ Mordeu
- ☐ Contactou os genitais com a boca
- ☐ Contactou a região anal com a boca
- ☐ Ejaculou na boca

☐ CONTACTO GENITAL

- ☐ Contactou com os dedos/mão nos genitais
- ☐ Penetrou com os dedos na vagina
- ☐ Contactou com um objeto nos genitais
- ☐ Penetrou com um objeto na vagina
- ☐ Contactou com o pénis na vulva
- ☐ Ejaculou na vulva
- ☐ Penetrou com o pénis na vagina
- ☐ Ejaculou na vagina

☐ CONTACTO ANAL

- ☐ Contactou com os dedos/mão na região anal
- ☐ Penetrou com os dedos no ânus
- ☐ Contactou com um objeto na região anal
- ☐ Penetrou com um objeto no ânus
- ☐ Contactou com o pénis na região perianal
- ☐ Ejaculou na região perianal
- ☐ Penetrou com o pénis no ânus
- ☐ Ejaculou no ânus

**Relativamente ao/à(s) suspeito/a(s),
a vítima:**

☐ CONTACTO ORAL

- ☐ Foi obrigada a beijar/lamber
- ☐ Mordeu
- ☐ Foi obrigada a contactar os genitais com a boca
- ☐ Foi obrigada a contactar com a região perianal

☐ CONTACTO GENITAL

- ☐ Foi obrigada a contactar com o pénis nos genitais
- ☐ Foi obrigada a penetrar com o pénis na vagina

☐ CONTACTO ANAL

- ☐ Foi obrigada a contactar com o pénis na região perianal
- ☐ Foi obrigada a penetrar com o pénis no ânus

DURANTE A AGRESSÃO

- ☐ Utilização de preservativo
- ☐ Utilização de gel contraceptivo, espuma ou lubrificante (especificar substância e local)
- ☐ Ejaculação na roupa ou qualquer outra parte do corpo
- ☐ Outros vestígios orgânicos na roupa ou qualquer outra parte do corpo

EM CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL (CONT.)

COMPORTAMENTO DA VÍTIMA APÓS ALEGADA AGRESSÃO SEXUAL

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lavou uma parte do corpo | <input type="checkbox"/> Fumou |
| <input type="checkbox"/> Tomou banho | <input type="checkbox"/> Mascou pastilha elástica |
| <input type="checkbox"/> Fez irrigação vaginal | <input type="checkbox"/> Mudou de roupa. Especificar que peças e local onde se encontram: |
| <input type="checkbox"/> Penteou, lavou, cortou ou pintou o cabelo | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Limpou as unhas | <input type="checkbox"/> Destruiu alguma peça de roupa |
| <input type="checkbox"/> Cortou as unhas | <input type="checkbox"/> Mudou de artigo sanitário de higiene pessoal |
| <input type="checkbox"/> Urinou | <input type="checkbox"/> Correu ou fez alguma atividade desportiva ou similar |
| <input type="checkbox"/> Defecou | <input type="checkbox"/> Teve outros contactos sexuais posteriores |
| <input type="checkbox"/> Comeu | <input type="checkbox"/> Menstruou depois da agressão |
| <input type="checkbox"/> Bebeu | <input type="checkbox"/> Tomou medicação |
| <input type="checkbox"/> Vomitou | <input type="checkbox"/> Foi submetida/o a alguma consulta ou tratamento médico |

OUTROS DADOS NA MULHER

- | | | | |
|---|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Idade da menarca | <input type="text"/> | Data última menstruação | <input type="text"/> |
| Idade da coitarca | <input type="text"/> | Duração ciclo menstrual | <input type="text"/> |
| Nº de gravidez(es) | <input type="text"/> | Complicações gravidez(es) | <input type="text"/> |
| Nº e tipo de parto(s) | <input type="text"/> | | |
| Nº e motivo de abortamento(s) | <input type="text"/> | | |
| Métodos contraceptivos | <input type="text"/> | | |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes cirúrgicos | | | |
| <input type="checkbox"/> Menstruação da vítima na data da colheita | | | |
| <input type="checkbox"/> Infecções de transmissão sexual | | | |
| <input type="checkbox"/> Contato sexual consentido até 5 dias antes do evento | | | |

