

Violência Doméstica

Manual de Recursos para a
Rede de Intervenção Integrada
do Distrito de Évora



Coordenadores:

Manuel Lopes
Laurência Gemito
Felicía Pinheiro

FICHA TÉCNICA

Título: Violência Doméstica, Manual de Recursos para a Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora

Coordenadores: Manuel Lopes, Laurência Gemito e Felícia Pinheiro

Edição: Universidade de Évora

ISBN: 978-989-8550-09-5

Depósito Legal:

Tiragem: 500 exemplares

Gráfica: Tecnigraf, S.A.

Data: agosto 2012

MEMBROS DA REDE DE INTERVENÇÃO INTEGRADA DO DISTRITO DE ÉVORA QUE COLABORARAM NA ELABORAÇÃO DESTE MANUAL:

Alberto Magalhães – Psicólogo. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo de Évora – EPE.

Ana Luísa Matias - Socióloga. Núcleo de Atendimento às Vitimas de Violência Doméstica do Distrito de Évora

Ana Rita – Assistente Social. Serviço de Urgência do Hospital do Espírito Santo de Évora – EPE

Anabela David – Técnica Superior, Administração Regional de Saúde do Alentejo

Arlete Espanhol – Enfermeira. ARSA - ACES I, Unidade de Saúde Familiar de Borba

Augusta Barbosa – Psicóloga. Lar de Santa Helena

Aurora Rodrigues – Procuradora da República. Departamento de Investigação e Ação Penal

Carla Capela – Assistente Social. ARSA - ACES II, Centro de Saúde de Montemor-o-Novo

Cláudia Mateus – Assistente Social. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género

Conceição Barata – Médica. Diretora do Serviço de Urgência do Hospital do Espírito Santo de Évora – EPE

Conceição Figueiredo – Chefe Polícia de Segurança Pública

Elsa Machado - Assistente Social. Associação Chão dos Meninos

Fátima Breia – Médica. ARSA - ACES II, Centro de Saúde de Montemor-o-Novo

Florinda Recto – Psicóloga. ARSA - ACES I, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Estremoz (Centro de Saúde de Estremoz)

Ignácia Picellin – Médica. ARSA - ACES I, Unidade de Saúde Familiar de Boba

Joaquim Vivas - Tenente Coronel. Núcleo de Investigação e Apoio a Vítimas Especiais da GNR

Joaquim Pedro – Enfermeiro. Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência do Hospital do Espírito Santo de Évora – EPE

Joaquina Serra – Enfermeira. ARSA - ACES I, Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz (Centro de Saúde de Estremoz)

Liliana Soares – 2ª Sargento. Núcleo de Investigação e Apoio a Vítimas Especiais da GNR

Maria Amélia Vieira – Assistente Social. Interlocutora Distrital para a Violência Doméstica. Centro Distrital de Évora do Instituto de Segurança Social

Maria Beatriz Antunes – Professora. Presidente Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

Maria Clara Rodrigues - Assistente Social. ARSA - ACES I, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Estremoz (Centro de Saúde de Estremoz)

Maria Margarida Alves – Técnica da Direção Regional de Educação do Alentejo

Maria Rosa Borreicho – Oficial da PSP. Polícia de Segurança Pública

Sofia Martelo – Assistente Social. Centro de Respostas Integradas de Évora

Susana Rosado – Assistente Social. Lar de Santa Helena

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CONSIDERAÇÕES CONCEPTUAIS SOBRE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	17
QUADRO LEGAL.....	28
A REDE DE INTERVENÇÃO INTEGRADA DO DISTRITO DE ÉVORA	39
A INTERVENÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	47
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	50
PREVENÇÃO PRIMÁRIA.....	50
DETEÇÃO PRECOCE E INTERVENÇÃO	57
RASTREAMENTO E AVALIAÇÃO DO RISCO	57
INTERVENÇÃO	65
UNIDADES DE SAÚDE DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS QUE INTE- GRAM A RIIDE	73
Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Central II, Centro de Saúde de Montemor-o-Novo.....	73
Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Central I, Centro de Saúde de Estremoz	76
CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES.....	78
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO, EPE.....	79
SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	80
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL.....	92
CENTRO DE RESPOSTAS INTEGRADAS DE ÉVORA	95
INTERVENÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO	99
INTERVENÇÃO DAS FORÇAS DE SEGURANÇA	101
ATUAÇÃO AO NÍVEL DA PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	104

IDENTIFICAÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	105
MODO DE ATUAÇÃO DA GUARDA NACIONAL REPUBLICANA (GNR)	114
MODO DE ATUAÇÃO DA POLÍCIA DE SEGURANÇA PÚBLICA (PSP)	117
INTERVENÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES DE PROTEÇÃO E ACOMPANHA- MENTO	123
CENTRO DISTRITAL DE ÉVORA DO INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL	123
NÚCLEO DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DO DISTRITO DE ÉVORA	126
LAR DE SANTA HELENA.....	132
ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA CHÃO DOS MENINOS	138
COMISSÃO DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS DE ÉVORA - CPCJ.....	144
INDICADORES DE BOAS PRÁTICAS	149
BIBLIOGRAFIA	157
ANEXOS	165
ANEXO I – QUADRO LEGAL E NORMATIVO	166
ANEXO II – AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONA- MENTO DA REDE DE INTERVENÇÃO INTEGRADA DO DISTRITO DE ÉVORA....	174
ANEXO III - <i>ABUSE ASSESSMENT SCREEN</i> (AAS) - VERSÃO PORTUGUESA.....	190
ANEXO IV – GUIA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HESE-EPE.....	192
ANEXO V - RASTREAMENTO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	197
ANEXO VI – AVALIAÇÃO DE RISCO DA GNR E PSP	199

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DA REDE DE INTERVENÇÃO INTEGRADA DO DISTRITO DE ÉVORA	43
FIGURA 2 – ALGORITMO DE RASTREAMENTO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	64
FIGURA 3 – FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO EM VIOLÊNCIA DOMÉSTICA – ACES II – MONTEMOR-O-NOVO	74
FIGURA 4 – FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO REALIZADA JUNTO DA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA - ACES I - CENTRO DE SAÚDE DE ESTREMOZ	78
FIGURA 5 – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO E ENCAMINHAMENTO NO SERVIÇO DE URGÊN- CIA DO HESE-EPE	81
FIGURA 6 – PROTOCOLO DE ROTINA UNIVERSAL DE RASTREAMENTO COMPREENSIVO	85
FIGURA 7 – FLUXOGRAMA DA INTERVENÇÃO REALIZADA JUNTO DA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA PELO DPSM DO HESE EPE	94
FIGURA 8 – FLUXOGRAMA DA INTERVENÇÃO REALIZADA JUNTO DA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E DO AGRESSOR PELO CRI	97
FIGURA 9 – FLUXOGRAMA DA INTERVENÇÃO DO DIAP PERANTE A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	101
FIGURA 10 – FLUXOGRAMA DA INTERVENÇÃO DA GNR PERANTE A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	115
FIGURA 11 – FLUXOGRAMA DA INTERVENÇÃO DA PSP PERANTE A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	119
FIGURA 12 – FLUXOGRAMA DA INTERVENÇÃO DO CENTRO DISTRITAL DE ÉVORA DO ISS PERANTE A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	125
FIGURA 13 – A REDE DE PARCEIROS DO NAV - 2008	126

FIGURA 14 – FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO DO NAV	130
FIGURA 15 - FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO DO LAR DE SANTA HELENA.....	137
FIGURA 16 – FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO EM SITUAÇÃO DE VD, JUNTO DAS VÍTIMAS COM FILHOS MENORES – 1ª LINHA E SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA.....	140
FIGURA 17 - FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO EM SITUAÇÃO DE VD – PEDIDOS ESPECÍFICOS: SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA ENVOLVENDO FILHOS MENORES: ACONSELHAMENTO PARENTAL, ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DOS MENORES E SUPERVISÃO DE VISITA.....	141
FIGURA 18 - FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO EM SITUAÇÃO DE VD – INTERVENÇÃO COM AGRESSORES COM FILHOS MENORES- PEDIDOS ESPECÍFICOS – TERAPIA FAMILIAR.....	143
FIGURA 19 - FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO DA CPCJ – ÉVORA	147

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - AVALIAÇÃO CLÍNICA.....	62
TABELA 2 – GRELHA DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	176

Siglas e Abreviaturas

ACM – Associação Chão dos Meninos

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ADBS – Associação de Desenvolvimento e Bem-Estar Social

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSA – Administração Regional De Saúde do Alentejo

CAFAP – Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental

CDISS – Centro Distrital do Instituto de Segurança Social

CDSS – Centro Distrital de Segurança Social

CIG – Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género

CRI – Centro de Respostas Integradas

CP CJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CPP – Código de Processo Penal

DECO – Associação de Defesa de Consumidores

DGRS – Direção Geral de Reinserção Social

DIAP – Departamento de Investigação e Ação Penal

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

DREA – Direção Regional de Educação do Alentejo

EIC – Esquadras de Investigação Criminal

EIP`S – Equipas de Intervenção Precoce

EPAV – Equipas de Proximidade e Apoio a Vítimas

GML – Gabinete Médico Legal

GNR – Guarda Nacional Republicana

HESE-EPE – Hospital do Espírito Santo, Empresa Pública do Estado

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional

IML – Instituto de Medicina Legal

INML – Instituto Nacional de Medicina Legal

IPA – Instituições de Proteção e Acompanhamento

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

LNES – Linha Nacional de Emergência Social

MP – Ministério Público

NAVE – Núcleo de Atendimento a Vítimas de Violência Doméstica de Évora

NIAVE – Núcleo de Investigação e de Apoio a Vítimas Específicas

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PII – Plano Individual de Intervenção

PJ – Polícia Judiciária

PNCVD – Plano Nacional Contra a Violência Doméstica

POPH – Programa Operacional Potencial Humano

PSP – Polícia de Segurança Pública

RIIDE – Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora

SAP – Serviço de Atendimento Permanente

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SMS – Serviço de Mensagens

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básica

TIC – Tribunal de Instrução Criminal

TSSS – Técnica Superior de Serviço Social

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

VD – Violência Doméstica

INTRODUÇÃO

A violência doméstica tem vindo, cada vez mais, a assumir uma enorme centralidade no debate público. Sinal dessa centralidade crescente traduz-se na ocupação frequente do espaço mediático com notícias quantas vezes escandalosas, se não mesmo chocantes e próprias de filmes de terror.

Todavia, a discussão relativa ao fenómeno da violência doméstica precisa de ultrapassar o ritmo da ocorrência de fenómenos mediáticos e transformar-se numa preocupação diária de toda a sociedade. Mas precisamos, acima de tudo, que se passe do nível da preocupação e da discussão para o da ação. Isto porque a violência doméstica é um fenómeno com uma expressão muito maior do que a que é traduzida no espaço mediático, com repercussões gravíssimas ao nível da saúde das vítimas e com repercussões económicas nada desprezíveis.

Porém, a razão central que nos deve mobilizar para a ação é da ordem dos princípios, quer estes se enunciem ao nível da ética, quer da Declaração Universal dos Direitos Humanos ou outras declarações similares. A condição de humanos obriga-nos, a todos, que exijamos que cada um seja tratado com total dignidade, independentemente da sua condição. Mais, obriga-nos a ser particularmente rigorosos nessa exigência quando o outro é alguém com vulnerabilidades manifestas.

Este alerta a toda a sociedade tem também a ver com o facto de o fenómeno da violência doméstica, por um lado, ser transversal a todas as esferas sociais e se esconder nos espaços mais insuspeitos e por outro, se alimentar de uma

certa atitude condescendente, se não mesmo tolerante de muitos de nós, quer na sua vida social, quer mesmo na esfera profissional.

Estas foram algumas das razões pelas quais a Comissão para a Cidadania e Igualdade do Género (CIG) propôs que, no âmbito de cada Administração Regional de Saúde (ARS) se comesçassem a organizar redes locais de combate à violência doméstica. Assim, um grupo de profissionais de diferentes sectores de atividade e formações, com responsabilidades a diferentes níveis nas organizações que integram, se decidiram juntar para, dessa forma, tornarem mais efetiva a resposta de cada um a este fenómeno. De facto, todos e cada um, isoladamente ou em pequenas parcerias e por diferentes razões, lidavam já com este fenómeno. Mas faziam-no com uma sensação crescente da insuficiência da sua resposta para tão complexo problema. O simples facto de pessoas com idênticas preocupações se juntarem pode ser o suficiente para melhorar a capacidade de resposta. Primeiro, porque ao conhecer outras pessoas com competências diferentes passamos a contar com elas como recursos. Segundo, porque o confronto das competências e estratégias de cada um com as de outros é desafiante e promotor de desenvolvimento. Esta é, de forma muito genérica, a essência da Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora. Trata-se de uma Rede multiprofissional e interorganizacional que tem vindo a encontrar-se com uma periodicidade certa, com o objetivo essencial de, paulatinamente, melhorar a resposta ao fenómeno da violência doméstica. Para tal, temo-nos socorrido de estratégias diversas, algumas delas mais dirigidas para o exterior, nomeadamente para o público em geral, em jeito de sensibilização e alerta; outras

para um público mais específico, como, por exemplo, para os profissionais de saúde, com o objetivo de sensibilização, mas também de desenvolvimento de competências específicas para lidar com os intervenientes nas situações de violência doméstica (vítimas e agressores); outras ainda direcionadas, simultaneamente, para o exterior e para os parceiros da Rede, como é o caso do Manual que aqui se apresenta.

Este Manual já valeu a pena antes mesmo de ser editado. Isto porque a sua elaboração assentou num processo de diagnóstico da Rede mas também num processo de discussão conceptual, de circuitos de informação e de circulação dos atores envolvidos que foi de enorme riqueza pois, permitiu aferir conceitos e aprimorar estratégias de intervenção. Destacaríamos como momento de particular importância o processo de consensualização deste documento.

Todavia, estamos cientes de que este Manual continuará a ser útil após a sua edição, não porque o entendamos como um compêndio onde se compilou todo o saber sobre este fenómeno, mas antes porque o concebemos como um instrumento onde a Rede se revê e onde pode encontrar um conjunto de recursos que lhes podem ser úteis no dia-a-dia da sua intervenção. Por outro lado, ao torná-lo público, transformamos este Manual num instrumento útil ao público em geral, porque passa a saber que existe um conjunto de profissionais preocupados com este fenómeno mas, mais importante que isso, identifica os diversos pontos de contacto, bem assim como os recursos disponíveis. É útil ainda a todos os muitos profissionais que, não fazendo ainda parte da Rede, se preocupem com este fenómeno e queiram começar deste modo a desenvolver uma estratégia de intervenção mais

congruente com o que se considera serem normas de atuação empiricamente fundamentadas.

Queremos dizer ainda que este Manual é por natureza um documento em construção, principalmente na sua versão digital. Ou seja, sempre que a Rede entender, ou a evidência empírica demonstrar, que determinado procedimento não é o mais adequado, o mesmo será sujeito a alterações. Acontecerá o mesmo se a estrutura da Rede sofrer modificações, sejam elas quais forem.

Organizámos este Manual da seguinte forma:

A primeira parte é constituída por um breve enquadramento conceptual cujo objetivo é identificarmos o modo como entendemos este fenómeno e clarificarmos o objeto da nossa intervenção. Esta primeira parte engloba ainda informação relativa ao enquadramento legislativo e normativo sobre a violência doméstica, com *hiperlinks* para os documentos originais. Termina com uma radiografia da Rede, onde são identificados os vários intervenientes, mas também onde é feito um diagnóstico, necessariamente datado, do estágio de desenvolvimento da mesma.

A segunda parte é também a que se constitui como a parte central do documento e integra uma descrição da intervenção de cada um dos nós nesta Rede, divididos em três grupos:

- Serviços de Saúde,
- Ministério Público e Forças de Segurança e
- Organizações de Proteção e Acompanhamento.

Para cada um destes grupos e para além da descrição da sua intervenção, faz-se, sempre que possível, uma enunciação de normas de intervenção validadas internacionalmente, bem como de instrumentos potencialmente úteis no dia-a-dia dos profissionais envolvidos. Faz-se ainda a identificação dos contactos e das pessoas de referência para esta Rede.

A última parte do Manual é constituída por um conjunto de Indicadores de Boas Práticas. Esta nossa preocupação sinaliza a vontade de nos sujeitarmos a um processo de avaliação que nos obrigue a incrementarmos sistematicamente a qualidade da nossa resposta. É também um compromisso público com a qualidade.

CONSIDERAÇÕES CONCEPTUAIS SOBRE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Tendo em consideração a natureza deste documento, mas principalmente a natureza da temática que aborda, considerou-se oportuno e necessário aferir alguns conceitos como forma de clarificar o principal objeto de preocupação da Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora.

Assim, o termo “violência” deriva do termo latino, *violentia*, e significa força violenta, ou ainda recurso à força para submeter alguém contra sua vontade (Oliveira & Martins, 2007). Por sua vez, as Nações Unidas definem violência como *“o uso intencional da força física ou poder, ameaça ou real, contra si próprio, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha uma alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação”* (WHO, 1996).

O comportamento violento não é todavia, exclusivo dos humanos, parecendo antes estar associado a quase todos os seres vivos, desencadeando-se pelas mais diversas razões, normalmente associadas a lutas de poder e dominação.

Porém, ao longo da história da humanidade, diversos acontecimentos foram alterando paulatinamente o entendimento da violência entre humanos. Atualmente e do ponto de vista conceptual, prevalece a perspectiva afirmada logo no 1º artigo da Declaração Universal dos Direitos Humanos que afirma que *“todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade”*, a qual exclui qualquer tipo de violência.

Apesar disso, a violência entre humanos não foi erradicada, persistindo sobre as mais diversas formas e expressões, desde a violência coletiva (e.g. guerras), à violência interpessoal (e.g., entre parceiros) ou à violência auto-infligida (e.g., suicídio), desde a violência física à violência psicológica.

Neste contexto, a violência doméstica pode entender-se como uma forma de violência entre pessoas que coabitam um determinado espaço. Todavia e para que melhor se compreenda este fenómeno, é conveniente conhecer a evolução conceptual que se tem verificado.

Pode dizer-se que a violência doméstica começou a ser objeto de discussão pública cerca da década de 50 do século XX. Numa fase inicial a preocupação predominante era com a forma desumana e por vezes brutal como mulheres e crianças eram tratadas. Todavia, a nomeação deste tipo de violência foi sofrendo alterações, sendo referida de diferentes modos, seja como violência intrafamiliar, violência contra a mulher ou violência doméstica.

A partir da década de noventa e sobretudo por força dos movimentos feministas, passa também a ser referida como *violência de género*. De facto, a noção de género tinha sido introduzida na década de 70, através dos estudos feministas, para compreender as relações estabelecidas entre homens e mulheres e referia-se a uma construção social inicialmente vinculada aos papéis sociais de homens e mulheres. Na atualidade, os estudos que usam o conceito de género procuram compreender as relações sociais historicamente construídas entre homens e mulheres. Esta incorporação do género como categoria, no quadro conceptual, permite compreender as desigualdades persistentes entre homens e mulheres que radicam nas relações de

poder dominante dos homens até aqui inquestionáveis. Neste contexto, a violência contra as mulheres será aquela que se desenvolve a partir da assimetria entre homens e mulheres e que se funda nas razões de género.