IDENTIFICAÇÃO DE TERCEIRO/A(S) PRESTADOR/A(S) DE INFORMAÇÃO

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

IDENTIFICAÇÃO DO/A(S) SUSPEITO/A(S)

Nome completo:

Idade: D.n.: Sexo: Estado civil:

Nacionalidade: Naturalidade:

Escolaridade: Profissão:

Morada:

Localidade: Contactos:

Situações específicas:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abuso/Dependência de substâncias | <input type="checkbox"/> Álcool |
| | <input type="checkbox"/> Drogas |
| | <input type="checkbox"/> Outras substâncias (especificar) <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Comportamentos delinquentes | |
| <input type="checkbox"/> Práticas abusivas prévias | <input type="checkbox"/> a Familiares |
| | <input type="checkbox"/> a Desconhecidos |
| <input type="checkbox"/> Patologia psiquiátrica | |
| <input type="checkbox"/> ITS's | |
| <input type="checkbox"/> Outras (especificar) <input type="text"/> | |

Relação com a vítima: (especificar)

FORMULÁRIO DE CADEIA DE CUSTÓDIA

VESTÍGIOS RECOLHIDOS NO ÂMBITO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

Local da colheita (serviço/unidade)

Data da colheita Hora N° Proc. (n° cont. episódio ou n° proc. EPVA)

Nome do/a profissional responsável pela colheita

Assinatura do/a profissional responsável pela colheita

O/a profissional de saúde procedeu à(s) colheita(s) devidamente identificada(s):

N° zaragatoas N° fotos N° outras colheitas (especificar)

AMOSTRA(S) ENTREGUE(S) POR:

Nome Assinatura

Serviço/Unidade

AMOSTRA(S) RECEBIDA(S) POR:

Nome Assinatura

Serviço/Unidade

Local Data Hora :

AMOSTRA(S) ENTREGUE(S) POR:

Nome Assinatura

Serviço/Unidade

AMOSTRA(S) RECEBIDA(S) POR:

Nome Assinatura

Serviço/Unidade

Local Data Hora :

AMOSTRA(S) ENTREGUE(S) POR:

Nome Assinatura

Serviço/Unidade

AMOSTRA(S) RECEBIDA(S) POR:

Nome Assinatura

Serviço/Unidade

Local Data Hora :

CHECKLIST

ETAPAS DO EXAME FÍSICO, RECOLHA DE VESTÍGIOS E FOTODOCUMENTAÇÃO

NOTA: Os passos e procedimentos indicados são meramente de orientação e não obrigatórios, devendo ser adaptados ao caso concreto.

☐ PASSO 1: Zaragatoas periorais e exame da face

- ☐ Colocar luvas
- ☐ Realizar Inspeção inicial
- ☐ Fotografar com e sem escala
- ☐ Efetuar 1 ou 2 zaragatoas
- ☐ Secar zaragatoas
- ☐ Colher outros eventuais vestígios
- ☐ Embalar vestígios separadamente
- ☐ Concluir exame físico caracterizando e descrevendo os achados
- ☐ Anotar procedimentos posteriores à alegada agressão sexual que possam ter destruído vestígios

☐ PASSO 2: Zaragatoas orais e exame da região oral

- ☐ Mudar de luvas
- ☐ Realizar Inspeção inicial
- ☐ Preservar de pastilha elástica ou outro
- ☐ Fotografar com e sem escala
- ☐ Efetuar 1 ou 2 zaragatoas
- ☐ Secar zaragatoas
- ☐ Recolher outros eventuais vestígios
- ☐ Embalar vestígios separadamente
- ☐ Concluir exame físico caracterizando e descrevendo os achados
- ☐ Anotar procedimentos posteriores à alegada agressão sexual que possam ter destruído vestígios

☐ PASSO 3: Recolha de amostras de referência na cavidade oral *

- ☐ Lavar vigorosamente a boca
- ☐ Efetuar 2 zaragatoas
- ☐ Secar zaragatoas
- ☐ Recolher eventuais manchas de sangue
- ☐ Recolher vestígios de cabelos ou pelos
- ☐ Embalar amostras separadamente