Todavia, atualmente considera-se que qualquer abordagem à problemática da violência ocorrida no âmbito das relações interpessoais deve ser objeto de clarificação conceptual adicional, quer como forma de se explicitar o objeto de estudo/intervenção, quer de os conceitos não serem motivo de dissensões entre os membros de uma Rede, como é o caso.

Deste modo, esta Rede adota como objeto da sua preocupação e intervenção a **violência doméstica, englobando violência familiar e violência íntima**, todavia e por facilidade de linguagem, ao longo do texto designá-la-emos apenas como violência doméstica. Excetua-se a violência contra as crianças não por não a considerarmos preocupante, mas porque a mesma é objeto de intervenção de rede específica.

A violência doméstica considerada, desde sempre, como algo da esfera privada, tem vindo nos últimos trinta anos a ser objeto de estudo e de intervenção, inicialmente no âmbito das forças de segurança e justiça e posteriormente na área da saúde pública (Hanada, 2007).

De acordo com a *“Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence”*¹ (2011), entende-se

¹http://www.apav.pt/portal/pdf/coe_conv_violence_against_women_domestic_violence.pdf

como **violência doméstica todos os atos de violência física, sexual, psicológica ou económica que ocorram dentro da família ou unidade doméstica ou entre atuais ou ex-cônjuges ou parceiros, quer o perpetrador partilhe ou tenha partilhado ou não o mesmo domicílio com a vítima.** De algum modo, este conceito engloba quase todos os aspetos por nós referidos como objeto das nossas preocupações, mesmo os relativos à denominada “violência íntima”, nomeadamente a que ocorre durante o namoro. Adicionalmente o conceito tipifica a violência quanto à sua natureza, pelo que nos parece oportuno definir também cada um dos diferentes tipos referidos.

Assim, por **violência física** entende-se qualquer ação ou omissão que coloque em risco ou cause dano à integridade física de uma pessoa. A **violência sexual** é a ação que obriga uma pessoa a manter contacto sexual, físico ou verbal, ou a participar em qualquer ato sexual com uso da força, intimidação, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule ou limite a autonomia pessoal. A **violência psicológica** é a ameaça direta ou indireta, humilhação, isolamento ou qualquer outra conduta que implique prejuízo à saúde psicológica, à autodeterminação ou ao desenvolvimento pessoal (APAV, 2004; II PNCVD, 2003). Por abuso ou **violência económico-financeira** entende-se toda a ação destinada a controlar as finanças de alguém, quer seja através da retenção/limitação do dinheiro ou dos cartões, controle dos gastos, acumulação deliberada de dívidas ou forçando alguém a trabalhar, entre outros.

A violência doméstica tem vindo a ser assumida cada vez mais como uma preocupação dos organismos internacionais e dos diversos governos, quer pela sua dimensão de atentado aos mais elementares direitos humanos, quer

pelo problema de saúde pública que tal fenómeno também configura. Muitos destes organismos têm produzido diversos tipos de documentos orientadores, onde são afirmados princípios ou linhas orientadoras para o combate a este tipo de violência.

Assim, vários são os documentos e recomendações da ONU orientados para os problemas da discriminação e da violência contra as mulheres, tais como a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher¹ (1979), Declaração para a Eliminação da Violência contra a Mulher (1993) e a Plataforma de Ação de Pequim (1995).

Também o Conselho Europeu tem o combate à violência contra as mulheres entre as suas prioridades e tem vindo a intensificar esse esforço desde a 3ª Conferência Ministerial Europeia sobre a Igualdade entre Mulheres e Homens (Roma, 1993). Em 2002 elaborou o Plano de Ação para combater a Violência contra as Mulheres, tendo o Comité de Ministros adotado a Recomendação² (2002), sobre Proteção das Mulheres contra a Violência. Em 2011 aprovou a já referida *“Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence”*³ (2011).

Com o intuito de dar visibilidade ao problema da violência, a Comissão Europeia foi adotando diversas medidas, entre elas o Roteiro para Igualdade

¹ <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionaisdh/tidhuniversais/dm-conv-edcmulheres.html>

² [http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/equality/03themes/violence-against-women/Rec\(2002\)5_Portuguese.pdf](http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/equality/03themes/violence-against-women/Rec(2002)5_Portuguese.pdf)

³ http://www.apav.pt/portal/pdf/coe_conv_violence_against_women_domestic_violence.pdf

entre Homens e Mulheres para o período 2006-2010¹. O Ano Europeu da Igualdade de Oportunidades para Todos (2007), teve como objetivo sensibilizar para uma sociedade mais justa e simultaneamente combater atitudes e comportamentos discriminatórios, com especial relevo para as questões de género.

Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde (2003), refere que o setor académico, os especialistas em Saúde Pública e a sociedade no seu todo têm obrigação de desenvolver intervenções destinadas a reduzir a violência em qualquer das suas formas. Têm sido diversos os relatórios e estudos produzidos por esta Organização sobre a temática em análise. De entre estes destacamos o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde² que assinala que uma das formas mais comuns de violência é a realizada pelo marido ou parceiro (OMS, 2008). Este tipo de violência é muitas vezes invisível, uma vez que ocorre na esfera privada e frequentemente a vítima esconde essa situação. As situações de violência são tanto mais eficazes quando os sistemas jurídicos e as normas culturais, não as reconhecem como crime mas como assunto da esfera privada ou como parte da vida. A OMS (2008) reconhece a existência de um vazio entre as necessidades que podem ter as vítimas de violência, nomeadamente de violência sexual, e a resposta oferecida pelos serviços de saúde, ou outros, em quase todos os países. O setor da saúde nem sempre oferece uma resposta satisfatória para o problema, sem considerar a intencionalidade do ato que gerou a morbilidade. Esta situação de

¹ <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0092:FIN:PT:PDF>

² <http://www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf>

invisibilidade (Lettiere, Nakano, Spanó & Rodrigues, 2008), decorre do facto dos serviços se limitarem a cuidar dos sintomas e não disporem de instrumentos capazes de identificar o problema. Também diversos outros estudos internacionais, referenciados por Rodriguez, Bauer, McLoughlin e Grumbach (1999), cit in Matos, M. (2006) mostram que menos de 15% das utentes mencionam ter revelado o abuso aos profissionais de saúde ou ter sido questionadas acerca dele (Cataliso & Musicados, 1997; op. cit.). No contexto desta problemática, é significativo o número de mulheres que procuram apoio formal e não revelam de imediato que são vítimas de abuso.

Neste contexto, frequentemente os profissionais não identificam a situação de violência ainda que as lesões apresentadas denotem a sua ocorrência. Esta impossibilidade de identificação da violência pode contribuir para perpetuar o ciclo de violência, diminuindo a eficácia dos serviços de saúde e consumindo recursos financeiros. Os profissionais de saúde têm um papel crucial porque muitas vezes este é o único lugar procurado pelas mulheres vítimas de violência (OMS, 1997).

Pelo anteriormente exposto, atualmente considera-se que é uma obrigação desenvolver medidas de prevenção primária, secundária e terciária. Enfrentar a violência supõe a utilização de diferentes estratégias, tais como, avaliar os fatores de risco, promover ambientes familiares saudáveis, corrigir as desigualdades de género, combater os fatores sociais, culturais e económicos que contribuem para a violência (Valdez-Santiago & Ruiz-Rodriguez 2009).

Deste modo, *“Portugal tem vindo a definir um percurso integrado e sistemático no combate à violência doméstica, consubstanciado através da adoção e implementação de Planos Nacionais contra a Violência Doméstica. Os dois anteriores Planos contra a Violência Doméstica (1999-2003 e 2003-2006) surgiram como instrumentos de sustentação da ação política para prevenir e intervir sobre a violência doméstica”* (Resolução do Conselho de Ministros n.º 83/2007). O III Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2007-2010) consolidou uma política de prevenção e combate efetivo à violência doméstica, através da promoção de uma cultura para a cidadania e para a igualdade, do reforço de campanhas de informação e de formação, e do apoio e acolhimento das vítimas, promovendo a sua reinserção e autonomia (Resolução do Conselho de Ministros n.º 83/2007).

O IV Plano Nacional contra a Violência Doméstica¹ (2011-2013) visa a consolidação da estratégia e das ações anteriormente desenvolvidas, reforçando a sua articulação de forma estruturada e consistente. Este Plano procura consolidar o sistema de proteção das vítimas e o combate à violência doméstica, assim como promover a adoção de medidas estratégicas em relação à prevenção, às situações de risco, à qualificação de profissionais e à intervenção em rede, numa lógica de proximidade que procura envolver, cada vez mais, os municípios, os parceiros sociais e as organizações da sociedade civil.

¹ Portugal – Presidência do Conselho de Ministros - Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2010, [D.R.](#) n.º 243, Série I de 2010-12-17 - Aprova o IV Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2011-2013) - <http://dre.pt/pdf1sdip/2010/12/24300/0576305773.pdf>

Do ponto de vista conceptual interessa ainda clarificar que, apesar de muitos dados empíricos demonstrarem tratar-se de um fenómeno que atinge particularmente as mulheres, não é exclusiva do sexo feminino. De acordo com Jonhson (2011), devem distinguir-se três diferentes tipologias de violência doméstica no que concerne ao modo como se estrutura no tempo, à severidade de que se reveste e à estrutura de relações que lhe está subjacente.

O **“terrorismo íntimo”**. É um padrão de controlo coercivo e violento que vem à mente da maioria das pessoas quando ouvem a expressão “violência doméstica”. Embora este provavelmente represente uma pequena parte de toda a violência que ocorre entre parceiros em relacionamentos íntimos, é o tipo de violência que predomina nos casos que chegam à visibilidade mediática, bem como ao conhecimento dos organismos públicos preocupados com esta problemática. Envolve a combinação de violência física e/ou sexual com uma variedade de táticas de controlo tais como abuso económico e emocional, chantagem através das crianças, ameaças e intimidação, invocação de privilégios masculinos, vigilância constante, culpabilização da vítima, entre outras. Uma outra característica importante é a sua natureza progressiva. Ou seja, observa-se uma evolução por ciclos, com recrudescimento ao longo do tempo. Embora não se possa dizer que esta forma de violência é exclusivamente do homem sobre a mulher, os dados parecem indicar que é este o sentido predominante.

“Resistência violenta”. Muitas vítimas de terrorismo íntimo respondem com violência à agressão. Esta é frequentemente uma resposta instintiva ao ser

atacada e pode acontecer logo da primeira vez em que tal acontece. Para outras, isso só acontece quando se convencem que o *terrorismo íntimo* vai ser o padrão, a não ser que algo definitivo lhe ponha termo.

“Violência situacional”. Esta tipologia de violência não compreende um padrão coercivo de controlo, caracterizando-se antes por uma tipologia de conflito em que os argumentos usados na discussão se transformam em agressão, que pode ser mais ou menos violenta. Esta é a forma mais comum de violência e também a mais heterogénea. Cerca de 40% dos casos identificados nos estudos envolvem um incidente relativamente menor, podendo contudo muitos outros envolver situações que fazem perigar a integridade física do outro. Neste tipo de violência existe maior simetria entre as partes envolvidas, não existindo uma relação de dominação-submissão ou de controlo sistemática de um sobre o outro.

Por último, uma breve referência para as implicações da violência doméstica. Muitas destas implicações estão estudadas em função da sua predominância sobre as mulheres, uma vez que são estas as suas principais vítimas. Algumas das relações existentes entre a saúde das mulheres e os atos de violência de que tenham sido vítimas, estão expressas no estudo realizado nos 18 distritos do Continente no ano de 2003 (Lisboa, Vicente e Barroso; 2005). Neste estudo as vítimas de violência são casadas ou vivem em união de facto. Predominam as situações em que é referida a combinação de vários tipos de violência, tendo concluído, pela leitura dos dados, que um mesmo ato de violência pode ser percecionado em várias dimensões. No que se refere ao espaço de ocorrência do ato, predomina a casa da família e cerca de um quar-

to das situações inserem-se numa trajetória de violência, o que está em consonância com outros estudos (Lisboa, Carmo, Vicente e Nóvoa, 2005; APAV, CIG). Concluíram, relativamente à saúde física que a probabilidade de ocorrência de problemas físicos é dupla nas vítimas quando comparadas com as não-vítimas. No que se refere à saúde psicológica, os resultados são expressivos nomeadamente pela prevalência (Lisboa, Vicente e Barroso; 2005).

Também de acordo com Schub (2012), a violência doméstica pode causar uma série de problemas de saúde crónicos, tais como dor crónica, disfunção sexual, depressão, ansiedade, desordens alimentares e problemas de sono.

Num estudo desenvolvido por Lisboa *et al.* (2008) conclui-se que as consequências são todavia mais vastas, nomeadamente ao nível da *“quebra das redes sociais e interpessoais, absentismo escolar, dificuldades em promoções, dificuldades em arranjar emprego, despedimentos, assim como custos variados com a saúde física e psicológica; alguns dos quais pondo em risco a vida das vítimas”*. Os referidos autores vão mais longe e afirmam que *“...a violência praticada tem também implicações futuras através das novas gerações, quer quando os filhos são vítimas diretas, como o mostra um estudo realizado nos Institutos de Medicina Legal, quer quando eles assistem à agressão das mães e as implicações psicossociais expressam-se no seu desenvolvimento, incluindo o escolar. De facto, uma das dimensões da reprodução social do fenómeno passa exatamente pela via dos filhos”*.

Pelas razões expostas, a violência doméstica representa uma prioridade, quer por uma questão de dignidade quer de legalidade, mas também de saúde, na medida em que é causa de perturbação física e emocional para as

vítimas e, por outro lado, conduz a custos sociais e de saúde. Exige por isso o nosso empenhamento proactivo e justifica a criação desta Rede.

QUADRO LEGAL

A intervenção de qualquer agente numa situação de violência doméstica pressupõe o conhecimento mínimo da legislação, razão pela qual apresentamos em anexo ([ver anexo I](#)) uma sinopse daqueles que consideramos alguns dos principais diplomas legais sobre o assunto. Esta sinopse inclui algumas das mais importantes convenções e declarações de organismos internacionais (e.g., ONU, Conselho da Europa) sobre o assunto, bem como a legislação portuguesa mais relevante. À frente de cada diploma aparece o *link* que permite um acesso rápido e direto ao referido diploma.

Em Portugal, a violência doméstica constitui, atualmente, um crime público, tipificado no artigo 152.º do Código Penal (Lei n.º 59/2007, de 4 de Setembro), bem como na Lei n.º 112/2009, de 16 de Setembro. A vítima, ou qualquer outra pessoa que tenha conhecimento da ocorrência do crime, pode apresentar queixa junto da Guarda Nacional Republicana (GNR), da Polícia de Segurança Pública (PSP) ou da Polícia Judiciária (PJ), que a remetem ao Ministério Público (MP), podendo também apresentar queixa diretamente ao MP, junto do tribunal da área onde ocorreram os factos.

O conteúdo do artigo 152.º explicita o tipo de comportamentos a considerar neste quadro legal:

“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 análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação;

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

d) A pessoa particularmente indefesa, em razão de 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 força de outra disposição legal.

2 – No caso previsto no número anterior, se o agente praticar o facto contra menor, na presença de menor, no domicílio comum ou no domicílio da vítima é punido com pena de prisão de dois a cinco anos.

3 – Se dos factos previstos no n.º 1 resultar:

a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos;

b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

4 – Nos casos previstos nos números anteriores, podem ser aplicadas ao arguido as penas acessórias de proibição de contacto com a vítima e de proibição de uso e porte de armas, pelo período de seis meses a cinco anos, e de obrigação de frequência de programas específicos de prevenção da violência doméstica.

5 – A pena acessória de proibição de contacto com a vítima pode incluir o afastamento da residência ou do local de trabalho desta e o seu cumprimento pode ser fiscalizado por meios técnicos de controlo à distância.

6 – Quem for condenado por crime previsto neste artigo pode, atenta a concreta gravidade do facto e a sua conexão com a função exercida pelo agente, ser inibido do exercício do poder paternal, da tutela ou da curatela por um período de 1 a 10 anos.”

Por sua vez, a Lei n.º 112/2009, de 16 de Setembro, estabeleceu o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e à assistência das suas vítimas, revogando a Lei n.º 107/99, de 3 de Agosto, que havia criado a rede pública de casas de apoio a mulheres vítimas de violência, bem como o Decreto -Lei n.º 323/2000, de 19 de Dezembro, que a regulamentava. Esta lei representa um marco importante, pois introduz a consagração do **estatuto da vítima**, a natureza **urgente** dos processos de violência doméstica, a utilização de meios técnicos para **controlo à distância** dos agressores, a possibilidade de **detenção do agressor fora de flagrante delito**, o direito de as vítimas serem indemnizadas e medidas de apoio judicial, médico, social e laboral.

Subjacente aos documentos atrás referidos estão um conjunto de conceitos que tentaremos traduzir de seguida através de um conjunto de **respostas a questões frequentes**.

RESPOSTAS A QUESTÕES FREQUENTES

1 - O que é um “crime público”?

O facto de um crime ter natureza pública significa, na prática que:

- qualquer pessoa que tenha conhecimento deste crime pode denunciá-lo (e.g., um vizinho, um familiar) junto das autoridades competentes;
- não é possível retirar a queixa;
- o Ministério Público promove por sua própria iniciativa o processo penal e decide com autonomia se o processo segue ou não para julgamento, bastando para tal que tenha conhecimento do crime.

Este crime é de denúncia obrigatória para as polícias (sempre) e para os funcionários que tomem dele conhecimento no exercício de funções e por causa delas.

2 - Não posso retirar a queixa?

O crime de violência doméstica tem natureza pública, o que significa que, feita a denúncia ou participação, não é admissível desistência por parte da vítima/ofendida.

No entanto, no processo penal, para além da acusação que conduz ao julgamento do agressor, o Ministério Público pode decidir-se - com o acordo do juiz de Instrução e a requerimento livre e esclarecido da vítima – pela suspensão provisória do processo, (entenda-se, no encerramento do inquérito). Mediante a imposição ao agressor de injunções e regras concretamente fixadas, o processo é arquivado, sem julgamento. Essas regras e injunções podem consistir em programas de intervenção junto do agressor, como por exemplo, o tratamento do alcoolismo.

3 – O que são os “crimes particulares”?

São sobretudo os crimes contra a honra, nomeadamente, a difamação, a calúnia e a injúria. Neste tipo de crimes, a lei exige que o ofendido apresente queixa. Assim, apresentada a queixa, o Ministério Público desencadeia a investigação penal, com os elementos de prova fornecidos pelo ofendido. Findo o inquérito, o Ministério Público convida o queixoso a deduzir acusação. Ou seja, o Ministério Público não acusa, não leva a causa a julgamento. Terá de ser o ofendido a deduzir acusação. Atenção, neste tipo de crimes, o queixoso é obrigado a constituir-se Assistente no processo, pagando por isso a Taxa de justiça devida, e a constituir mandatário.

4 – O que são os “crimes semipúblicos”?

São, nomeadamente, os crimes contra a integridade física simples, ofensas à integridade física por negligência, ameaças, coação simples, alguns crimes contra a autodeterminação sexual, crimes contra a reserva da vida privada, gravações e fotografias ilícitas, furto simples. Neste tipo de crime para que se desencadeie a ação penal, para que se abra um inquérito e o Ministério Público investigue, é necessário que o ofendido apresente queixa. Todavia e ao contrário dos crimes particulares, o Ministério Público acusa, leva a causa a julgamento, por si, sem que seja necessário qualquer tipo de comportamento do ofendido. Contudo o ofendido pode sempre desistir da queixa até à audiência de julgamento.

5 – O que faz o Ministério Público?

O Ministério Público é a entidade pública que tem competência para instaurar um inquérito crime, para o dirigir e para o encerrar, bem como para sustentar a acusação em julgamento e promover outras medidas em defesa da vítima e para repressão dos crimes. O Ministério Público tem magistrados especialmente dedicados à investigação do crime de violência doméstica.

O magistrado do Ministério Público que dirija o inquérito criminal **articula**, se necessário, com o colega no Tribunal de Família e Menores para a promoção de decisões sobre crianças e jovens que devam ser tomadas, designadamente a ação de regulação de responsabilidades parentais, que inclui alimentos.

O Ministério Público pode ordenar a **detenção do agressor fora de flagrante delito** e sob promoção do Ministério Público é possível sujeitar-se o agressor a **medidas de coação que protegem a vítima**, designadamente o afastamento do agressor da vítima, com controlo por vigilância eletrónica.

6 - E como posso apresentar queixa?

Para apresentar denúncia criminal contra o agressor, a vítima ou outro denunciante pode dirigir-se aos serviços do Ministério Público que funcionam no Tribunal (em Évora, no DIAP, na Rua Serpa Pinto nº 44), podendo consultar-se no site, os endereços e contactos.

A queixa/denúncia pode também ser apresentada através das seguintes entidades e/ou canais:

- Esquadra da PSP;
- Posto da GNR;

- Polícia Judiciária;
- Ministério Público;
- Comissão de Proteção a Crianças e Jovens (quando existem menores em risco/perigo);
- Queixa Anónima no site do Ministério da Administração Interna: <https://queixaselectronicas.mai.gov.pt>

A PSP e a GNR têm equipas especializadas na investigação deste crime.

7 – É preciso pagar para denunciar? É preciso advogado? Não tenho dinheiro para um advogado...

Não é preciso pagar para apresentar denúncia criminal.

Não é preciso advogado para apresentar denúncia criminal. Mas se a vítima, na qualidade de ofendida/testemunha, quiser ser assistida por advogado no processo penal, tem esse direito e pode constituir advogado livremente.

Se não tiver meios económicos para tal, pode pedir a concessão de apoio jurídico, na modalidade de nomeação de patrono, junto de qualquer serviço de atendimento da Segurança Social. Terá que fazer prova de que a sua situação económica não lhe permite recorrer à contratação de um advogado privado.

Em caso de litígio com um ou mais elementos do agregado familiar, a apreciação da insuficiência económica tem em conta apenas os seus rendimentos, património e a sua despesa permanente, **mas tem que o solicitar** caso contrário a Segurança Social automaticamente tem em conta os rendimentos de todo o agregado familiar (o que em situações de violência doméstica pode também incluir o/a agressor/a).

(Lei nº 34/2004 de 29 de julho e Lei nº 47/2007 que regula o regime de acesso ao direito e aos tribunais).

8 – E depois da queixa, o que acontece?

O processo, uma vez iniciado seguirá todos os seus trâmites formais baseado nas provas adquiridas durante a fase inicial de inquérito. Durante esta fase o Ministério Público, juntamente com os Órgãos de Polícia Criminal, vai averiguar as alegações, procurar provas, apurar responsabilidades e determinar se o processo tem indícios suficientemente fortes

para permitir a acusação do/a arguido/a.

Apresentando denúncia, é conveniente que a vítima se faça acompanhar de elementos de prova disponíveis, como por exemplo, fotografias, documentação clínica, identificação de testemunhas, SMS enviadas pelo/a agressor/a, porque isso permite o andamento mais célere do processo e a tomada de decisão sobre medidas de coação relativamente ao agressor. A vítima deve contar todos os aspetos, mesmo que lhe pareçam insignificantes, porque podem ser reveladoras do risco que corre.

9 – Dura muito tempo a fase de inquérito?

Em regra, o Ministério Público encerra o inquérito nos prazos máximos de seis meses, se houver arguidos presos ou obrigados a permanecer na habitação, ou de oito meses, se os não houver.

10 – Em que consiste a acusação?

É uma forma de encerramento do inquérito criminal que se traduz na submissão do arguido a julgamento pela prática de determinados crimes; em regra, é realizada pelo Ministério Público (MP), mas também pode ser levada a cabo pelo assistente quando estiverem em causa crimes particulares.

11 – O que é o arquivamento?

Outra forma de encerramento do inquérito e que se traduz na não submissão do arguido a julgamento, quando não foram recolhidos indícios suficientes sobre a prática de um crime por certo(s) agente(s).

12 – Em que consiste a suspensão provisória do processo?

É a possibilidade de encerramento do processo respeitante a crimes pouco graves pela simples submissão a regras de comportamento ou injunções durante um determinado período de tempo; pressupõe o acordo da vítima.

13 – O que significa notícia do crime?

Informação de que foi praticado um crime; para que o Ministério Público possa iniciar o processo penal é necessária esta informação, que pode ser obtida por modos diversos: por conhecimento próprio, por intermédio dos órgãos de polícia criminal ou através de denúncia.

14 – O que é um auto de notícia?

É um documento elaborado pelos juízes, magistrados do Ministério Público ou pelas polícias, sempre que tenham presenciado qualquer crime de denúncia obrigatória; dá início a um processo de investigação.

15 – Quem são as “autoridades judiciárias”?

São autoridades judiciárias o juiz, o juiz de instrução e o Ministério Público.

16 – O que significa ser “assistente”?

É a vítima do crime atuando como colaborador do Ministério Público, competindo-lhe designadamente: intervir no inquérito e na instrução (ex.: oferecendo provas) e recorrer das decisões que o afetem.

17 – O que é necessário para a constituição como assistente?

A constituição como assistente implica o pagamento de taxa de justiça e a constituição de advogado, sem prejuízo da concessão do benefício do apoio judiciário.

18 – Em que consiste a queixa eletrónica?

Trata-se de um sistema destinado a facilitar a apresentação de queixas e denúncias por via electrónica à Guarda Nacional Republicana (GNR), à Polícia de Segurança Pública (PSP) e ao Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) quanto a determinados tipos de crimes públicos e semipúblicos entre os quais os de ofensa à integridade física simples, violência doméstica e maus tratos.

19 – O que são órgãos de polícia criminal?

Entidades que cooperam com as autoridades judiciárias na investigação criminal e são: Polícia Judiciária (PJ), PSP, GNR e SEF.

20 – Em que consistem as “medidas de coação”?

São medidas que se destinam a tornar eficaz o processo penal e limitar a liberdade processual do arguido. Existem várias: termo de identidade e residência; caução; obrigação de apresentação periódica; suspensão do exercício de funções, de profissão e de direitos; proibição de permanência, de ausência e contactos; obrigação de permanência na habitação e prisão preventiva. Tais medidas, com exceção da primeira, só podem ser aplicadas por juiz.

21 – O que é o termo de identidade e residência (TIR)?

É a menos grave das medidas de coação podendo ser aplicada pelo juiz, pelo Ministério Público e pelas polícias; é de aplicação obrigatória, sempre que alguém for constituído como arguido, e consiste, para além da identificação do arguido e da indicação da sua residência, na obrigação do arguido ficar obrigado a comparecer perante as autoridades sempre que a lei o obrigar ou para tal for notificado; o arguido fica igualmente obrigado a não mudar de residência nem dela se ausentar por mais de cinco dias sem comunicar a nova residência ou o lugar onde possa ser encontrado.

22 – O que é a “obrigação de permanência na habitação”?

É uma medida de coação que se traduz no dever de o arguido não se ausentar, ou de não se ausentar sem autorização, da habitação própria ou de outra em que de momento resida.

23 – Em que consiste a vigilância eletrónica?

Trata-se da utilização de meios técnicos de controlo à distância – as chamadas pulseiras eletrónicas – para assegurar a fiscalização do cumprimento da medida de coação “obrigação de permanência na habitação”.

É a mais grave das medidas de coação aplicáveis ao suspeito da prática de crime, só sendo aplicável quando forem inadequadas ou insuficientes todas as outras

24 – O que é a prisão preventiva?

É a mais grave das medidas de coação aplicáveis ao suspeito da prática de crime, só sendo aplicável quando forem inadequadas ou insuficientes todas as outras medidas de coação.

25 – Qual é o prazo máximo da “prisão preventiva”?

Em regra, a prisão preventiva extingue-se quando, desde o seu início, tiverem decorrido: quatro meses sem que tenha sido deduzida acusação; oito meses sem que, havendo lugar a instrução, tenha sido proferida decisão instrutória; um ano e dois meses sem que tenha

havido condenação em 1ª instância; um ano e seis meses sem que tenha havido condenação com trânsito em julgado.

26 – Como ofendido sou informado da libertação do arguido preso preventivamente?

Quando considerar que a libertação do arguido pode criar perigo para o ofendido, o tribunal informa-o da data em que a libertação terá lugar.

27 – Fui notificado para ser inquirido como testemunha no âmbito de um inquérito. Pode-me ser aplicada alguma medida de coação?

Não. As medidas de coação apenas podem ser aplicadas aos suspeitos da prática do crime previamente constituídos como arguidos.

28 – Sou assistente e fui notificado do arquivamento do inquérito. O que posso fazer?

O assistente, obrigatoriamente assistido por advogado, pode requerer a abertura da instrução, fazendo assim intervir um juiz de instrução que vai fiscalizar o acerto da decisão de arquivamento.

29 – Em que consiste a noção de “flagrante delito”?

É o momento em que o agente é surpreendido a cometer um crime que está a ser praticado, que acabou de o ser, ou o caso em que o agente for, logo após o crime, perseguido por qualquer pessoa ou encontrado com objetos ou sinais que mostrem claramente que acabou de o cometer ou nele participou.

A REDE DE INTERVENÇÃO INTEGRADA DO DISTRITO DE ÉVORA

Através da conjugação de vontades de um conjunto de entidades diversas que no distrito de Évora, vinham desenvolvendo atividades no âmbito do combate à violência doméstica, bem assim como do apoio da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG) e com o financiamento do Programa Operacional Potencial Humano (POPH), criaram-se as condições para a formalização da Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora (RIIDE). Como objetivos da Rede foram definidos os seguintes:

- Conhecer o fenómeno da violência, através da perceção dos vários agentes;
- Qualificar os técnicos que fazem atendimento no âmbito da problemática da violência, dotando-os de competências específicas;
- Formar os mesmos técnicos, mas também os agentes policiais e os magistrados, para que, nos contactos com as vítimas, não se transformem em agentes de vitimização secundária ou de revitimização;
- Estabelecer uma parceria efetiva entre os vários intervenientes na problemática da violência, possibilitando uma intervenção integrada, em rede, mais eficaz;
- Criar condições para oferecer às vítimas de violência uma resposta integrada e multidisciplinar;
- Mobilizar a comunidade para a luta contra a violência nas suas diversas expressões;

A Rede autodefiniu-se como aberta, tendo em consideração que uma enorme diversidade de organizações podem ter um papel importante no combate à violência doméstica. É aberta também à cooperação e intercâmbio com

outros projetos semelhantes noutras partes do país, bem assim como às experiências internacionais.

Imbuída deste espírito, a RIIDE tem mantido uma atividade de encontros regulares (normalmente mensais) através dos quais vai contribuindo para atingir os objetivos atrás definidos e reconfigurando a sua estratégia.

Apesar deste carácter aberto, entendeu-se que seria adequado definir quais as organizações que lidam direta e sistematicamente com o problema da violência doméstica em algum momento do complexo processo e em algum nível de prevenção. Desse grupo fazem parte:

- **Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG)** - Como promotora da Rede e entidade de referência a nível nacional no combate à violência de género.

- **A Universidade de Évora (UÉ)** como entidade promotora de atividades de investigação e desenvolvimento e de formação.

- **Os serviços de Saúde**

- **Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA)**

- Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)
 - Centros de Saúde (atualmente Estremoz, Borba e Montemor-o-Novo)
 - Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE-EPE)
 - Serviço de Urgência (SU)
 - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM)
 - Centro de Respostas Integradas (CRI)

- O Ministério Público

- Departamento de Investigação e Ação Penal
- Forças de Segurança
 - o Polícia de Segurança Pública (PSP)
 - o Guarda Nacional Republicana (GNR)

- Organizações de Proteção e Acompanhamento

- Lar de Santa Helena
- Associação Chão dos Meninos
- Núcleo de Atendimento às Vítimas do Distrito de Évora
- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco de Évora
- Centro Distrital de Évora do Instituto de Segurança Social
- Direção Geral de Reinserção Social (DGRS)
- Direção Regional de Educação do Alentejo (DREA). Entidade divulgadora junto das escolas

A caracterização de cada uma destas organizações no âmbito das suas atividades na Rede será feita em capítulo próprio.

Das ações desenvolvidas ao longo deste tempo de atividade destacamos as abaixo discriminadas.

Avaliação diagnóstica da organização e funcionamento da Rede. Esta ação concretizou-se através de um conjunto de entrevistas e questionários aplicados aos diversos atores da Rede e da qual damos conta em anexo ([anexo II](#)). Concretizou-se também no âmbito dos encontros mensais onde foram

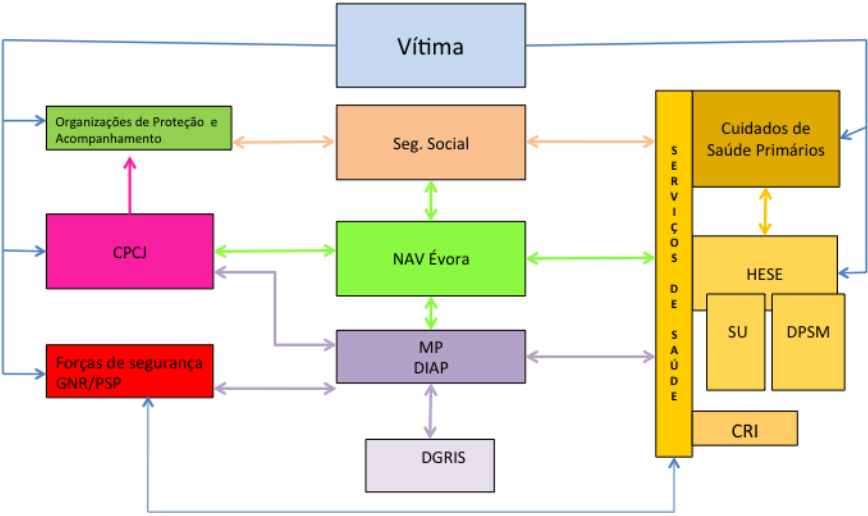
analisadas situações concretas de disfunção de funcionamento e/ou organização e onde se tentou articular respostas mais adequadas.

Das atividades anteriores resultou ainda a construção quer dos fluxogramas parcelares de cada uma das entidades que integram a Rede e que, mais abaixo, serão apresentados, quer do fluxograma geral (ver figura 1).

Estas atividades serviram também para que todos os integrantes da Rede percebessem melhor não só o seu próprio funcionamento mas, principalmente, as dificuldades que se colocam do ponto de vista das vítimas.

Análise de casos paradigmáticos. Esta ação tem tido sempre objetivos pedagógicos para o grupo. Normalmente são apresentados casos que colocam dificuldades diversas, quer pela sua complexidade, quer pela dificuldade de articulação dos serviços para que a resposta seja a mais adequada. Esta atividade permite ainda um desenvolvimento sustentado da coesão da Rede. Permite ainda a uniformização de procedimentos.

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DA REDE DE INTERVENÇÃO INTEGRADA DO DISTRITO DE ÉVORA



Programa de sensibilização e formação de profissionais que, de algum modo, contactem com vítimas de violência doméstica. Este programa foi levado a cabo ao longo de diversos meses e teve a participação de formadores convidados de outras regiões do país, associados a projetos de natureza idêntica. Consideramos esta como uma das componentes essenciais da atividade da Rede, dada a natureza do fenómeno com que lidamos. Todavia, este programa deparou-se com algumas dificuldades, nomeadamente de adesão de alguns grupos profissionais. Por tal razão, mas também pela importância que a formação tem neste projeto, entendemos que a mesma deve ser mantida através de um programa estruturado e sistemático, que através de novas estratégias que facilitem não só a extensão da rede como a

sua eficiência. Muito ligada à formação mas ultrapassando-a, deve ainda ser pensado e posto em prática um sistema de supervisão, principalmente para os profissionais que lidam diretamente com as vítimas de violência doméstica.

Desenvolvimento de um *site* da Rede, dividido em duas componentes com objetivos diferentes. A primeira destas componentes é dirigida ao público em geral e tem como objetivos:

- Divulgar a RIIDE e suas atividades;
- Divulgar materiais que promovam o combate à violência doméstica;
- Disponibilizar materiais informativos para o público em geral e para as vítimas de violência doméstica em particular;
- Disponibilizar contactos úteis para esclarecimento de dúvidas e/ou para socorro a vítimas de violência doméstica.

A segunda componente do site tem um acesso restrito aos membros da Rede e tem como objetivo fundamental a partilha de informação útil.

Desenvolvimento de materiais promocionais, destinados à sensibilização e combate à violência doméstica. De entre estes destacamos um cartaz de divulgação da Rede e dos contactos essenciais; um vídeo constituído por quatro *sketches* que dramatizam algumas das situações mais comuns de violência doméstica e que, dessa forma, fazem apelo às vítimas para que revelem a sua situação. Este vídeo destina-se a ser utilizado em todos os locais de atendimento de utentes das organizações de saúde do distrito. Será ainda disponibilizado nos *sites* da Rede e das organizações envolvidas.

Consensualização deste Manual. Apesar de este documento ser da responsabilidade de uma das entidades (Universidade de Évora), dada a sua natureza, entendemos desde o início que o mesmo deveria ser sujeito a um processo de consensualização no grupo mais alargado. Para o efeito, e após a elaboração do primeiro *draft* completo, foi enviado a todos os elementos da Rede solicitando-lhes que o analisassem na totalidade, mas principalmente nas partes que lhes dissessem mais diretamente respeito. Depois, marcou-se um *workshop* com o objetivo de, num primeiro momento, se consensualizar o documento por áreas de intervenção e depois a totalidade do Manual. Pretende-se assim que se desenvolva um processo de apropriação e deste modo que cada um dos participantes sinta o Manual como seu.

Projeção e planeamento das atividades a desenvolver. Percebidas as dificuldades e insuficiências e findo o projeto financiado pelo POPH, houve que pensar no desenvolvimento da Rede e nas atividades que mais o podem incrementar. Parte dessas atividades estão plasmadas neste documento e traduzem-se na implementação progressiva de um conjunto de boas práticas definidas internacionalmente e aceites e consensualizadas por este grupo. Concomitantemente, entendeu-se como útil o desenvolvimento de atividades de monitorização da qualidade, bem como de atividades de investigação, que contribuam para um melhor conhecimento da realidade e para o desenvolvimento de instrumentos de avaliação e diagnóstico.

No âmbito da intervenção no combate à violência doméstica, os Serviços de Saúde são considerados fundamentais. De facto, para além de uma extensa rede de serviços que está presente em todo o território, estão ainda dotados de serviços móveis que se deslocam ao domicílio, o que lhes permite conhecer *in loco* as condições vivenciais de cada um. Acresce que os serviços de saúde contactam com as populações em todos os momentos do ciclo de vida e em todas as dimensões de vida, fazendo parte do seu mandato social a inquirição sobre tudo o que diz respeito à saúde e bem-estar. Por último, os serviços de saúde estão dotados de uma enorme diversidade de profissionais constituindo, em conjunto, um vasto leque de competências que, quando conjugadas, representam um imenso potencial de intervenção.