☐ PASSO 4: Recolha de vestígios no cabelo e exame do couro cabeludo

- ☐ Mudar de luvas
- ☐ Realizar Inspeção inicial
- ☐ Fotografia com e sem escala
- ☐ Corte de madeixas de cabelo
- ☐ Penteado
- ☐ Recolher outros eventuais vestígios
- ☐ Embalar vestígios separadamente
- ☐ Concluir exame físico caracterizando e descrevendo os achados
- ☐ Anotar procedimentos posteriores à alegada agressão sexual que possam ter destruído vestígios

☐ PASSO 5: Zaragatoas subungueais e exame das mãos

- ☐ Mudar de luvas
- ☐ Realizar Inspeção inicial
- ☐ Fotografar com e sem escala
- ☐ Efetuar 1 Zaragatoa por mão
- ☐ Secar zaragatoas
- ☐ Recolher outros eventuais vestígios
- ☐ Embalar vestígios separadamente
- ☐ Concluir exame físico caracterizando e descrevendo os achados
- ☐ Anotar procedimentos posteriores à alegada agressão sexual que possam ter destruído vestígios

☐ PASSO 6: Recolha de peças de roupa, artigos sanitários e outros artigos

- ☐ Fotografar (plano geral)
- ☐ Mudar de luvas
- ☐ Despir sobre papel de captação ou lençol branco
- ☐ Seleccionar peças de roupa e assinalar vestígios
- ☐ Fotografar com e sem escala
- ☐ Recolher absorventes de higiene pessoal
- ☐ Secar peças e absorventes (ou congelar)
- ☐ Embalar peças e absorventes separadamente
- ☐ Embalar papel de captação ou lençol

☐ PASSO 7: Zaragatoas da superfície corporal em geral e respectivo exame

- ☐ Mudar de luvas
- ☐ Realizar Inspeção inicial
- ☐ Fotografar com e sem escala
- ☐ Efetuar 1 ou 2 zaragatoas
- ☐ Secar zaragatoas
- ☐ Recolher outros eventuais vestígios
- ☐ Embalar vestígios separadamente
- ☐ Concluir exame físico caracterizando e descrevendo os achados
- ☐ Anotar procedimentos posteriores à alegada agressão sexual que possam ter destruído vestígios

☐ PASSO 8: Zaragatoas anais externas e exame da região perianal e anal externa

- ☐ Mudar de luvas
- ☐ Posicionar a vítima
- ☐ Realizar inspeção inicial
- ☐ Efetuar manobra de separação das nádegas ou teste da tração lateral das nádegas
- ☐ Fotografar com e sem escala
- ☐ Efetuar 1 ou 2 zaragatoas externas
- ☐ Secar zaragatoas
- ☐ Recolher outros eventuais vestígios
- ☐ Embalar vestígios separadamente
- ☐ Concluir exame físico caracterizando e descrevendo os achados
- ☐ Anotar procedimentos posteriores à alegada agressão sexual que possam ter destruído vestígios

☐ PASSO 9: Zaragatoas anorretais e exame anorretal

- ☐ Efetuar 1 ou 2 zaragatoas internas
- ☐ Proceder à introdução de anuscópio, inspeção e fotografia
- ☐ Efetuar 1 ou 2 zaragatoas através de anuscópio
- ☐ Efetuar 1 ou 2 zaragatoas da superfície externa do anuscópio
- ☐ Efetuar Toque retal
- ☐ Secar zaragatoas
- ☐ Recolher outros eventuais vestígios
- ☐ Embalar vestígios separadamente
- ☐ Concluir exame físico caracterizando e descrevendo os achados
- ☐ Anotar procedimentos posteriores à alegada agressão sexual que possam ter destruído vestígios

☐ PASSO 10: Recolha de vestígios de pelos púbicos

- ☐ Mudar de luvas
- ☐ Realizar Inspeção inicial
- ☐ Fotografar com e sem escala
- ☐ Efetuar Corte de pelos
- ☐ Pentear
- ☐ Recolher outros eventuais vestígios
- ☐ Embalar vestígios separadamente
- ☐ Concluir exame físico caracterizando e descrevendo os achados
- ☐ Anotar procedimentos posteriores à alegada agressão sexual que possam ter destruído vestígios