Os Serviços de Saúde devem equacionar ainda o papel tradicional da mulher como cuidadora, o que, de algum modo, a transforma em parceira dos profissionais de saúde e a obriga a contactar com os serviços de saúde com maior frequência.

Por este conjunto de razões se entende que a “conquista” dos profissionais de saúde para a Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora se constitui como estratégia fundamental, razão pela qual a Administração Regional de Saúde do Alentejo é parte integrante desta Rede. A “conquista” dos profissionais de saúde para a problemática da violência doméstica (VD) é um processo que deve passar por três fases.

A primeira consiste no reconhecimento da VD como um problema de saúde pública e portanto fazendo parte obrigatória do espectro de intervenção clínica de qualquer profissional de saúde.

A segunda, assenta na compreensão de que, para atuar a este nível, são necessárias competências pessoais/profissionais e organizacionais que urge desenvolver. Ou seja, o fenómeno da violência doméstica apenas ganhou relevância nos anos mais recentes pelo que é natural que tal tema nem sequer tenha sido abordado na formação inicial da maioria dos profissionais de saúde. Por outro lado, lidar com este fenómeno exige a coordenação de competências e organizações, nunca se restringindo à atuação de um único profissional. Por estas e por outras razões, urge desenvolver um processo de formação continuado que, por um lado, contribua para o desenvolvimento das competências profissionais necessárias e por outro, para o desenvolvimento de uma cultura organizacional que permita e promova um ambiente acolhedor e securizante para este tipo de utentes. A terceira fase, baseia-se na adoção de medidas preventivas, na deteção precoce e no encaminhamento das vítimas de violência doméstica porque, estando os profissionais de saúde, como estão, imiscuídos no tecido social, podem ser agentes fundamentais na mudança. Face ao exposto, parafraseamos Manita *et al.* (2009)¹, **sobre o que se entende serem deveres genéricos dos profissionais de saúde.**

¹ Manita, Celina; Ribeiro, Catarina; Peixoto, Carlos. 2009. *Violência Doméstica: Compreender para intervir. Guia de boas práticas para profissionais de saúde*. ed. 4. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género: Presidência do Conselho de Ministros.

“Qualquer profissional que contacte com vítimas de VD deve:

- *Afastar/combater crenças e mitos que dificultam ou impedem a intervenção nesta área;*
- *Ter um conhecimento suficiente sobre os fatores associados à VD e sobre as dinâmicas e processos abusivos utilizados pelo agressor no contexto da VD;*
- *Conhecer/saber identificar os tipos mais frequentes de atos envolvidos na VD e suas consequências para a vítima;*
- *Saber reconhecer sinais indiciadores da ocorrência de violência e incentivar a revelação por parte da vítima;*
- *Conhecer/reconhecer as consequências da VD;*
- *Saber que a maioria desses atos constitui um crime consignado no Código Penal e aplicável em situações de VD;*
- *Adquirir as competências e estratégias básicas de comunicação/atendimento, seja presencial seja telefónico, estar sensibilizados para esta problemática e para lidar com as especificidades emocionais e comportamentais de vítimas de violência continuada;*
- *Saber quais os tipos de apoio disponíveis e quais os tipos de encaminhamento e de articulação com outros serviços que podem disponibilizar em cada área de intervenção” (pp. 35-36).*

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os Cuidados de Saúde Primários são, ao nível conceptual e territorial, os mais próximos das pessoas e do seu habitat natural. Tal é verdade não só pela rede das diversas unidades funcionais, mas também por força dos programas de saúde verticais (e.g., Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas) existentes e pelas formas de intervenção adotadas pelas referidas unidades. Além dos cuidados assistenciais os profissionais de saúde deslocam-se ainda aos diversos contextos de vida das pessoas, desde a própria casa, aos locais de trabalho, à escola, aos espaços públicos.

Deste modo, os Cuidados de Saúde Primários são uma das componentes da rede que estão particularmente bem posicionados para intervir no fenómeno da Violência Doméstica aos diversos níveis de prevenção e deteção precoce.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

A VD tem que ser objeto de prevenção primária, devendo para o efeito estar presente em todas as abordagens desta natureza (i.e. prevenção primária) que venham a ser desenvolvidas seja qual for o contexto. Relembra-se que o fenómeno da VD tem marcas socioculturais profundas podendo estar disfarçada por atitudes de condescendência que é necessário combater de forma sistemática. Relembra-se ainda que a VD pode estar presente em qualquer momento do ciclo de vida, sendo normalmente exercida sobre os mais frágeis e, frequentemente, por pessoas afetivamente muito próximas.

Assim, e como forma de prevenção primária de carácter geral, deve ser colocada em locais bem visíveis informação sobre este fenómeno, nomea-

damente através de meios audiovisuais produzidos pela RIIDE e devem ser publicitados contactos que possam ser usados quer como fonte de informação, ou meio de denúncia.

Harvey *et al.* (2007)¹, preconizam uma abordagem da prevenção primária centrada nos seguintes eixos estruturantes:

- Infância e família;
- Escola
- Intervenções para reduzir o consumo de álcool e outras substâncias;
- Informação pública e campanhas de consciencialização;
- Prevenção baseada na comunidade, dirigida a grupos alvo;
- Abordagem estrutural e política
- Trabalhar com homens e jovens

Por sua vez o *Virginia's Primary Prevention Guidelines Work Group* (2009) elaborou o que designaram como *Virginia's Guidelines for the Primary Prevention of Sexual Violence & Intimate Partner*². Estas *guidelines* definem um conjunto de critérios a serem observados no desenvolvimento de ações de prevenção primária que passamos a discriminar.

¹ Harvey, A.; Garcia-Moreno, C.; Butchart, A. - Primary prevention of intimate-partner violence and sexual violence: Background paper for WHO expert meeting. May 2-3, 2007. World Health Organization. http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/IPV-SV.pdf

² Virginia's Primary Prevention Guidelines Work Group (2009) Virginia's Guidelines for the Primary Prevention of Sexual Violence & Intimate Partner. Virginia Sexual & Domestic Violence Action Alliance. <http://www.vsdvalliance.org/secPublications/Prevention%20Guidelines%202009%5B1%5D.pdf>

1 – Desenvolver estratégias de prevenção que promovam fatores de proteção

Esta compreende:

- Programas de prevenção eficazes que promovam e sustentem o desenvolvimento de uma sexualidade saudável;
- Programas de prevenção eficazes que suportem o desenvolvimento de relacionamentos saudáveis entre os pares e entre novos e velhos modelos de papéis que estejam investidos no seu bem estar (e.g., pais e outros membros da família, irmãos mais velhos, cuidadores, professores, grupos religiosos);
- Programas de prevenção eficazes que apoiem o desenvolvimento de instituições socialmente justas.

2 – Desenvolver estratégias de prevenção com caráter abrangente e compreensivo

- As estratégias/programas devem abordar os diversos níveis da ecologia social, mas ao mesmo tempo focalizarem-se nos fatores de risco/proteção associados em todos esses níveis;
- Em qualquer um dos níveis da ecologia social as atividades devem desenvolver-se em diversas configurações (e.g., ao nível individual - currículos implementados nas escolas);
- As estratégias de prevenção nos diferentes níveis da ecologia social devem ser concebidas para se complementarem mutuamente (e.g., um conjunto comum de fatores de risco/proteção são abordados em todos os níveis da ecologia social e em diferentes configurações).

3 – Desenvolver estratégias de intervenção concentradas e que possam ser sustentadas e expandidas ao longo do tempo

- Programas eficazes de prevenção enfatizam o intenso contato/exposição com os participantes num período de tempo concentrado. A investigação tem demonstrado que os programas de sensibilização raramente produzem mudanças comportamentais;
- Os programas de prevenção eficazes incluem estratégias para reforçar as mensagens-chave ao longo do tempo. Estas estratégias de acompanhamento devem ser coerentes com as mensagens originais quer do ponto de vista temático quer da racionalidade usada e podem ser concretizados através de uma variedade de atividades que promovam o uso continuado de competências de comunicação.

4 – Desenvolver estratégias de prevenção que usem vários métodos de ensino para lidar com múltiplos processos de aprendizagem

- Programas de prevenção eficazes que utilizam abordagens ativas/interativas para envolver múltiplos estilos de aprendizagem;
- Programas de prevenção eficazes dependem mais da partilha de informação e discussão – as estratégias devem facilitar o desenvolvimento e a prática de competências;
- Os programas de prevenção eficazes são baseados na ideia de que cada um de nós pode ser tanto professor como aluno. Um facilitador eficaz vê os “aprendizes” como participantes ativos permitindo-lhes que a informação lhes faça sentido da forma que for mais relevante para eles;

- Programas eficazes de prevenção enfatizam a modelação de relacionamentos saudáveis e respeitadores além de transmitir conhecimentos. Trabalhar com um grupo para definir regras básicas e manutenção de limites de respeito durante o processo de facilitação pode ser tão importante quanto a própria informação.

5 – Desenvolver programas de prevenção baseados num raciocínio lógico e numa intencionalidade

- Programas de prevenção eficazes são formatados pelo entendimento acerca do que aumenta ou diminui a probabilidade de VD. Podem ser “teorias etiológicas” ou fatores protetores ou de risco conhecidos a partir do contexto. Isso assegurará que todos os conteúdos e abordagens estão conectados a um fundamento causal;
- Programas de prevenção eficazes são formatados por teorias que explicam como as estratégias promovem mudanças individuais e ambientais;
- Programas de prevenção eficazes são baseados num processo faseado que descreve em detalhe como o problema será resolvido. Tal sistema também chamado “teoria do processo”, e frequentemente representado por um modelo lógico, descreve um roteiro de atividades partindo de atividades e recursos atuais em direção à prevenção da perpetração inicial.

6 – Desenvolver estratégias de prevenção adequadas ao desenvolvimento

- Porque as atitudes, crenças e hábitos começam a formar-se no início da vida, a oportunidade de inculcar ensinamentos sobre relacionamentos e sexualidade saudáveis começa com o nascimento. Estratégias de prevenção eficazes e de impacto sobre o desenvolvimento antes do surgimento de comportamentos pouco saudáveis;
- Estratégias de prevenção eficazes e com impacto nas etapas do desenvolvimento mais precoces através do envolvimento direto dos jovens e dos adultos para criar ambientes promotores de relacionamentos e sexualidade saudáveis;
- Programas de prevenção eficazes são relevantes do ponto de vista do desenvolvimento, quando continuados ao longo do ciclo de vida e adequados ao desenvolvimento intelectual, cognitivo e social de um determinado grupo.

7 – Desenvolver estratégias de prevenção em colaboração com representantes transversais de toda a comunidade de modo a integrar diversas crenças culturais, práticas e normas da comunidade

- Programas de prevenção eficazes adequam o seu conteúdo e abordagem de modo a serem culturalmente apropriados e relevantes para os seus participantes. Isso só pode ser eficazmente alcançado através do envolvimento direto dos parceiros envolvidos no planeamento do programa;
- Programas de intervenção eficazes demonstram a inclusão de diversas crenças culturais, práticas e normas da comunidade e podem requerer um enquadramento anti-opressão para serem eficazes.

8 – Desenvolver estratégias de prevenção que incluam um método sistemático para determinar a efetividade do programa e promover a melhoria contínua

- Programas de prevenção eficazes incorporam estratégias de avaliação que forneçam *feedback* sobre o decurso do programa;
- Programas de prevenção eficazes utilizam as informações recolhidas a partir de atividades de avaliação contínua para melhorar continuamente os processos de planeamento e implementação tornando os resultados positivos mais prováveis;
- O processo de avaliação para um programa de prevenção deve conter simultaneamente indicadores de processo e de resultado.

9 – Desenvolver estratégias de prevenção como parte integrante da missão da Rede para combater a VD.

DETEÇÃO PRECOCE E INTERVENÇÃO

A detecção precoce assenta essencialmente no rastreamento sistemático de situações de VD. Dito por outras palavras, o rastreamento de VD deve fazer parte obrigatória dos protocolos de avaliação da situação de saúde de todos os profissionais de saúde. Só desta forma se poderá proceder a uma verdadeira avaliação do risco de VD.

RASTREAMENTO E AVALIAÇÃO DO RISCO

De acordo com o já referido “**Violência doméstica:** compreender para intervir *Guia de Boas Práticas para Profissionais de Saúde*” (2009), “*a preocupação primeira de qualquer profissional que trabalhe com vítimas de violência doméstica será sempre a de garantir a segurança e integridade da(s) vítima(s)*” (p. 36). Tal exige que os profissionais estejam habilitados para a avaliação do risco e a avaliação do impacto da violência sofrida. Quer uma quer outra destas avaliações podem-se entender como competências de qualquer profissional de saúde no âmbito da sua esfera de ação. Todavia, têm sempre como pressuposto que a concretização destas competências tem outras exigências que passam, por um lado, pela cultura organizacional (i.e. um ambiente acolhedor e securizante) e por outro, pela existência de condições físicas adequadas a este tipo de avaliação. Sobre o primeiro destes fatores é fundamental compreender-se que o profissional de saúde pode não ser a primeira pessoa com quem o utente contacta. Logo, todos os profissionais de qualquer serviço devem possuir a necessária sensibilidade para esta problemática. Relativamente ao segundo, é de salientar que a violência tem um impacto global e profundo sobre a pessoa, o que a conduz a uma

fragilidade e sensação de insegurança extremas e que, portanto, exigem medidas especiais de acolhimento e atendimento, mesmo do ponto de vista das condições do espaço físico.

De acordo com as recomendações da *National Guideline Clearinghouse*, feitas através do documento *“Domestic violence. A guide to screening and intervention¹”*, a avaliação do risco universal é a melhor forma de identificar o abuso. Os profissionais de saúde devem, como rotina, conduzir uma avaliação de risco em todos os utentes, que lhes permita identificar sinais e sintomas de abuso. As mulheres grávidas devem ser rastreadas na visita inicial e novamente ao terceiro mês. O simples facto de se perguntar sobre o abuso é um cuidado em si mesmo, porque mesmo que o utente não seja vítima de abuso fica a saber que o profissional de saúde e a organização a que ele pertence estão sensíveis a essa problemática e são um local seguro para acorrer em caso de necessidade.

Os utentes devem ser rastreados quando estão sozinhos e sem mais ninguém presente na sala. Não é seguro fazê-lo na presença de outras pessoas pois uma dessas pessoas pode ser o agressor ou alguém que lhe faça chegar essa informação.

O rastreamento de violência deve ficar registado no processo clínico. Deve registar-se *“foi realizado o rastreamento de violência doméstica. O utente refere que no presente momento a violência não é uma preocupação sua”*.

¹ Brigham and Women's Hospital. Domestic violence. A guide to screening and intervention. Boston (MA): Brigham and Women's Hospital; 2004. 11 p. [23 references]

Pode iniciar-se o rastreamento com alguma das seguintes afirmações ou outra semelhante:

“A violência familiar tem um enorme impacto na saúde e bem estar das pessoas e é muito comum, pelo que eu pergunto a todos os meus utentes se alguém os tem ameaçado, magoado ou de algum modo violentado”.

“Estou tão preocupado com a violência doméstica que pergunto a todos os utentes sobre isso, tal como pergunto sobre todos os outros aspetos da saúde”.

Após isto poderão então introduzir-se as seguintes questões específicas do rastreio de violência doméstica:

- *Alguma vez se sentiu insegura/o ou com medo de alguém (por exemplo o seu parceiro, um familiar ou qualquer outra pessoa)?*
- *Alguém a/o tentou ou tenta controlar (por exemplo, com quem você fala ou está, onde vai, o que ouve e como gasta o seu dinheiro)?*
- *Alguém alguma vez a/o feriu ou tentou ferir a si ou a alguém de quem cuida? Por exemplo, alguma vez alguém lhe bateu, deu pontapés, uma estalada ou forçou a ter atos sexuais contra sua vontade?*
- *(Para as mulheres grávidas) Desde que está grávida alguma vez alguém lhe bateu, deu pontapés, uma estalada ou de algum modo a magoou fisicamente?*

Em alternativa poderá usar-se a versão portuguesa *Abuse Assessment Screen*¹ (AAS) (ver [anexo III](#)).

Para utentes acerca dos quais se identificaram indicadores que levam o profissional a suspeitar de elevada probabilidade de violência devem colocar-se adicionalmente as seguintes questões:

- *Como é que o seu parceiro/a se dá com a sua família e amigos?*
- *A maioria dos casais discute de vez em quando. Quando você e o/a seu parceiro/a discutem, você sente medo?*
- *Quando o/a seu parceiro/a fica muito zangado/a como é que ele/a age? Passa ao ato fisicamente e empurra-a/o, agarra-a/o ou bate-lhe? O seu parceiro/a força-a/o a ter relações sexuais ou fere-a/o durante o ato sexual?*
- *Estou preocupado pois isto não parece resultante de uma queda.*

Por vezes para que a VD se revele torna-se necessário ultrapassar algumas barreiras. De entre estas destacamos:

Barreiras interpessoais:

- O utente tem medo de ser julgado pelo profissional de saúde;
- O utente não tem confiança no sistema;
- O utente tem medo que ninguém acredite nele, o culpe por ficar com o perpetrador ou por não ter agido mais cedo;
- O utente nunca falou sobre o assunto e não sabe como abordá-lo.

¹ REICHENHEIM, M. E., Morais, C. L., e Hasselmann, M. H. - Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida Rev. Saúde Pública, 34 (6): 610-16, 2000
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n6/3575.pdf>

Falta de acesso à informação e aos recursos:

- O utente não tem consciência que o que lhe está a acontecer seja violência doméstica;
- O utente pensa que o que lhe está a acontecer não é suficientemente sério para ser considerado “violência doméstica”;
- O utente não tem consciência de quais os recursos disponíveis para o ajudar ou não é capaz de recorrer aos mesmos devido ao controlo exercido pelo agressor;
- O utente não tem independência financeira ou social;
- O utente está preocupado com a segurança e bem estar das crianças.

Barreiras institucionais e relativas aos profissionais de saúde:

- O profissional de saúde não fez as perguntas de rastreamento de violência doméstica;
- O rastreamento não é feito na língua materna do utente;
- O utente está preocupado com a divulgação de informações sobre o agressor uma vez que este também é utente do mesmo profissional/instituição de saúde;
- O utente tem medo que a divulgação do abuso resulte em notificação às autoridades o que pode exacerbar a violência em casa.

No âmbito do rastreamento das situações de violência doméstica, a avaliação clínica tem uma função preponderante quer na exploração de sinais e sintomas aparentemente incongruentes e/ou inconsistentes, quer na evidência da prova da VD. Por tais razões a avaliação clínica deve merecer

especiais cuidados sugerindo-se especial atenção para os aspetos mencionados na tabela 1.