☐ PASSO 11: Zaragatoas genitais externas e exame genital externo

- ☐ Mudar de luvas
- ☐ Posicionar a vítima (usar 2 posições no caso do sexo feminino)
- ☐ Realizar Inspeção inicial
- ☐ Recolher eventual preservativo deixado na vagina
- ☐ Técnica da separação labial, estiramento da fúrcula posterior e técnica da tração labial
- ☐ Fotografar
- ☐ Efetuar 1 ou 2 zaragatoas dos genitais externos
- ☐ Secar zaragatoas
- ☐ Recolher outros eventuais vestígios
- ☐ Embalar vestígios separadamente
- ☐ Concluir exame físico caracterizando e descrevendo os achados
- ☐ Anotar procedimentos posteriores à alegada agressão sexual que possam ter destruído vestígios

☐ **PASSO 12: Zaragatoas vaginais e do orifício externo do colo do útero / zaragatoas penianas e exame da respectiva região**

- ☐ Efetuar 1 ou 2 zaragatoas internas durante a abertura do hímen/ou 2 zaragatoas do pénis
- ☐ Proceder a Introdução de espéculo, inspecção e fotografia
- ☐ Efetuar 2 ou 4 zaragatoas nos fundos dos sacos vaginais e 2 no orifício do colo do útero através de espéculo
- ☐ 1 ou 2 zaragatoas da superfície externa do espéculo
- ☐ Secar zaragatoas
- ☐ Efetuar Lavagem vaginal
- ☐ Recolher outros eventuais vestígios
- ☐ Embalar vestígios separadamente
- ☐ Concluir exame físico caracterizando e descrevendo os achados
- ☐ Anotar procedimentos posteriores à alegada agressão sexual que possam ter destruído vestígios

☐ **Preencher Formulário de Registo Clínico de Violência**

☐ **Preencher Formulário de Cadeia de Custódia**

☐ **Incluir todas as embalagens, excepto roupa no Kit**

☐ *** OUTRAS AMOSTRAS DE REFERÊNCIA:**

- ☐ Mancha de sangue
- ☐ Sangue em tubo
- ☐ Cabelos
- ☐ Pelos púbicos

Adaptado de: INMLCF, IP

A SUA PROTEÇÃO



Promova a sua segurança
e a do/a(s) seus filho/a(s) e dependente(s)

- Evite o confronto. Em caso grave, não discuta até estar fora de perigo.
- Se a violência física for inevitável, enrole-se sobre si mesma/o com o rosto entre os joelhos e proteja a cabeça com os braços e as mãos entrelaçadas.
- Desloque-se para um espaço da casa que permita uma rápida saída para o exterior; tente afastar-se de locais como a casa de banho e a cozinha.
- Tente não usar lenços ou jóias que possam ser usadas para a estrangular.
- Procure afastar as crianças do local (ex. utilize um código para que saibam pedir ajuda e/ou abandonar a casa).
- Não fuja para onde as crianças estão pois o/a agressor/a pode feri-las também.
- Faça o maior barulho possível para que os/as vizinhos/as saibam que está em perigo e possam pedir ajuda (ex. grite, ligue o sistema de alarme).
- Mantenha armas como pistolas e facas fechadas e tão inacessíveis quanto possível.
- Tenha o hábito de deixar o carro de modo que o possa usar rapidamente em caso de necessidade (ex. tenha as chaves sempre à mão e o depósito com combustível).
- Crie um conjunto de razões plausíveis para sair de casa em diferentes momentos ao longo do dia e da noite.
- Peça protecção em casa de vizinhos/as ou familiares que conheçam a situação. Em caso de não ter um local seguro para onde ir, contacte as Linhas Nacionais: **Emergência 112** ou Emergência **Social 144**.
- Tenha sempre o telemóvel ligado e com estes números fáceis de aceder.
- Dirija-se ao Serviço de Urgência, mesmo que não apresente sinais externos de agressão pois pode ter lesões internas. Os registos clínicos podem fazer prova em tribunal.
- Apresente denúncia na **PSP, GNR, Ministério Público** ou **Serviços Médico-Legais (INMLCF, IP)**, salvaguardando primeiro a sua segurança.