TABELA 1 - AVALIAÇÃO CLÍNICA

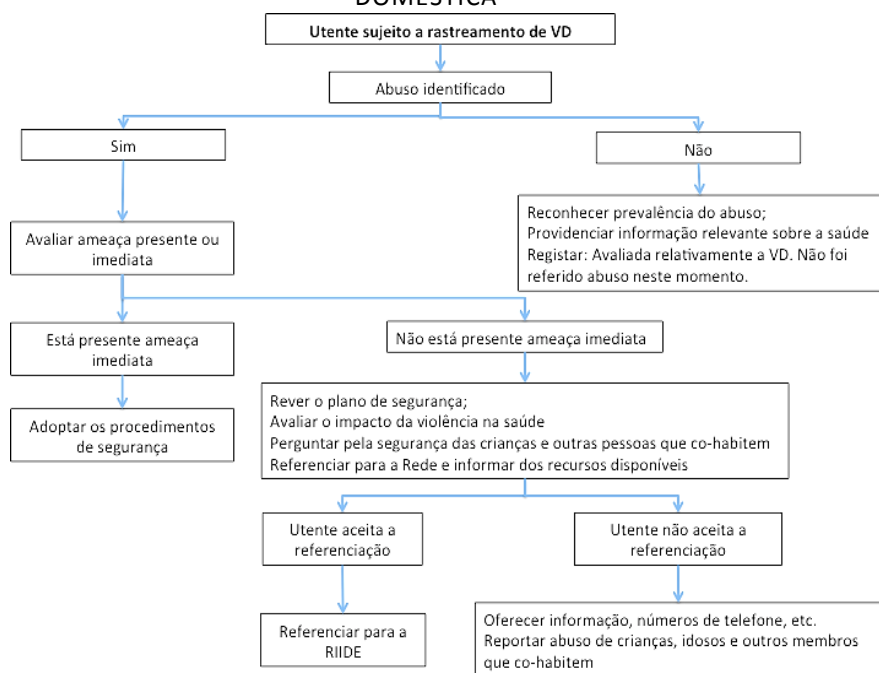
História	<ul style="list-style-type: none"> - Dor crónica inexplicável, incluindo cefaleias persistentes, dor torácica, abdominal ou pélvica; - Situação de saúde crónica como queixas gastrointestinais, síndrome do cólon irritável, dores lombares, dores articulares, fadiga crónica e/ou diversas somatizações; - DST e exposição ao HIV através de coerção sexual; - Múltiplas interrupções voluntárias da gravidez; - Exacerbação de sintomas de doença crónica como asma ou diabetes; - Feridas na cavidade oral ou dor facial; - Não adesão a tratamento prescrito e faltas sucessivas a consultas.
Sintomas Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Insónia e outros distúrbios do sono; - Depressão e ideação suicida; - Ansiedade e síndrome de pânico; - Desordens alimentares; - Abuso de substâncias, incluindo tabaco; - Síndrome pós-traumático; - Sintomatologia somatiforme; - Uso de serviços psiquiátricos pela vítima ou parceiro.
Achados físicos e características das lesões causadas pela violência doméstica	<ul style="list-style-type: none"> - Qualquer lesão especialmente as da face, cabeça, áreas do pescoço, garganta, abdómen e genitais; - Higiene dental pobre; - Traumatismo dental ou temporo-mandibular; - Queimaduras; - Sinais de violência sexual; - Distribuição central das lesões de modo a poderem ser cobertas pela roupa; - Lesões defensivas nos antebraços;

	<ul style="list-style-type: none"> - Lacerações do punho e tornozelos resultantes de imobilizações; - Lesões que não são suficiente ou adequadamente explicadas; - Hematomas de diferentes formas e tamanhos refletindo o uso de diferentes armas; - Hematomas e lesões em diferentes estádios de cicatrização
Indicadores comportamentais	<ul style="list-style-type: none"> - Atraso na procura de tratamento; - Uso repetido de serviços de urgência ou cuidados de saúde primários, por traumatismos; - Uso de comportamentos evasivos durante a história ou exame clínico; - Referências ao temperamento ou irritação do parceiro; - Relutância em falar na presença do parceiro; - O parceiro responder a todas as perguntas ou insistir em estar presente quando solicitado a sair; - Parceiro excessivamente atento ou verbalmente abusivo; - Abuso ou negligência de crianças, pessoas dependentes (com deficiência), idosos ou adultos em casa; - Abuso de animais.
Achados durante a gravidez e parto	<ul style="list-style-type: none"> - Falhas frequentes das consultas pré-natais; - Baixo ganho ponderal da mãe; - Qualquer lesão incluindo quedas; - Complicações tal como aborto, baixo peso à nascença, trabalho de parto prematuro, rutura prematura das membranas; - Diminuto autocuidado; - Abuso de substâncias, incluindo tabaco, durante a gravidez

Adaptado de: Eisenstat, S & Bancroft, L, Primary care: Domestic Violence, New England Journal of Medicine, 1999; 341: 886-92 and Lewis-O'Connor, A., Neighborhood Health Plan, 1997 and Passageway at BWH – Training Materials.

Em jeito de conclusão da componente relativa ao rastreamento das situações de violência doméstica, apresentamos um algoritmo (ver figura 2) que de algum modo, resume o que atrás foi apresentado e serve como estrutura de raciocínio que poderá ser usado se os profissionais o entenderem como útil.

FIGURA 2 - ALGORITMO DE RASTREAMENTO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA



Adaptado de: Brigham and Women's Hospital. Domestic violence. A guide to screening and intervention. Boston (MA): Brigham and Women's Hospital; 2004. 11 p. [23 references]

INTERVENÇÃO

A intervenção perante situações de violência doméstica assenta num conjunto de princípios que estão centrados na vítima mas pressupõem o envolvimento de diversas estruturas e recursos de toda uma rede. Esta é uma das razões principais que estimula a criação de redes, mas acima de tudo, a sua articulação funcional, quer através de mecanismos formais, quer informais. Tal significa que devem ser cada uma das situações e as suas necessidades e não os procedimentos formais a conduzirem a intervenção dos profissionais.

Continuando a ter como referência fundamental as recomendações da *National Guideline Clearinghouse*, feitas através do documento “*Domestic violence. A guide to screening and intervention*¹”, a intervenção deve ser desenvolvida em seis passos que se constituem também como princípios de intervenção.

Primeiro passo – Reconhecer e validar a revelação do utente

Devido ao facto de uma pessoa sujeita a violência normalmente sofrer de vergonha e isolamento, a primeira preocupação de qualquer profissional de saúde perante a revelação de uma situação de violência deverá ser validar a experiência e preocupações da pessoa.

Essa validação é seguramente feita através de uma atitude de congruência e disponibilidade, mas poderá ser ajudada através do uso de um conjunto de afirmações que a expressam, tais como:

¹ Brigham and Women's Hospital. Domestic violence. A guide to screening and intervention. Boston (MA): Brigham and Women's Hospital; 2004. 11 p. [23 references]

- *Quero que saiba que a partir de agora não está sozinha neste processo.*
- *Você merece estar e sentir-se segura.*
- *Tenho imensa pena que isto lhe tenha acontecido.*
- *Estou muito contente que se tenha sentido segura para me contar. Eu gostaria de a ajudar.*
- *Estou preocupado com a sua segurança.*
- *Temos recursos diversos que podemos disponibilizar para a ajudar.*
- *Você não é culpada da violência.*
- *Você não tem de lidar com tudo isto sozinha.*
- *Posso dar-lhe algumas informações e contactos que lhe poderão ser muito úteis.*

Por outro lado, existem um conjunto de afirmações que poderão ser **prejudiciais** ao processo que se inicia naquele momento e que como tal **devem ser evitadas**. De entre estas destacamos:

- *Você é uma vítima de violência doméstica?*
- *Qual é a sua responsabilidade nas discussões e nas agressões?*
- *Porque é que continua envolvida com ele se estava consciente de que era violento?*
- *Porque é que não me disse há mais tempo?*
- *Porque é que não o deixou a primeira vez que a agrediu?*
- *Porque é que não chamou a polícia?*
- *Porque é que não pediu uma medida cautelar?*

Segundo passo – Responder às consequências de saúde da violência

- Avaliar os efeitos físicos e mentais da violência;
- Examinar lesões atuais e passadas;
- Tratar as lesões de acordo com os procedimentos adequados.

Terceiro Passo – Avaliar ameaça imediata ou presente

- Perguntar se tem medo que o agressor a possa atacar hoje;
- Verificar se o agressor está presente no serviço de saúde e se está consciente que a utente procurou ajuda para a sua situação.
- Obter informação acerca do agressor: nome; anteriores ocorrências de agressão; uso de drogas; tipos de armas usadas; e tipos de armas existentes em casa.
- Perguntar sobre as ameaças feitas pelo agressor. O agressor ameaçou matar a vítima?
- Hoje sente-se segura no serviço?
- Sente-se suficientemente segura para regressar a casa?
- A vítima está preocupada com a segurança das crianças ou de outros dependentes que co-habitem?

Se existir uma ameaça imediata ou presente devem seguir-se as recomendações de segurança.

Quarto passo – Desenvolver um plano de segurança

- Perguntar se a vítima tem um plano em caso de a violência recrudes-
cer. Rever esse plano de segurança;
- Avaliar a capacidade da vítima recorrer aos serviços de apoio;
- Referenciar sempre a vítima à Rede ou a profissionais que possam
ajudar a desenvolver um plano de segurança.

Dada a importância do plano de segurança no âmbito do processo de apoio às vítimas de VD, referimos também os aspetos essenciais a ter em conta na sua elaboração, servindo-nos para o efeito do documento “*Domestic Violence: Safety Plan Guidelines*”¹ da *National Center for Victims of Crime*.

¹ National Center for Victims of Crime (2006) - Domestic Violence Safety Plan Guidelines.

<http://www.ncvc.org/ncvc/AGP.Net/Components/documentViewer/Download.aspx?DocumentID=41373>

PLANO DE SEGURANÇA

Um plano de segurança tal como o que aqui se sugere não garante só por si a segurança de ninguém. Todavia, quando devidamente interiorizado e articulado, pode ser a diferença entre a existência ou não de lesões graves como consequência de VD ou mesmo entre a vida e a morte. Assim, sugerimos que sejam levados em linha de conta os tópicos que se seguem. É fundamental que o plano de segurança, mais que uma listagem de atividades a desenvolver se elabore em negociação com a vítima e de acordo com a sua circunstância.

Preservar a segurança pessoal enquanto vive com um abusador

É essencial que durante o período de tempo que a vítima viva com o abusador desenvolva um conjunto de estratégias que lhe permitam preservar a sua segurança e a dos seus filhos. Para esse efeito recomenda-se que a vítima:

- Identifique o uso e o nível de força do parceiro para que possa avaliar o perigo para si e seus filhos, antes que ele ocorra;
- Tente evitar uma situação de abuso, saindo;
- Identifique áreas de segurança em casa onde não haja armas e onde existam sempre vias de fuga. Se ocorrer uma discussão, tente ir para essas áreas;
- Mantenha armas como pistolas e facas fechadas e tão inacessíveis quanto possível;
- Se possível, tenha um telefone sempre acessível e saiba de cor os números para pedir ajuda. Saiba o número de uma casa de abrigo e da polícia e não tenha medo de a chamar;
- Tenha o hábito de deixar o carro de modo que o possa usar rapidamente em caso de necessidade (e.g., tenha as chaves sempre à mão, o depósito com combustível);
- Crie um conjunto de razões plausíveis para sair de casa em diferentes momentos ao longo do dia e da noite;
- Deixe que os amigos e os vizinhos saibam da sua situação e desenvolva um código (sinal) visual para quando precisar da ajuda deles;
- Se a violência for inevitável, transforme-se num pequeno alvo: dirija-se para um canto da casa, enrole-se sobre si mesma com o rosto entre os joelhos e proteja a cabeça com os braços e as mãos entrelaçadas;
- Tente não usar lenços ou joias que possam ser usadas para a estrangular;
- Não fuja para onde as crianças estão pois o seu parceiro pode feri-las também;
- Diga aos seus filhos que a violência nunca está correta, mesmo quando alguém que amamos está a ser violento. Diga-lhes que nenhum deles fez nada ou é a causa da violência e que quando alguém está a ser violento é importante garantir a segurança;
- Ensine os seus filhos como podem procurar ajuda. Ensine-os a não se envolverem na violência entre si e o seu parceiro. Planeie com os filhos um código verbal que assinala qual o momento em que devem procurar ajuda ou sair de casa;
- Treine como pode sair de casa em segurança. Treine com os seus filhos;
- Planeie o que fará se os seus filhos disserem ao seu parceiro do seu plano de segurança ou se ele vier a descobrir por outras vias;
- Ligue para a linha de violência doméstica periodicamente para avaliar as suas opções e ter alguém que a escute.

Esteja preparada para sair

- Saiba onde pode ir para encontrar ajuda; diga a alguém o que lhe está a acontecer;
- Planeie com os seus filhos e identifique um lugar seguro para eles (e.g., um quarto que possa ser trancado ou a casa de um amigo onde possam ir pedir ajuda). Reassegure-lhes que a função deles é estarem em segurança e não protegerem-na;
- Contacte previamente as casas de abrigo e/ou o NAV e informe-se sobre os seus direitos e recursos antes de ter de os usar durante uma crise;
- Tente guardar algum dinheiro ou peça a amigos que lho guardem;
- Guarde alguns pertences junto de um amigo ou familiar. Deixe roupa, medicamentos, os seus cartões de identificação pessoal (e de crédito/débito), os documentos e brinquedos dos seus filhos com eles;
- Mantenha um diário com todos os incidentes violentos devidamente datados, bem assim como as ameaças feitas;
- Mantenha consigo alguma evidência da violência física como fotografias de contusões e/ou roupa rasgada;
- Se foi ferida vá a um serviço de saúde (e.g., unidade de saúde familiar ou serviço de urgência) e conte o que lhe aconteceu. Peça para documentarem as suas lesões;
- Desenvolva competências laborais logo que possível.

O dia em que sair

- Saia quando menos se espera, por exemplo, durante os tempos de acordo e calma;
- Crie uma pista falsa.

Orientações gerais para deixar um relacionamento abusivo

- Faça um plano de como sair da relação e para onde ir;
- Planeie uma fuga rápida;
- Tenha dinheiro guardado para uma emergência;
- Esconda um conjunto extra de chaves do carro;
- Tenha uma mala preparada com um conjunto extra de roupas para si e para seus filhos e guarde-os num amigo de confiança ou na casa do vizinho. Tente evitar o uso de vizinhos, familiares próximos ou amigos comuns;
- Tenha consigo números de telefone importantes (de amigos, parentes, médicos, escolas, etc.), bem como outros itens importantes, incluindo:
 - Carta de condução;
 - Medicação necessária;
 - Talões de cheques e informações sobre contas bancárias e outros ativos.
- Se tiver tempo, leve também:
 - Documentos de identidade (e.g., BI ou CC, passaporte);
 - Registos médicos;
 - Registos da escola das crianças e cartões de vacinas;
 - Cópia de certidões de nascimento e outros documentos legais;
 - Números da Segurança Social.

Depois de deixar o relacionamento abusivo

Se tiver uma ordem de restrição e o agressor sair de casa:

- Mude as fechaduras e número de telefone;
- Mude, se possível, o horário de trabalho e os percursos efetuados;
- Mude os percursos das crianças para a escola;
- Mantenha uma cópia autenticada do seu pedido de restrição sempre consigo;
- Informe os amigos, vizinhos e empregadores que tem uma ordem de restrição em vigor;
- Entregue cópias da ordem judicial aos empregadores, vizinhos e escolas, juntamente com uma fotografia do agressor;
- Peça a presença policial sempre que necessário.

Se for você a sair de casa:

- Considere alugar uma caixa postal para receber o seu correio;
- Tenha consciência que os seus endereços estão registados nos relatórios policiais;
- Tenha cuidado a quem dá o seu novo endereço e número de telefone;
- Mude o horário de trabalho, se possível;
- Alerta os responsáveis da escola sobre a situação;
- Pense em mudar a escola dos seus filhos;
- Passe a frequentar locais diferentes;
- Peça aos vizinhos que chamem a polícia se perceberem que está em perigo;
- Converse com pessoas de confiança sobre a violência.

Adaptado de: National Center for Victims of Crime (2006) - Domestic Violence Safety Plan Guidelines.

<http://www.ncvc.org/ncvc/AGP.Net/Components/documentViewer/Download.aspxnz?DocumentID=41373>

Quinto passo – Utilizar o hospital e os recursos comunitários, nomeadamente a RIIDE

- Contactar as pessoas chave da Rede de acordo com cada situação no sentido de tomar a atitude adequada quer no que concerne ao plano de segurança, quer do encaminhamento.

Sexto passo – Registar os dados no processo clínico

O registo adequado dos dados é um aspeto crucial não só para o processo de ajuda que se desencadeou naquele momento, mas também para eventuais procedimentos judiciais. Por tal razão devem ser feitos com particular cuidado nomeadamente no que concerne à objetividade e rigor da informação, à confidencialidade e ao evitar a exposição repetida da vítima às mesmas questões por diferentes profissionais.

Deste modo os registos devem incluir os seguintes aspetos:

- Data e local da ocorrência da situação de violência;
- A versão da vítima do último acontecimento, incluindo o nome do abusador. Incluir detalhes como, tipo e natureza das ameaças, lesões e sua caracterização e armas usadas;
- História de incidentes prévios de violência com o abusador (física, sexual, emocional, verbal e económica);
- Descrição das lesões físicas;
- A avaliação clínica do profissional de saúde, as recomendações, informações, plano de segurança e o encaminhamento para recursos fornecido à vítima;
- Documentar devidamente as situações de violência sobre crianças, pessoas dependentes ou idosos.

UNIDADES DE SAÚDE DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS QUE INTEGRAM A RIIDE

AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE ALENTEJO CENTRAL II, CEN- TRO DE SAÚDE DE MONTEMOR-O-NOVO

Este Centro de Saúde integra o Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Central II e compreende diversas unidades funcionais: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Saúde Familiar (USF), e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

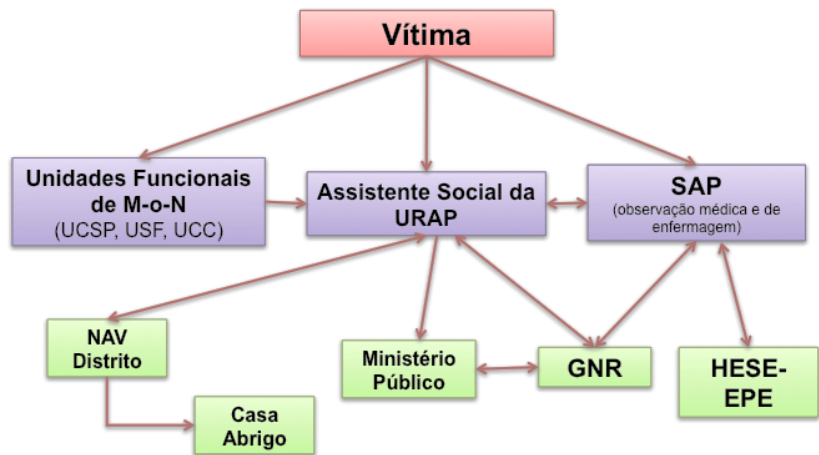
Este Centro de Saúde tem estado presente desde o primeiro momento nesta Rede, sendo representado por uma médica, e pela assistente social, as quais são as pessoas de referência neste serviço para a Rede. Os contactos do serviço são:

Telefone – 266899520

Email – csmontemor@alentejocentral2.min-saude.pt

O Centro de Saúde tem desenvolvido diversas atividades no contexto do processo da RIIDE. De entre estas destacamos, o incentivo à formação de diversos profissionais em violência doméstica, a discussão e consensualização de um fluxograma para casos de pessoas vítimas de violência doméstica (ver figura 3).