**Se o perigo for iminente, não hesite,
fuja de imediato, sem recolher objetos e pertences**

dobrar pelo picotado



PLANEAR SAÍDA: EM CASO DE PERIGO



- Elabore um plano de saída e decida para onde ir, evitando locais previsíveis.
- Fale com pessoas da sua confiança que a/o possam acolher temporariamente, por exemplo vizinhos/as e combine um “código” ou sinal de aviso em caso de saída.
- Se necessário, peça ajuda à GNR ou PSP para sair de casa.
- Abra uma conta bancária em seu nome com novos contatos.
- No caso de não ter lugar seguro para onde ir, **ligue 144 (24h)**.
- Apague ou elimine o histórico de pesquisa no computador, tablet, telemóvel ou outro equipamento, se a informação possa denunciar plano de saída (ex. acesso a sites de apoio a vítimas)
- Prepare, se possível, uma MALA DE EMERGÊNCIA com os seguintes objectos:



- Documentos de identificação (seus e das crianças):
 - Bilhete de Identidade/Cartões de Cidadão/Passaportes
 - Cartão de Contribuinte
 - Cartão de Segurança Social
 - Boletim de Vacinas e Boletim de Saúde Infantil e Juvenil
 - Carta de Condução e documentos do carro
- Documentação do banco e de seguros
- Documentos do tribunal, escolares, laborais
- Dinheiro e cartões bancários
- Telemóvel e carregador
- Chaves de casa
- Medicamentos seus e da/s criança/s ou dependente/s
- Brinquedos preferidos das crianças
- Livros escolares das crianças
- Roupas, calçado extra e produtos de higiene pessoal para si e para as crianças

- Poderá também deixar esta mala de emergência na casa de alguém da sua confiança.
- Posteriormente, as Forças de Segurança poderão colaborar indo a sua casa buscar os pertences.
- Mantenha um diário com todos os incidentes violentos devidamente datados, incluindo ameaças feitas e algumas evidências da violência física como fotografias de lesões e/ou roupa rasgada.
- Tente não mudar a sua atitude em relação ao/a agressor/a de forma a não levantar suspeitas acerca destes planos.
- Planeie a saída para quando o/a agressor/a não se encontrar por perto, faça-o quando menos se espera, por exemplo, durante os tempos de tranquilidade ou criando uma pista falsa.

CRIANÇAS:



- Não lhes fale antecipadamente dos planos.
- Ensine-as como podem procurar ajuda, combinando um código verbal que assinala qual o momento em que devem procurar ajuda ou sair de casa.
- Ensine-as a não se envolverem na violência entre si e o agressor/a.
- Treine em conjunto como podem sair de casa em segurança.
- Planeie o que fará se as crianças contarem ao/a agressor/a sobre o plano de segurança ou se este/a vier a descobrir por outras vias.
- Explique-lhes que a violência nunca está correta, mesmo quando alguém que amamos está a ser violento. Assegure-lhes de que não são responsáveis pela violência e que quando alguém é violento é importante garantir a segurança.

SEGURANÇA APÓS SAÍDA:



- Em caso de crianças, prepare-as para contactos inesperados, orientando-as sobre o que devem fazer e quem devem contactar.
- No caso de serem levadas pelo/a agressor/a, ensine-as a **ligar 112**.
- Informe os adultos que lidam com as crianças sobre as pessoas autorizadas para as buscar à escola, ATL e outros locais que frequentem.
- Tenha consigo cópia de decisões judiciais que a/o protejam, incluindo as das responsabilidades parentais que deverão ser reguladas logo que possa, após a saída.
- Informe as Forças de Segurança no caso de mudar de residência.
- Se o/a agressor/a violar as medidas judiciais, contacte as Forças de Segurança ou o Ministério Público.
- Instale luzes de segurança no exterior da habitação.
- Não frequente os mesmos locais a que estava habituada/o e que o/a agressor/a conheça.
- Solicite à operadora telefónica, serviços de água, luz, junta de freguesia, entre outros, para que o seu número de telefone não seja identificado em listas e serviços de informação.
- Avise os/as vizinhos/as de que o/a agressor/a já não vive consigo e peça para chamarem as Forças de Segurança se o/a virem a rondar a casa ou ouvirem ruídos estranhos ou sons de luta dentro de casa.
- Mude as fechaduras e número de telefone;
- Mude, se possível, o horário de trabalho e percursos efetuados;
- Mude os percursos das crianças para a escola;

- Mantenha sempre consigo uma cópia autenticada das medidas de proteção judicial;
- Informe os amigos, vizinhos e empregadores das ordens judiciais de restrição em vigor;
- Entregue cópias da ordem judicial aos empregadores, vizinhos e escolas, juntamente com uma fotografia do agressor/a;
- Peça a presença policial sempre que necessário.
- Solicite apoio psicológico e/ou social para si e/ou para os seus filhos.
- Se necessitar, procure grupos de apoio e auto-ajuda e/ou organizações de apoio especializado.

PEÇA APOIO:

Equipas de Prevenção de Violência em Adultos

Núcleos de Apoio à Criança e Jovem em Risco:

Centros de Saúde

Núcleos Hospitalares de Apoio à Criança

e Jovem em Risco: Hospitais

Linha de Saúde 24 (custo chamada local):

808 24 24 24

Linha Nacional de Emergência Social

(gratuito): **144**

Serviço de Informação às Vítimas de Violência

Doméstica (gratuito): **800 202 148**

Contactos e informações úteis:

**NÃO DEIXE ESTE DOCUMENTO
ACESSÍVEL AO/A AGRESSOR/A**

INTERNAMENTO COMPULSIVO EM PORTUGAL – CONTEXTO E PROCEDIMENTOS

MIGUEL XAVIER & ÁLVARO DE CARVALHO

CONTEXTO

Em Portugal o internamento compulsivo está regulamentado pela Lei de Saúde Mental, publicada em 1998 e implementada em Janeiro de 1999 em todo o território nacional. Até aí, esta prática era regulamentada pela Lei n.º 2118 (1963), a qual, ainda que considerada muito avançada para a época em que foi elaborada, se tornou desadequada após a publicação da Constituição da República, em 1976. Com efeito, constituindo o internamento compulsivo uma restrição da liberdade, ainda que com objectivos exclusivamente terapêuticos, a sua legalidade passou a colidir com o direito fundamental da liberdade individual (art. 27º), o qual só podia ser limitado após uma sentença judicial (para acto punível com pena de prisão ou como medida de segurança post-delitual).

Embora regulamentando o internamento compulsivo, a Lei de Saúde Mental foi elaborada com um âmbito mais vasto, estabelecendo os princípios gerais da política de saúde mental a implementar no país: prestação de cuidados na comunidade, opção pelo setting menos restritivo possível, multidisciplinaridade profissional, efetivação dos internamentos em hospitais gerais, desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial na comunidade e estabelecimento de colaboração/parcerias/convénios com participação mista dos ministérios da saúde, da segurança social e do emprego, nomeadamente no que se refere às responsabilidades financeiras.

Estes aspectos foram posteriormente complementados pelo Decreto-Lei 35/99, entretanto republicado pelo Decreto-Lei n.º 304/2009, e mais recentemente por todos os documentos oficiais produzidos na sequência do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.

No que se refere à regulamentação do internamento compulsivo, a lei assume um modelo de tipo judicial¹, no qual a garantia dos direitos fundamentais do indivíduo é colocada em primeiro plano: este aspecto está aliás de acordo com a filosofia geral da

lei, que valoriza a protecção e promoção da saúde mental, com foco particular na prevenção primária, secundária e terciária.

Assim, o internamento compulsivo em Portugal, embora de decisão estritamente clínica, depende sempre da formalização por um tribunal, e só é permitido se (e enquanto) for a única forma de aplicar um tratamento estritamente necessário, devendo ser substituído por regime ambulatorio logo que possível. Nestas circunstâncias, para se efectuar um internamento compulsivo, é necessário que sejam confirmadas determinadas condições ou pressupostos (Lei de Saúde Mental, Art. 12º):

- » “O portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado.”;
- » “Pode ainda ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado”.

A lei não refere em concreto que categorias diagnósticas se incluem dentro do conceito de anomalia psíquica, o que para alguns profissionais pode ser fonte de dificuldade no processo de decisão de internamento, nomeadamente em situações de deficiência intelectual, perturbações da personalidade e perturbações associadas a consumo de substâncias psicoactivas, entre outras. Talvez por isso, a lei tem tido na prática um perfil de aplicação maioritária nas situações de perturbação psicótica em fase de descompensação.