FIGURA 3 - FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO EM VIOLÊNCIA DOMÉSTICA – ACES II – MONTEMOR-O-NOVO



Legenda:

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF – Unidade de Saúde Familiar
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
SAP – Serviço de Atendimento Permanente
NAV – Núcleo de Apoio à Vítima
GNR – Guarda Nacional Republicana

A intervenção em situações de Violência Doméstica no Centro de Saúde de Montemor-o-Novo inicia-se com o acolhimento da vítima através do Serviço de Atendimento Permanente (SAP) ou das Unidades Funcionais (UCSP, USF e UCC). A vítima pode recorrer ainda diretamente ao atendimento da Técnica Superior de Serviço Social (TSSS).

No SAP, a vítima é observada pelo médico e pelo enfermeiro de serviço, sendo encaminhada, quando necessário, para o Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE (HESE) para receber cuidados especializados. O profissional de saúde que atende a vítima no SAP e deteta a situação de violência procede à denúncia da mesma junto da Guarda Nacional Republicana (GNR). Em simultâneo, é realizado o encaminhamento para a TSSS que efetua o seu acolhimento e faz uma avaliação do risco. Esta profissional articula-se ainda com a Psicóloga.

Quando a situação de violência é detetada pelos profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos) das unidades funcionais, nomeadamente a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), a Unidade de Saúde Familiar (USF) e a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), é feito o encaminhamento da vítima para a TSSS que se articula também com a Psicóloga, no sentido da realização de uma avaliação do risco psicossocial. A TSSS articula-se com o Núcleo de Apoio à Vítima (NAV) de Évora – em algumas situações, o NAV solicita ao Centro de Saúde apoio médico, de enfermagem, social e psicológico para a vítima, ao nível local e, em casos em que é necessário afastar de imediato a vítima do agressor e proceder ao seu acolhimento, faz o seu encaminhamento para uma Casa de Abrigo. Posteriormente, a TSSS informa o Ministério Público da ocorrência e das diligências efetuadas na sua resolução.

AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE ALENTEJO CENTRAL I, CENTRO DE SAÚDE DE ESTREMOZ

O Centro de Saúde de Estremoz integra o Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Central I e compreende as seguintes unidades funcionais, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Este Centro de Saúde tem estado presente desde o primeiro momento nesta Rede, sendo representado pela Assistente Social e pela Psicóloga da UCSP de Estremoz e por uma Enfermeira da UCC de Estremoz. Também, uma Enfermeira e uma Médica da Unidade de Saúde Familiar (USF) de Borba integram o referido grupo, sendo estas as pessoas de referência do ACES I para a Rede. Os contactos do serviço são:

Telefone – 268 337 700

Fax – 268 332 045

Email: clara.rodriques@alentejocentral1.min-saude.pt

florinda.recto@alentejocentral1.min-saude.pt

Este grupo designado para integrar a Rede tem incrementado diversas atividades no contexto do processo de desenvolvimento da RIIDE. De entre estas destacamos, o incentivo à formação de diversos profissionais em violência doméstica, a discussão e consensualização de um fluxograma para casos de pessoas vítimas de violência doméstica (ver figura 4). É relevante afirmar que este fluxograma é referente à realidade e recursos das Unidades Funcionais de Estremoz (Centro de Saúde de Estremoz).

No futuro, estes elementos pretendem criar um Núcleo de Apoio à Vítima ao nível do ACES, com o objetivo de uniformizar procedimentos de intervenção em todas as Unidades Funcionais que o integram. Como tal, o referido fluxograma poderá sofrer alterações.

De acordo com o que foi consensualizado pelos profissionais deste grupo, no que se refere à intervenção em Estremoz, a vítima pode recorrer diretamente ao atendimento da Assistente Social da UCSP, ser sinalizada pelos profissionais dos serviços do ACES (UCSP ou Serviço de Urgência Básica - SUB), deslocar-se diretamente ao HESE-EPE ou às Forças de Segurança. Geralmente, as entidades atrás referidas sinalizam para a Assistente Social da UCSP, solicitando a sua intervenção na resolução da situação. A Assistente Social, por sua vez, articula-se, numa primeira fase, com o Núcleo de Apoio à Vítima (NAV) Distrital ou uma Casa de Abrigo, de forma a garantir a segurança da vítima. Nas situações em que é necessário exame de corpo delito, a vítima é encaminhada para o HESE através do SUB. Posteriormente, a Assistente Social informa o Ministério Público da ocorrência e das diligências concretizadas na sua resolução.

FIGURA 4 - FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO REALIZADA JUNTO DA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA - ACES I - CENTRO DE SAÚDE DE ESTREMOZ



Legenda:

USCP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

HESE – Hospital Espírito Santo de Évora
SUB – Serviço de Urgência Básica
NAV – Núcleo de Apoio à Vítima

CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES

Este nível de cuidados integra obrigatoriamente a Rede porque sempre que a saúde das pessoas está em causa é necessário equacionar todos os níveis de cuidados. Os cuidados hospitalares funcionam na Rede simultaneamente como um recurso de primeira e de segunda linha de acordo com a natureza do serviço que considerarmos.

HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO, EPE

A participação do Hospital do Espírito Santo de Évora faz-se através de todos os seus serviços, mas há dois particularmente importantes, o Serviço de Urgência, por ser aqui que as vítimas de violência doméstica acorrem sempre que dessa violência resultam lesões de maior gravidade ou sempre que a vítima carece de uma proteção imediata; e o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, o qual poderá colaborar no atendimento de primeira linha, no Serviço de Urgência ou ficar mais reservado para o acompanhamento posterior dos casos que lhe venham a ser encaminhados, quer por outros serviços do Hospital quer por outras estruturas da Rede.

Tal como já ficou patente, os serviços de saúde são elementos fundamentais da Rede porque têm uma distribuição territorial alargada, porque têm mandato social para inquirirem sobre todas as dimensões da vida das pessoas e porque funcionam como estruturas securizantes, ou seja as pessoas têm tendência a sentirem-se seguras e protegidas em ambientes vocacionados para lidar com os diversos “males” e cujos profissionais estão sujeitos ao sigilo profissional. Por tais razões estes serviços são fundamentais em qualquer dos níveis de prevenção do fenómeno da violência doméstica.

Preconiza-se portanto que seja levado na devida conta tudo o que atrás já foi afirmado sobre os serviços de saúde.

SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Serviço de Urgência do HESE-EPE é um dos pontos-chave da RIIDE. Este serviço tem estado presente desde o primeiro momento na Rede, sendo representado pela Diretora do Serviço, pelo Enfermeiro Chefe ou um seu substituto e pela Assistente Social, que são as pessoas de referência, neste serviço, para a Rede. Os contactos são:

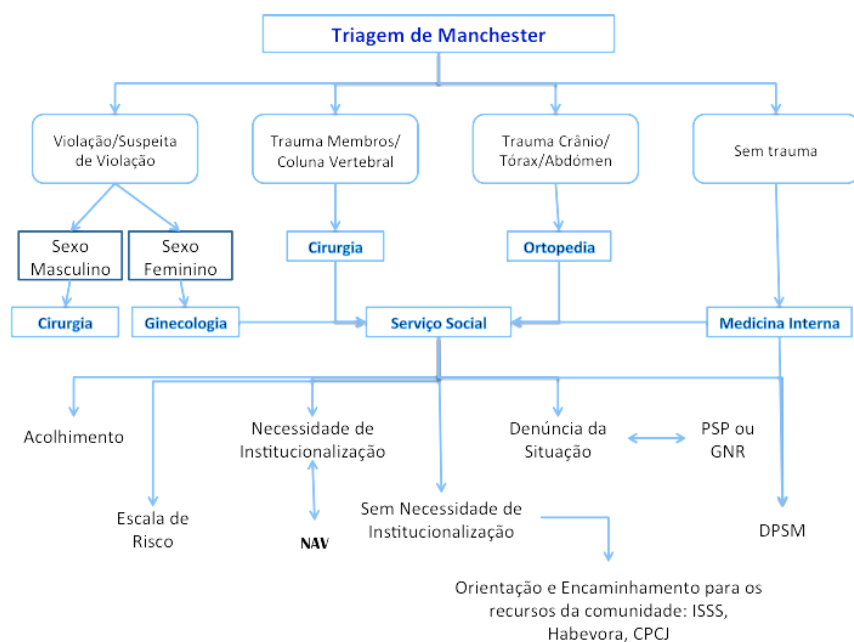
Telefone – 266 740 115; 266 740 100

Fax – 266 707 333

E-mail: apiteira@hevora.min-saude.pt ; dir.urgencia@hevora.min-saude.pt

O Serviço tem desenvolvido diversas atividades no contexto dos processos de desenvolvimento da RIIDE. O facto dos representantes na Rede serem as chefias deste Serviço tem, entre outras, as vantagens de agilizar a articulação e de formalizar o apoio inequívoco a este projeto. De entre as diversas ações já desenvolvidas, destacamos o incentivo à formação em violência doméstica dos diversos profissionais e a consensualização de um organograma de atendimento e encaminhamento (ver figura 5).

FIGURA 5 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO E ENCAMINHAMENTO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HESE-EPE



Assim, o recurso ao Serviço de Urgência do HESE-EPE pode ocorrer por autorreferenciação (do utente/vítima) ou, menos frequente, por encaminhamento de várias Instituições/Organizações (habitualmente a referenciação é feita pelas ACES, SUB, NAV, Forças de Segurança ou Casa de Abrigo).

No Serviço de Urgência o/a utente é inscrito/a e posteriormente é atendido/a por um enfermeiro, segundo o Protocolo de Manchester (vulgo Triagem de Manchester), com o objetivo de lhe ser atribuída uma prioridade

clínica (habitualmente designada por cor) e um encaminhamento para uma Especialidade, de modo a ser observado por um médico. Sempre que há queixa espontânea de violência doméstica ou suspeita, o enfermeiro da triagem regista, no programa informático em uso no Hospital, uma solicitação de observação pela Assistente Social (que se encontra no Serviço de Urgência, a tempo inteiro - 40 horas/semana).

O encaminhamento para a avaliação clínica por uma especialidade médica foi alvo de organização interna. Sempre que há violação ou suspeita de violação de uma vítima do sexo masculino, é a Cirurgia Geral que faz a primeira observação; se a vítima é do sexo feminino, é a Ginecologia; se há traumatismo da coluna ou dos membros, independentemente do sexo, será a Ortopedia que fará a primeira observação; se existe traumatismo do tórax, do abdómen ou craniano é a Cirurgia Geral. Sempre que não há traumatismos visíveis, a vítima é encaminhada para a Medicina Interna. Obviamente, sempre que necessário, mais do que uma especialidade pode intervir na observação (as já referidas e ainda a Psiquiatria, a Oftalmologia, a Estomatologia a título de exemplo).

Especial relevo tem sido dado ao pormenorizado dos registos da observação médica, muitas vezes complementados por diagramas corporais (sempre no sistema informático em uso) e a eventuais exames complementares (geralmente radiológico) que permanecem no arquivo do Hospital.

Em alguns casos (geralmente quando está envolvida violação ou suspeita de violação) são colhidos produtos biológicos, que são encaminhados segundo a legislação em vigor.

Quanto ao destino da vítima, ela poderá ter que ficar internada, se as lesões assim o justificarem. Se a Assistente Social não se encontrar ao serviço e a situação for sinalizada como grave pelos profissionais de saúde, terá de permanecer no Serviço de Urgência (estas situações ocorrem, sobretudo, durante a noite e ao fim-de-semana). A maior parte das vezes, contudo, a vítima é referenciada ao Serviço Social durante o dia, o que permite que seja acolhida e seja feita uma avaliação do risco (utilizando como instrumento a “Escala de Avaliação de Risco” – ver [anexo IV](#)). O encaminhamento é efetuado tendo em conta a gravidade da situação e o risco que a vítima corre.

Se existe necessidade de Institucionalização é contactado o NAV. Nos outros casos, para além de se solicitar o apoio da família da vítima (pais, irmãos, outros) há orientação e encaminhamento para recursos da comunidade (ISSS, Habevora, CPCJ).

Existe também articulação imediata com as Forças de Segurança, sendo feita a denúncia da situação. A todas as vítimas é entregue um pedido de Consulta de Psicologia para o HESE-EPE.

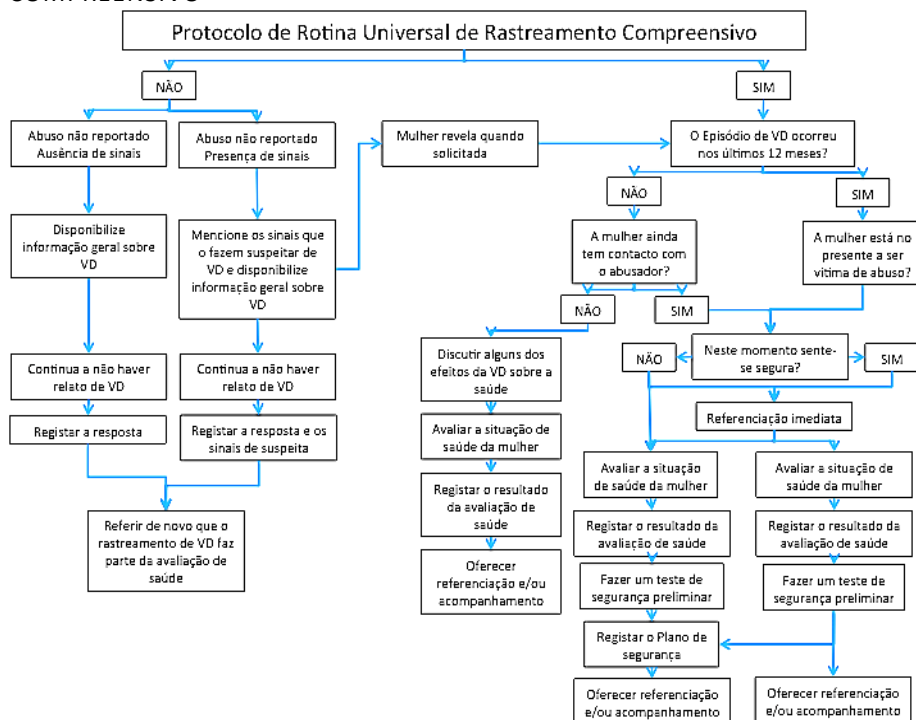
Todavia e porque a Rede está a dar os seus primeiros passos, mas também porque entendemos que a intervenção junto de vítimas de violência doméstica exige um sistemático desenvolvimento e aperfeiçoamento, sugerimos um conjunto de estratégias com base em experiências e recomendações internacionais.

O rastreamento sistemático de VD em todas as mulheres que acorram aos serviços de urgência tem vindo a ser adotado como boa prática em diversos

países. A prática mais frequentemente adotada no contexto de serviços de urgência dos hospitais portugueses que aderiram ao combate à violência doméstica é a inserção no protocolo de Manchester de um item sobre a VD. Todavia os procedimentos são variáveis de uma instituição para outra, dependendo de um conjunto de circunstâncias acessórias. Tal como já foi afirmado o rastreamento de VD deve ser feito em condições que garantam a privacidade (afastado de familiares e amigos da potencial vítima) e por profissionais de saúde preparados para o efeito. Deste modo, pode optar-se pela recolha de sinais indiretos de VD e encaminhamento posterior para um profissional com preparação específica ou para condições mais adequadas.

Assim e como sugestão, propõe-se como orientação genérica um protocolo de rastreamento compreensivo de rotina universal (ver figura 6).

FIGURA 6 – PROTOCOLO DE ROTINA UNIVERSAL DE RASTREAMENTO COMPREENSIVO



Adaptado de: Middlesex-London Health Unit. (2000). Task force on health effects of woman abuse – Final report. London, Ontario

De acordo com o *Ohio Domestic Violence Network and the National Health Care Standards Campaign Committee Ohio Chapter* (2003)¹ existe um con-

¹ Ohio Domestic Violence Network and the National Health Care Standards Campaign Committee Ohio Chapter (2003) - The Ohio Domestic Violence Protocol for Health Care Providers: Standards of Care - http://www.irsj.org/dvsa-drc/ohio/ODVN_protocol.pdf

junto de critérios que devem ser respeitados no rastreamento de VD no contexto dos serviços de urgência. Deste modo e relativamente ao profissional de saúde que deve fazer o rastreamento de VD exige-se que, no mínimo, deva ser conduzido por um profissional que:

- Tenha oportunidade de falar com a pessoa num local privado;
- Tenha recebido formação sobre as questões da VD, a segurança e a autonomia das pessoas abusadas e tenha competências culturais;
- Tenho sido treinado em como perguntar acerca do abuso e como intervir junto das vítimas de abuso;
- Tenha autorização para registar no processo clínico do doente;

Idealmente o rastreamento deverá ser conduzido por um profissional de saúde que adicionalmente:

- Estabeleça uma relação de ajuda ou de confiança com a vítima, ou
- Tenha um papel claramente definido.

Para além disso o rastreamento para VD deve fazer parte da entrevista direta que é feita ao utente, ser feito com perguntas diretas e isentas de julgamento, ter lugar em privado; os familiares e amigos da vítima não devem estar presentes durante o rastreamento e preferencialmente também não devem estar presentes as crianças; ser confidencial sendo que os utentes devem ser informados da confidencialidade da conversa bem como dos limites dessa confidencialidade; e usar intérpretes profissionais se necessário em vez de um amigo ou familiar do utente.

De referir por último que o rastreamento para violência doméstica deve também ser incluído como parte de um questionário de saúde escrito e ser feito na língua materna do utente. Para além das alternativas já atrás referidas para os Cuidados de Saúde Primários e que também aqui podem ser usadas (e.g., *Abuse Assessment Screen*), sugere-se como alternativa o instrumento de rastreamento de violência doméstica Adaptado de *Ohio Domestic Violence Network and the National Health Care Standards Campaign Committee Ohio Chapter* (2003) ([ver anexo V](#)).

Relativamente à condução da entrevista a mesma deve iniciar-se com um enquadramento do porquê destas perguntas. Assim pode iniciar-se a entrevista com uma das seguintes frases:

“Devido ao facto de as mulheres serem tão frequentemente vítimas de violência agora pergunto a todas as minhas utentes acerca disso.”

Ou

“Muitas das mulheres que tenho visto têm problemas de violência nas suas relações. Muitas estão com muito medo e desconfortáveis para o admitirem a si próprias, assim decidi começar a perguntar a todas as minhas utentes sobre isso por rotina.”

Após e a título de exemplo, podem colocar-se as seguintes questões:

“Alguma vez foi ferida ou ameaçada por alguém?”

“Está presentemente ou alguma vez esteve numa relação na qual fosse fisicamente ferida, ameaçada ou em que a tenham feito sentir medo (ou insegurança)?”

“Alguma vez foi emocionalmente, fisicamente ou sexualmente abusada pelo seu parceiro ou alguém importante para si?”

Caso a utente seja adolescente deve ser objeto de particular atenção, quer nas frases de enquadramento, quer na linguagem usada. Como frase de enquadramento e a título de exemplo, pode-se começar assim:

“Todas as pessoas têm o direito de se sentirem seguras e escolherem o que fazer com o seu corpo.”

“Por vezes as pessoas dizem e fazem-nos coisas que podem ser prejudiciais e fazerem-nos sentir confusos e desconfortáveis. Alguém alguma vez te fez sentir assim?”

Deixe depois as respostas dadas conduzirem as perguntas seguintes.

Em termos conclusivos e de acordo com a *Middlesex-London Health Unit* (2000), podemos enunciar um conjunto de princípios que devem presidir ao rastreamento de situações de VD.

Princípios guia para o rastreamento

A – Atitude e proximidade/disponibilidade dos profissionais de saúde

A – Acreditar na narrativa da mulher acerca da sua experiência de violência

C – Confidencialidade é essencial para a revelação

D – Documentação consistente e legível

E – Educação acerca dos graves efeitos da violência na saúde

R – Respeito pela integridade e autoridade de cada mulher nas suas escolhas de vida

É fundamental reconhecer que o processo de lidar com o abuso identificado deve ser feito ao ritmo da mulher e dirigido pelas suas decisões.

A – Atitude e proximidade/disponibilidade

- Tratar a utente com respeito, dignidade e compaixão;
- Ser sensível para as diferenças inerentes à idade, cultura, linguagem, etnia e orientação sexual;
- Deixar claro que a violência não é culpa da vítima mas responsabilidade do perpetrador;
- Reforçar que ninguém tem o direito de usar abuso físico, sexual ou emocional para controlar as ações de outra pessoa;
- Reforçar que o abuso sexual e físico é crime em Portugal;
- Transmitir uma postura não ameaçadora e isenta de julgamentos nas palavras, expressões faciais e linguagem corporal;
- Expressar preocupação pela segurança;
- Reconhecer a força que demonstrou para sobreviver à violência e revelá-la;
- Oferecer apoio;
- Evitar críticas excessivas ao abusador.

A – Acreditar

- Demonstrar por palavras e ações que acredita na revelação;
- Relembrar que o medo de não acreditarem nelas silencia as mulheres. O abusador deve tê-las convencido que ninguém acreditaria nelas se dissessem o que se passava;
- Ajudá-las a entender que muitos de nós tentam bloquear memórias que sejam demasiado dolorosas para lidar com elas. Se ela está a revelar abusos passados pode não estar exatamente segura sobre o que aconteceu e onde;
- Reassegurar-lhe e encorajá-la a ter confiança nas suas próprias perceções acerca do abuso.

C – Confidencialidade

- Fazer a entrevista em privado sem a presença de familiares ou amigos;
- Usar um intérprete profissional se necessário e não um familiar ou amigo;

- Falar-lhe diretamente sobre as políticas e procedimentos usados na sua prática ou na instituição para proteger a confidencialidade;
- Informá-la que está a registar a informação que lhe possa fornecer ajuda e proporcionar-lhe os serviços de saúde adequados e referenciá-la e que a mesma poderá ficar disponível para a ajudar mais tarde se ela lhe der permissão para a partilhar.

D – Documentação

- Documentar consistentemente e de forma legível;
- Distinguir entre as suas observações e o relato da vítima;
- Registar informações sobre o primeiro incidente, o pior e o mais recente;
- Se mais de uma pessoa abusou da utente, distinguir os abusadores e as lesões ou efeitos sobre a saúde específicos de cada incidente;
- Indicar a frequência dos incidentes de abuso bem como qualquer acréscimo ou decréscimo na frequência e perigosidade;
- Evitar declarações subjetivas ou especulativas que podem pôr em causa a credibilidade da mulher;
- Usar as próprias palavras da mulher, entre aspas, tão frequentemente quanto possível;
- Usar diagramas e/ou fotografias quando possível para documentar as lesões físicas.

E – Educação

- Educar acerca da violência e dos seus efeitos sobre a saúde;
- Ajudá-la a entender que não está sozinha;
- Tentar enquadrá-la num sistema de cuidados de continuidade e de longa duração, oferecendo-lhe a possibilidade de referência e acompanhamento.
- Esclarecê-la acerca dos recursos comunitários e ajudá-la a escolher os serviços de que precisa quando estiver pronta para receber ajuda;
- Disponibilizar posters, brochuras e outras informações disponíveis acerca da violência sobre mulheres;
- Dar-lhe informação acerca da Linha Telefónica de Informação às Vítimas de Violência Doméstica

R – Respeito e Reconhecimento

- Respeitar a integridade e autonomia das escolhas de vida das mulheres;
- Reconhecer que deve lidar com o abuso ao seu ritmo;
- Reconhecer que uma mulher violentada é perita acerca do seu próprio abuso e do abusador;
- Sublinhar a força e a capacidade de sobrevivência que tem demonstrado;
- Não tentar dizer-lhe o que fazer mas ajudá-la a entender quais as opções disponíveis; ela deve escolher as opções e decidir como alcançar os seus objetivos e prioridades;
- Oferecer referência para outros serviços especializados e acompanhamento;

- Não a rotule de resistente ou não aderente se ela decidir não aceitar os seus conselhos; deixar claro que respeita o seu direito de escolha e continuará como seu cuidador para a ajudar;
- Assegure-se que a medicação que lhe for prescrita para a ajudar a lidar com o stress e/ou os problemas de sono não diminuem a sua capacidade para agir adequadamente em sua própria defesa;
- Ajude-a a reconhecer que não pode controlar as ações dos outros; só pode decidir ela própria.

NUNCA

- Atribua as culpas à vítima;
- Coloque questões sobre abuso em frente do abusador;
- Minimize, negue ou banalize o que diz a vítima;
- Confronte o abusador;
- Sugira aconselhamento matrimonial conjunto;
- Aliene a mulher criticando o seu parceiro;

Adaptado de: Health Canada: Family Violence Prevention Unit, (1999) & Middlesex-London Health Unit (2000).

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

O DPSM do HESE, EPE funciona como valência de primeira linha, intervindo ao nível do Serviço de Urgência¹, ou de segunda linha, avaliando e/ou acompanhando terapeuticamente vítimas e agressores.

Apesar de no fluxograma apresentado (ver figura 7) se vincar o acesso de vítimas e agressores às consultas externas de Psiquiatria e de Psicologia, é preciso realçar a possibilidade de intervenção de outras valências técnicas do Departamento, nomeadamente da Enfermagem e do Serviço Social, de acordo com o consenso da equipa e tendo em consideração a tipologia das situações.

Em relação às vítimas, a perspectiva de intervenção tenta ser, tanto quanto possível, ecológica e promotora de segurança e autonomia. O acompanhamento psicofarmacológico, a psicoterapia e a abordagem comunitária sempre que necessários e, em todos os casos, o aconselhamento e a facilitação de movimentos na rede, fazem parte da abordagem típica do DPSM.

Quanto ao trabalho com agressores, tentando sempre manter uma abordagem ecológica, através do acompanhamento psicofarmacológico e psicoterapêutico, deve ajudá-los a mudar as suas crenças e atitudes em relação ao poder e à violência, nomeadamente à violência sobre a mulher, a reconhe-

¹ Durante a semana um psiquiatra de prevenção ao SU entre as 14h e as 8h. Das 8h às 14h os utentes ou aguardam pelas 14 horas ou são encaminhados para a consulta externa de Psiquiatria. No fim-de-semana, existe um psiquiatra de prevenção ao SU nas 24 horas.

cer os seus comportamentos como errados e mesmo criminosos e a controlar, nomeadamente, os seus impulsos agressivos e a sua obsessão pelo controlo do Outro.

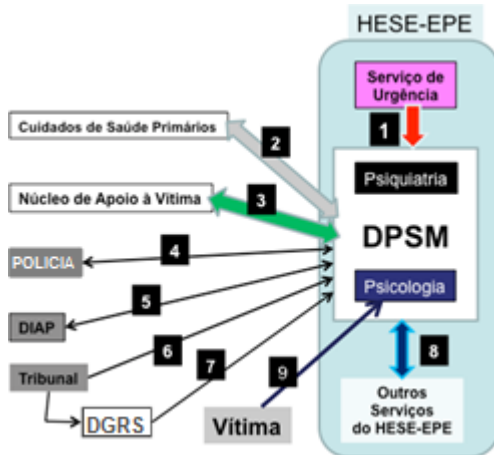
Contactos do DPSM:

Telefone – 266 740 193

Fax – 266 740 195

Email: amagalhaes@hevora.min-saude.pt

Figura 7 - Fluxograma da intervenção realizada junto da Vítima de Violência Doméstica pelo DPSM do HESE EPE



LEGENDA:

1. As vítimas detetadas no SU podem ser encaminhadas para as valências do DPSM quer através do psiquiatra de Prevenção ao SU, quer através de encaminhamento feito pelo Serviço Social do SU.
2. Os Serviços de Saúde de proximidade devem encaminhar vítimas e agressores que necessitem de acompanhamento psiquiátrico ou psicoterapêutico. Para a valência de Psiquiatria é obrigatória a referência do médico assistente.
3. O Núcleo de Apoio à Vítima de Évora (NAVE) tem desde a sua constituição, por protocolo assinado com o HESE, EPE, a possibilidade de encaminhar vítimas para, por semana, uma consulta inicial de Psicologia (Dr. Alberto Magalhães) e duas primeiras consultas de Psiquiatria (Dr. Palma Góis)¹.
4. O canal entre o DPSM e as polícias deve manter-se sempre aberto, em ambos os sentidos, em termos de referência de casos e de colaboração no seu acompanhamento.
5. O mesmo se passa com o MP do DIAP que encaminha vítimas para acompanhamento, pede tratamento para agressores no âmbito da suspensão provisória de processos e pede relatórios de uns e outros.
6. Também o Tribunal ordena exames periciais a vítimas e agressores e tratamento a agressores no âmbito da suspensão de pena.
7. Por vezes é a Direção Geral de Reinserção Social que envia os agressores para acompanhamento terapêutico.
8. Também os outros Serviços do HESE devem referenciar as vítimas de violência doméstica com necessidade de cuidados em Saúde Mental para o DPSM.
9. Por fim, as vítimas têm a possibilidade de marcarem diretamente uma consulta de Psicologia.

CENTRO DE RESPOSTAS INTEGRADAS DE ÉVORA

O Centro de Respostas Integradas (CRI) de Évora é uma unidade de prestação de cuidados de saúde integrados e globais a pessoas que apresentam problemas ligados ao consumo, abuso ou dependência de substâncias, quer elas sejam de álcool ou outras drogas, adaptando as modalidades terapêuticas a cada situação, em regime de ambulatório, com vista ao tratamento, redução de danos e reinserção.

Engloba como principais valências de intervenção:

- Consulta Médica
- Consulta de Psicologia
- Consulta de Enfermagem
- Consulta de Serviço Social
- Atendimento a Famílias

Independentemente do tipo de tratamento realizado, a intervenção tem como objetivos principais:

- Reduzir o uso da substância até atingir a abstinência;
- Reduzir a frequência e a severidade das recaídas;
- Melhorar o funcionamento psicológico e social, promovendo a completa reinserção.

A equipa é constituída por médicos de clínica geral, psicólogos, assistente social, enfermeiros, técnicos psicossociais, administrativos e auxiliar de ação médica.

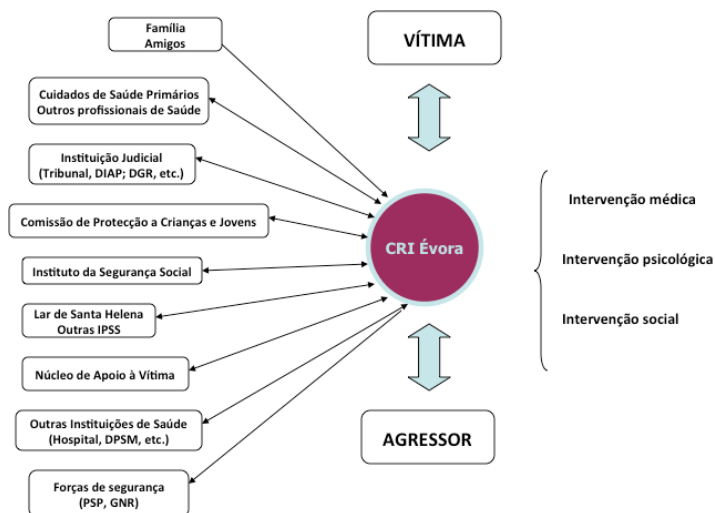
O CRI de Évora tem âmbito distrital. Funciona nos dias úteis, de segunda a sexta-feira das 09h00 às 19h00, à exceção das quartas e sextas-feiras em que funciona entre as 09h00 e as 18h00, ao fim de semana entre as 10h e as 13h para administração de Metadona. Fica localizado na rua Gil do Monte, lote 2-A. Bairro das Corunheiras, em Évora.

O CRI de Évora intervém junto de pessoas agressoras e/ou vítimas de violência doméstica, que apresentam problemas ligados ao consumo, abuso ou dependência de substâncias quer elas sejam de álcool ou outras drogas.

De acordo com o fluxograma apresentado (ver figura 8), podemos perceber que tanto as vítimas como os agressores podem recorrer a este serviço por sua própria iniciativa, através de familiares ou amigos.

Podem ainda ser referenciados/encaminhados por outros serviços de saúde (Cuidados de Saúde Primários e HESE-EPE/DPSM), pelas entidades judiciais (Tribunal, DIAP, Direcção-Geral de Reinserção), por entidades de protecção/acompanhamento e apoio social (Instituto de Segurança Social, Núcleo de Apoio à Vítima, Lar de Santa Helena, Associação “Chão de Meninos”, CPCJ, entre outras).

FIGURA 8 - FLUXOGRAMA DA INTERVENÇÃO REALIZADA JUNTO DA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E DO AGRESSOR PELO CRI



Habitualmente, os agressores são referenciados pelo Ministério Público - DIAP e/ou Direcção-Geral de Reinserção, havendo uma troca de informações regular sobre o processo de tratamento da pessoa.

No âmbito do acompanhamento a vítimas/agressores, o CRI dispõe de uma técnica de serviço social de referência, que articula com as diferentes estruturas da comunidade e que constituem a RIIDE.

O CRI integra também a RIIDE, sendo representado pela Assistente Social.

Os contactos são:

Telefone: 266 009 800

Email: cri.evora@idt.min-saude.pt ou sofia.martelo@idt.min-saude.pt

INTERVENÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO

De acordo com a Constituição da República Portuguesa e com o Projeto Estrada Larga¹ *“o Ministério Público é o órgão do Estado encarregue de o representar, de exercer a ação penal e de defender a legalidade democrática e os interesses que a lei determinar”* (p. 12). Por esta ordem de ideias *“as vítimas de violência doméstica podem dirigir-se diretamente aos serviços do Ministério Público da sua comarca para apresentar a denúncia contra o agressor, onde posteriormente é avançado um inquérito”*. Em todas as situações o titular da ação penal é o Ministério Público, coadjuvado pelos órgãos de polícia criminal.

Assim *“a intervenção do Ministério Público, titular da ação penal, decorre das regras que disciplinam os atos do inquérito, face ao crime provado de maus-tratos entre conjugues ou equiparados, ainda que sem coabitação”*. Dirige o inquérito instaurado e promove a execução das decisões judiciais para que tenha legitimidade, designadamente na jurisdição penal.

Adicionalmente *“promove e coopera em ações de prevenção da criminalidade, fiscaliza a constitucionalidade dos atos normativos, intervém nos processos que envolvam interesse público, exerce funções consultivas, fiscaliza a atividade processual dos órgãos de polícia criminal e recorre das decisões em defesa da legalidade”* (p. 12).

¹ <http://pt.scribd.com/doc/73750442/Manual-de-Violencia-Domestica>

No caso da Violência Doméstica o Ministério Público exerce as suas competências através do Departamento de Investigação e Ação Penal (DIAP). Segundo Simões (2003)¹ estes departamentos permitem “*concentrar neles a direção do inquérito e o exercício da ação penal relativamente a crimes de objetiva gravidade e de presumível complexidade investigatória da competência originária de qualquer das comarcas integrantes do respetivo distrito*”. O DIAP de Évora assume essas competências nos casos de crime de violência doméstica da Comarca de Évora.

O DIAP de Évora está representado na RIIDE através de uma Procuradora da República, sendo a sua função essencial de aconselhamento dos diversos participantes de quais os procedimentos jurídicos mais apropriados nas diversas fases do processo de combate à violência doméstica.

O DIAP de Évora interage com os diversos membros da RIIDE, mantendo como centro das suas preocupações a vítima e/ou o agressor, de acordo com o que se pode observar na figura 9.

Contactos:

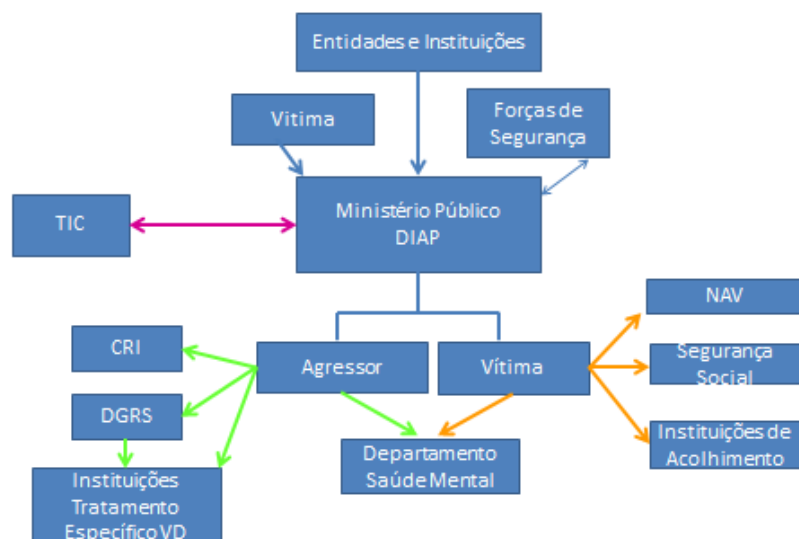
Telefone – 266 760 060

Fax – 266 758 988

Email - aurora.r.rodrigues@mpublico.org.pt

¹ Simões, Euclides Dâmaso (2003) - Os Departamentos de Investigação e Ação Penal: Natureza, Razão e Atribuições (subsídios para a análise do tema)
http://www.asficpi.org/temas/diversos/congressojust/dep_acciao_penal.pdf

FIGURA 9 - FLUXOGRAMA DA INTERVENÇÃO DO DIAP PERANTE A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA



INTERVENÇÃO DAS FORÇAS DE SEGURANÇA

As forças de segurança têm um papel fundamental perante o fenómeno da violência, nomeadamente a doméstica, principalmente ao nível da prevenção, identificação de casos, preservação da segurança da vítima e seus dependentes, recolha de informação crucial ao processo e comunicação dessa informação aos organismos e serviços com os quais se relaciona.

Todavia, neste como em todos os restantes organismos e serviços integran-

tes desta Rede, colocam-se questões que têm a ver com as competências dos profissionais e com as culturas organizacionais. O fenómeno da Violência Doméstica, para além das sensibilidades que lhe são intrínsecas, pelo facto de ocorrer no âmbito das relações de intimidade, acrescem-lhe fatores adicionais de natureza sociocultural que dificultam a sua abordagem. Um desses fatores é traduzido através de um ditado popular de efeito tremendamente pernicioso, mas que, de algum modo, prevalece – “entre marido e mulher não metas a colher”. O resultado desta marca cultural é visível numa atitude de alguma condescendência adotada perante o conhecimento de situações de violência doméstica.