¹ Em concordância com instâncias internacionais, como a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa (Resolução n.º1235,1994).

PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO

Em Portugal o internamento compulsivo pode ser desencadeado de duas maneiras: por **processo comum** ou **através do serviço de urgência**. Embora os princípios subjacentes sejam obviamente os mesmos, existem algumas diferenças entre os dois procedimentos que justificam uma descrição em separado.

O internamento compulsivo **comum**, utilizado em situações em que não existem alterações do comportamento significativas que obriguem ao recurso inevitável a serviços de urgência, está estruturado segundo três passos sequenciais: requerimento, avaliação psiquiátrica e decisão (ver figura 1).

Na Lei de Saúde Mental estão definidos os agentes que podem requerer ao tribunal o internamento compulsivo de um indivíduo (família, autoridades de saúde pública, médico, representante legal,

Ministério Público), incluindo as situações em que é necessário transformar um internamento até aí voluntário em compulsivo (director do departamento/serviço de psiquiatria).

Depois de notificar o doente, a família e o Ministério Público, o juiz nomeia um defensor oficioso e solicita uma avaliação psiquiátrica a dois médicos psiquiatras de um serviço público de psiquiatria da mesma área geográfica do doente (prazo máximo - 15 dias). Uma vez recebido o relatório (prazo máximo - 7 dias), é realizada uma sessão conjunta com todos os intervenientes, devendo ser emitida pelo juiz uma decisão final (prazo máximo - 5 dias).

Caso seja decidido o internamento compulsivo, a admissão é realizada pelo serviço de psiquiatria, se necessário com o apoio da polícia (esta tem apenas poderes de condução ao hospital, mas não de detenção do doente).

FIG.1 - FLUXOGRAMA DE IC EM SITUAÇÕES COMUNS

ARTICULADO LEGAL	RESPONSABILIDADE
» Requerimento (art.13,14)	» Autoridade Saúde, Família, Médico (art.13.2) » Director Clínico (art.13.3)
» 2. Notificação do Internando (art.15) e pedido de avaliação clínico-psiquiátrica (art.16)	» Tribunal
» 3. Avaliação clínico-psiquiátrica (art.17)	» Dois médicos psiquiatras da equipa do sector
» Marcação sessão conjunta (art.18)	» Tribunal
» Sessão conjunta (art.19)	» Tribunal (pode convocar os médicos psiquiatras)
» 6. Decisão judicial (art. 20)	» Tribunal
» 7. Cumprimento (art. 21)	» Tribunal

Nas situações de **urgência** (fig.2), em que as alterações do comportamento são mais exuberantes e se cumprem claramente os pressupostos do art. 12º da Lei de Saúde Mental, o procedimento é ligeiramente diferente: uma vez confirmada na avaliação a necessidade de internamento compulsivo, o médico psiquiatra do Serviço de Urgência faz o requerimento directamente ao tribunal (habitualmente por fax), o qual tem de emitir uma decisão em 48 horas (prazo

máximo para a estadia no hospital sem autorização judicial formal).

Caso o tribunal decida um internamento compulsivo, desencadeia a partir desta fase um processo semelhante ao internamento compulsivo comum, com a ressalva de na 2ª avaliação psiquiátrica não poder participar o médico psiquiatra que admitiu o doente no serviço de urgência.

O internamento compulsivo pode ser efectuado em serviços especializados de saúde mental, de acordo com a área geográfica de residência do doente, mas também pode ocorrer no domicílio dos doentes (em regime designado de tratamento ambulatorio compulsivo).

Não há diferenças na prestação de cuidados aos doentes admitidos voluntariamente ou compulsivamente, que ficam alojados nas mesmas enfermarias, sob o cuidados das mesmas equipas de saúde mental.

Na lei de saúde mental portuguesa não está definida uma duração mínima ou máxima para o internamento compulsivo: uma vez que a filosofia subjacente defende o tratamento no setting menos restritivo possível (de preferência na comunidade), o regime compulsivo é imediatamente suspenso (com comunicação obrigatória ao tribunal) nos casos em que o doente aceita o tratamento voluntário, sendo obrigatória uma revisão judicial em cada dois meses de internamento.

FIG. 2 FLUXOGRAMA DE IC EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA

Articulado legal	Responsabilidade
» Condução do Internando (art.23)	» Autoridades policiais
» Avaliação clínico-psiquiátrica (art.25) » Envio do expediente ao tribunal (fax)	» Médico psiquiatra de serviço à Urgência » Idem
» Confirmação do IC no prazo de 48 horas	» Tribunal
» Tribunal pede notificação do doente, de um familiar e do médico psiquiatra assistente (art. 26.4)	» Médico psiquiatra assistente (Unid. Internamento)
» Tribunal pede nova avaliação clínico-psiquiátrica (art. 27)	» Dois médicos psiquiatras (exceptuando sempre o que promoveu o internamento)
» Substituição por regime voluntário (art.33)	» Médico psiquiatra assistente
» Cessaçao do internamento (art. 34)	» Director Clínico

DIREITOS DAS PESSOAS DOENTES

Os direitos das pessoas doentes estão acautelados a dois níveis distintos: filosofia geral da Lei de Saúde Mental e tipologia dos procedimentos processuais. Do ponto de vista conceptual, ao adoptar um modelo judicial, a lei assume e garante o respeito pelos direitos fundamentais do indivíduo, expressos na Constituição: sendo a liberdade o direito fundamental mais significativo, foi inclusivamente necessário alterar o texto da Constituição (art. 27º) de modo a legalizar a restrição da liberdade nos casos de internamento compulsivo.

Para além da restrição do direito à liberdade, só justificável quando constituir a única forma de implementação do tratamento necessário e adequado, o doente mantém os seus restantes direitos inalterados (e.g., voto, comunicação com a família, advocate e autoridades, envio/recepção de correspondência, receber visitas, culto religioso, confidencialidade).

Nestas circunstâncias, o juiz é não só o responsável pela condução e legitimação do processo de internamento compulsivo, mas também a garantia do respeito pelos direitos fundamentais do indivíduo, à luz da Constituição.

Do ponto de vista dos procedimentos, os direitos dos doentes estão acautelados em todas as fases do processo, i.e., requerimento, avaliação psiquiátrica e decisão:

- » Uma vez requerido o internamento compulsivo, o tribunal fica responsável pela informação/notificação à família e ao Ministério Público, assim como pela nomeação imediata de um defensor oficioso gratuito.
- » O doente é livre de recusar o defensor oficioso gratuito nomeado pelo tribunal, podendo optar por um advogado próprio.

- » O doente tem o direito de estar presente nas sessões e de ser ouvido pelo juiz (excepto quando o seu estado clínico for totalmente impeditivo), podendo sempre recorrer da decisão de internamento compulsivo.
- » A avaliação tem de ser feita por dois psiquiatras: em caso de desacordo, o tribunal não pode decretar o internamento compulsivo, e tem de pedir nova avaliação por dois psiquiatras diferentes.
- » Embora a decisão final pertença ao juiz, este não pode decretar o internamento compulsivo se a opinião médica for contrária.
- » Pelo contrário, o juiz pode recusar o internamento compulsivo sugerido pela avaliação médica nos casos de não cumprimento dos pressupostos necessários ou dos prazos legais.
- » A revisão (recurso) da situação de internamento compulsivo é obrigatória 2 meses depois da admissão no hospital, podendo no entanto ser pedida antes desse prazo pelo doente, familiar, advogado, representante legal e Ministério Público.
- » Após a alta, não permanece qualquer restrição dos direitos fundamentais individuais

REFERÊNCIAS PARA CONSULTA

- » Decreto-Lei 35/99. In: Diário da República, I Série A – n° 30; 5/2/99. Imprensa Nacional, Lisboa.
- » Lei de Saúde Mental n°36/98. In: Diário da República, I Série A – n° 169; 24/7/98. Imprensa Nacional, Lisboa.
- » Centro de Direito Biomédico (Ed.), *A Lei de Saúde Mental e Internamento Compulsivo*. Coimbra Editora, 2000.
- » Barreto I. (2000). A Convenção Europeia dos Direitos do Homem e os Direitos dos Doentes Mentais. *Revista do Hospital Júlio de Matos*, vol.XIII, Maio/Agosto, 109-123.