Acresce a esta marca a necessidade de se desenvolverem competências específicas para lidar com um fenómeno desta delicadeza.

Para ultrapassar estas dificuldades preconiza-se para as forças de segurança, à semelhança do que se preconiza para todos os outros membros da Rede, um sistema de formação contínua, complementado por um sistema de monitorização da qualidade.

Adicionalmente estabelece-se como pressuposto da intervenção, os princípios já atrás definidos para os profissionais de saúde e que se aplicam na íntegra aos profissionais das forças de segurança (Manita *et al.* 2009¹).

¹ Manita, Celina; Ribeiro, Catarina; Peixoto, Carlos. 2009. *Violência Doméstica: Compreender para intervir. Guia de boas práticas para profissionais das forças de segurança*. ed. 3. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género: Presidência do Conselho de Ministros.

“Qualquer profissional que contacte com vítimas de VD deve:

- *Afastar/combater crenças e mitos que dificultam ou impedem a intervenção nesta área;*
- *Ter um conhecimento suficiente sobre os fatores associados à VD e sobre as dinâmicas e processos abusivos utilizados pelo agressor no contexto da VD;*
- *Conhecer/saber identificar os tipos mais frequentes de atos envolvidos na VD e suas consequências para a vítima;*
- *Saber reconhecer sinais indiciadores da ocorrência de violência e incentivar a revelação por parte da vítima;*
- *Conhecer/reconhecer as consequências da VD;*
- *Saber que a maioria desses atos constitui um crime consignado no Código Penal e aplicável em situações de VD;*
- *Adquirir as competências e estratégias básicas de comunicação/atendimento, seja presencial seja telefónico, estar sensibilizados para esta problemática e para lidar com as especificidades emocionais e comportamentais de vítimas de violência continuada;*
- *Saber quais os tipos de apoio disponíveis e quais os tipos de encaminhamento e de articulação com outros serviços que podem disponibilizar em cada área de intervenção” (pp. 35-36).*

ATUAÇÃO AO NÍVEL DA PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A prevenção da violência doméstica é uma das mais difíceis formas de intervenção, todavia as forças de segurança podem ter aqui um papel de grande importância quer pelo facto de territorialmente estarem presentes em toda a comunidade, mas principalmente porque, através de estratégias de policiamento de proximidade, esta lhes pode proporcionar um conhecimento que aliado à sua imagem de autoridade, lhes confere um estatuto próprio na veiculação de mensagens adequadas e na deteção de sinais subtis de alarme e intervenção em tempo útil. Preconiza-se assim que as forças de segurança tenham uma intervenção proactiva na difusão de mensagens de luta contra a violência doméstica junto da comunidade, nomeadamente nas suas dimensões culturalmente mais arreigadas. De acordo com a Fullwood (2002)¹, um dos primeiros requisitos em qualquer esforço de mobilização da comunidade é a sensibilização para o problema. Preconiza-se ainda que se envolvam nesta sensibilização outras forças vivas da comunidade.

Por outro lado, recomenda-se que, fazendo uso do conhecimento da comunidade que servem, estejam atentos a sinais subtis, dos quais destacamos os seguintes:

- Pessoas que manifestam, através de qualquer comportamento, falta de respeito relativamente às mulheres em geral. Tal pode ser um indicador de que consideram as mulheres como um sexo inferior e que os homens devem ter certos privilégios;

¹ Fullwood, P.C. (2002) Preventing Family Violence: Community Engagement Makes the Difference. Family Violence Prevention Fund.

- Pessoas que tenham um passado de violência e abuso. Os comportamentos abusivos e violentos podem resultar de uma desordem de personalidade e como tal manifestar-se-ão sempre que as circunstâncias o permitirem;
- Pessoas que facilmente passam ao ato e pontapeiam ou por qualquer outra forma, danificam o que encontram quando estão irritados;
- Famílias que se isolam face à comunidade;
- Comportamentos aditivos (consumos de álcool ou outras drogas).

IDENTIFICAÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

As forças de segurança são em muitas circunstâncias, as primeiras a contactar com situações de violência doméstica, quer porque foi solicitada a sua presença numa ocorrência de violência, quer porque são contactadas pelos mais diversos meios, por alguém que denuncia uma situação de violência doméstica.

Por tais razões existem um conjunto de objetivos estratégicos que devem orientar a intervenção das forças de segurança.

1 - Preservar a segurança das potenciais vítimas

Considerando que em muitas circunstâncias existe um risco imediato para a

integridade física ou para a própria vida de algumas pessoas, a primeira prioridade será necessariamente a preservação da integridade física dessas pessoas. De realçar que, ainda que a principal vítima de violência possa ser a mulher, outras pessoas que co-habitem no mesmo espaço podem estar igualmente em risco como seja o caso de crianças, idosos ou dependentes por qualquer outra razão.

A preservação da segurança da vítima pode assumir diversas formas, isoladas ou conjuntas, que vão desde o afastamento do agressor, ao afastamento da vítima e à interdição de potenciais armas agressoras.

Para que a vítima se possa sentir segura não basta saber que as forças de segurança estão presentes, é necessário que estas adotem a atitude adequada. Para o efeito parafraseamos Manita (2009)¹ nas recomendações que produz para o momento em que qualquer profissional das forças de segurança se encontra com a vítima:

- Acalmar e reconfortar;
- Escutar atenta e empaticamente; criar uma relação de empatia e confiança;
- Acreditar, em primeira instância, no relato da vítima;
- Não dar conselhos pessoais, não fazer julgamentos nem emitir juízos de valor;
- Não sugerir à vítima que tente remediar a situação e/ou manter-se na relação;

¹ Manita, Celina; Ribeiro, Catarina; Peixoto, Carlos. 2009. *Violência Doméstica: Compreender para intervir. Guia de boas práticas para profissionais das forças de segurança*. ed. 3. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género: Presidência do Conselho de Ministros.

- Respeitar a confidencialidade;
- Tratar sempre as pessoas com dignidade e respeito, ouvindo o que elas têm para dizer e não julgando a sua aparência, comportamentos ou decisões;
- Validar a denúncia e dar apoio ao pedido de ajuda, assinalando que a violência é inaceitável e reprimida pela lei e que é desejável que estas situações sejam sempre comunicadas à polícia;
- Enfatizar que a violência nunca é justificável, que nenhuma pessoa, circunstância ou comportamento justifica a sujeição a maus-tratos (físicos, emocionais, sexuais ou outros) e que este tipo de conflito extravasa largamente o âmbito privado/familiar/do casal, devendo ser objeto de preocupação e combate por todos/pela sociedade;
- Assegurar à vítima que não está só e que não tem culpa dos acontecimentos;
- Defender e afirmar o direito a uma vida sem violência nem medo;
- Ajudar a vítima a tomar decisões informadas mas não tomar decisões por ela;
- Obter informação sobre as situações de violência atuais e anteriores (e.g., natureza da violência sofrida por ela e pelos seus filhos, repetições desta situação, intervenções anteriores pelos agentes da polícia, apresentação de queixas, condenações, processos de divórcio);

- Ter consciência de que não há um perfil de maltratante e que não deve avaliar o grau de risco de existência de violência pelo “ar”, nível socioeconómico ou comportamento aparente da vítima ou do seu companheiro;
- Avaliar globalmente o seu estado e a situação (isolamento, presença de crianças, necessidade de alojamento, existência ou não de suporte familiar ou de amigos, etc.);
- Apoiar e assistir todas as decisões da vítima; se necessário, desenvolver um plano de segurança;
- Sugerir a consulta a um médico e indicar que deve solicitar um relatório no qual constem as agressões de que foi alvo e as sequelas provocadas ou transportar a vítima a um hospital ou gabinete do INML, se necessário, no momento;
- Informá-la dos seus direitos;
- Obter as informações necessárias para os procedimentos policiais e judiciais subsequentes;
- Fornecer informação sobre as opções, procedimentos e consequências de cada um;
- Proceder ao encaminhamento para a rede de apoio à vítima; encorajar a procura de serviços de apoio a partir da comunidade.

Quando o contacto é feito através do telefone, existe a necessidade de se adotarem também um conjunto de medidas tendentes a preservar a segu-

rança da vítima e ao mesmo tempo, a criar as condições que lhe permitam tomar decisões, pelo que de acordo com a mesma autora (Manita, 2009), preconiza-se:

- Obter rapidamente o nome e morada da vítima (rua, número da porta, andar, telefone, local onde está e local da agressão);
- Aconselhar a vítima a tomar medidas de segurança, como fechar todas as entradas, se o agressor saiu do local da agressão; refugiar-se em casa de vizinhos; indicar o local de refúgio onde poderá ser encontrada pela polícia;
- Obter e comunicar indicações pormenorizadas à equipa que vai intervir no local;
- Se a vítima ou os seus filhos estiverem em situação de perigo iminente, o polícia deverá incitá-los a manter-se em contacto telefónico até à chegada da brigada;
- Se a vítima ligou de uma cabine telefónica, é importante saber de que forma a identificar (e.g., o que traz vestido, presença de crianças) e combinar um local para se encontrarem, já que ela não poderá/deverá permanecer naquele local muito mais tempo;
- Se a ligação é interrompida, o polícia deve avisar os seus colegas que deverão intervir com a máxima rapidez, respeitando as instruções de segurança;

2 – Recolher a informação necessária ao desenvolvimento do processo

Um outro objetivo estratégico prende-se com a necessidade de recolha de informação que permita o desenvolvimento do processo a vários níveis. Seja qual for o desenvolvimento ou a abordagem subsequente, existem dados iniciais que podem ser determinantes. Preconiza-se assim o maior dos cuidados na recolha desses dados.

No que concerne ao depoimento das diversas partes envolvidas, principalmente do agressor e da vítima, devem ser obtidos em condições que garantam que a pessoa se pode expressar livremente sem estar sujeito a qualquer coação. Também o depoimento das testemunhas deve ser obtido em idênticas condições.

A recolha e preservação das provas é da máxima importância não devendo ser negligenciado nenhum pormenor. A recolha de informação e seu registo devem ser feitos com o máximo de isenção e sem qualquer juízo de valor.

3 – Avaliar o risco e delinear um plano de segurança

A avaliação do risco numa situação de violência doméstica é talvez a maior dificuldade com que o profissional das forças de segurança se confronta. De facto e independentemente de qualquer questionário que ajude a avaliar esse risco, a decisão depende sempre do modo como o profissional sopesa cada um dos diversos fatores em presença. Para acentuar a responsabilidade sabemos que de uma adequada avaliação do risco pode depender a integridade ou até a própria vida da vítima.

Face ao exposto, sugerem-se alguns itens que podem ajudar na determinação do grau de risco. Quanto maior for o número de respostas afirmativas, maior será o risco para a integridade da vítima. Na enunciação destes itens tivemos como referência o trabalho desenvolvido pelo London *Metropolitan Police Service*¹.

- Existe um historial de violência doméstica?
- Existe potencial para o incidente evoluir para um incidente crítico (fatal)?
- Existem crianças em casa?
- Estão presentes crianças no momento do incidente?
- O agressor foi detido?

Adicionalmente existem aqueles que se consideram como os **Fatores de Alto Risco** e que passamos a enunciar:

- **Separação** (contacto com os filhos) (a vítima pretende separar-se ou privar o agressor do contacto com os filhos);
- **Gravidez/Filho recém-nascido** (as situações de VD tendem a ser mais frequentes nestas circunstâncias);
- **Agravamento** (os ataques são cada vez mais graves e mais frequentes);

¹ http://www.met.police.uk/csu/pdfs/Strat.Over_V3nonMPS1.pdf

- **Questões culturais** (comunidades minoritárias, migrantes, etc.);
- **Perseguição** (chamadas frequentes e fora de horas, SMS, etc.);
- **Agressão sexual.**

Após a avaliação do risco há que tomar decisões no sentido de fazer a sua gestão. Esta, basicamente, pode ser pensada de acordo com os seguintes parâmetros:

- **Remover o risco** – detendo o agressor e/ou obtendo uma medida de coação;
- **Evitar o risco** – Através do realojamento da vítima/testemunha significativa ou colocação em casa de abrigo ou em local desconhecido do agressor;
- **Reduzir o risco** – Através do planeamento, conjuntamente com a vítima, de um plano de segurança ou através do endurecimento das medidas de proteção legal;
- **Aceitar o risco** – Decidir conjuntamente com a vítima, que o nível de risco é aceitável, acordando um sistema de acompanhamento.

O delineamento de um plano de segurança só terá razão de ser depois de se fazer a avaliação do risco. Outro aspeto fundamental a considerar é que qualquer plano de segurança deve ser feito em conjunto com a vítima e nunca imposto. Neste processo, os profissionais das forças de segurança devem estar habilitados a expor as várias alternativas possíveis, explicando prós e contras de cada uma e deixar à vítima a possibilidade de opção.

4 - Comunicação da informação

Numa rede a comunicação da informação é fator crítico pelo que exige que se lhe dedique a maior atenção. A particularidade desta rede consiste em que cada um dos seus componentes é potencial “consumidor” da informação que outros já recolheram e ao mesmo tempo, elemento que introduz mais informação no sistema. Ora se o sistema de recolha, de suporte e de comunicação da informação não for eficaz resultará inexoravelmente em perda de informação e sobretudo em sobrecarga da vítima com re-interrogatórios desnecessários. Em qualquer dos casos, prejudicará sempre a vítima. Acresce a isto o facto de se tratar de informação muito sensível seja qual for o ponto de vista que se considere.

Portanto, investir num sistema de informação eficaz será sempre um passo determinante para a consolidação da Rede.

Enquanto isso não acontece sugerem-se:

- Registos rigorosos e pormenorizados tendo em conta as dimensões jurídico-legais inerentes a estes processos;
- Estrito cumprimento das regras de sigilo;
- Partilha de informação entre os profissionais da Rede;
- Evitar perguntar o que já foi perguntado.

MODO DE ATUAÇÃO DA GUARDA NACIONAL REPUBLICANA (GNR)

A GNR é uma das forças de intervenção que, a par dos serviços de saúde, funciona como de primeira linha. A importância da sua intervenção ficou patente nos parágrafos antecedentes. Esta organização tem estado presente desde o primeiro momento nesta Rede, sendo representado por Tenente Coronel, Chefe da Secção de Investigação Criminal da GNR de Évora e pela 2ª Sargento, que são as pessoas de referência neste serviço para a Rede. Os contactos do serviço são:

Telefone – 266 748 400

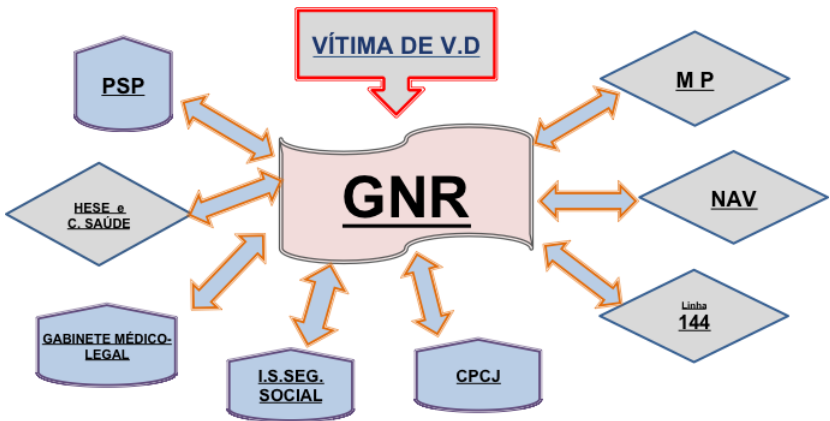
Fax – 266 748 437

Email – ct.evr.sic@gnr.pt

Este serviço tem desenvolvido diversas atividades no contexto do processo de desenvolvimento da RIIDE. De entre estas destacamos, o incentivo à formação de diversos profissionais em violência doméstica, a discussão e consensualização de um Guia de Avaliação de Risco ([ver anexo VI](#)).

A GNR tem consensualizada a seguinte forma de atuação perante situações de violência doméstica (ver figura 10):

FIGURA 10 - FLUXOGRAMA DA INTERVENÇÃO DA GNR PERANTE A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA



Legenda:

PSP – Polícia de Segurança Pública
HESE – Hospital do Espírito Santo
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

MP – Ministério Público
NAV – Núcleo de Apoio à Vítima

Forma de aquisição da notícia do crime:

- Por denúncia, da vítima ou de outras pessoas, incluindo instituições de apoio a vítimas, as quais se deslocam aos Postos Territoriais ou dão conhecimento por outros meios – contacto telefónico, carta, email, queixa eletrónica, ...;
- Por conhecimento direto dos factos, situações em que os Órgãos de Polícia Criminal presenciam a situação.

Procedimentos:

No caso de denúncia, o Posto Territorial elabora o Auto de Denúncia e respectivas notificações:

- Estatuto de Vítima;
- Demais notificações legais;
- Dá conhecimento dos factos ao Ministério Público e ao Núcleo de Investigação e de Apoio a Vítimas Específicas (NIAVE) para início de processo de inquérito - investigação.

Em caso de presenciar os factos, e uma vez que se trata de crime público:

- Efetua a detenção do(a) agressor(a);
- Eventualmente apreende as armas, de fogo ou outras, quer tenham sido utilizadas, quer sejam suscetíveis de virem a ser utilizadas;
- Elabora Auto de Notícia e respectivas notificações à vítima;
- Apresenta o(a) agressor(a) ao Ministério Público para primeiro interrogatório judicial e eventual aplicação de medidas de coação, visando a proteção da vítima.

Encaminhamentos:

- No caso de terem existido agressões físicas ou sexuais, a vítima é aconselhada a deslocar-se a uma unidade de saúde, a fim de receber tratamentos e notificada para comparecer no gabinete médico-legal para realização de exame de perícia médico-legal.

- Caso a vítima solicite, poderá ser encaminhada de imediato para:
 - Acolhimento em instituição adequada para o efeito – resposta social Casa de Abrigo;
 - Apoio psicológico;
 - Apoio jurídico;
 - Outros.
- Considerando a existência de protocolo, o encaminhamento de vítimas de Violência Doméstica que careçam de apoio – acolhimento temporário, psicológico, jurídico, outro - é efetuado para o **Núcleo de Atendimento a Vítimas de Violência Doméstica do Distrito de Évora**, vulgo NAVE, que promove a resposta adequada a cada tipo de situação.

MODO DE ATUAÇÃO DA POLÍCIA DE SEGURANÇA PÚBLICA (PSP)

A PSP é outra das forças de intervenção que, a par dos serviços de saúde, funciona como de primeira linha. A importância da sua intervenção ficou patente nos parágrafos antecedentes, à semelhança do afirmado para a GNR. Esta organização tem estado presente desde o primeiro momento nesta Rede, sendo representada pela Subcomissária e pela chefe de Polícia que são as pessoas de referência neste serviço para a Rede. Os contactos do serviço são:

Telefone – 266 760 450

Fax – 266 760 468

Email – cdevora@psp.pt

Este serviço tem desenvolvido diversas atividades no contexto do processo de desenvolvimento da RIIDE. De entre estas destacamos, o incentivo à formação de diversos profissionais em violência doméstica, a discussão e consensualização de um Guia de Avaliação de Risco ([ver anexo V](#)).

A PSP tem consensualizada a seguinte forma de atuação perante situações de violência doméstica (ver figura 11):

FIGURA 11 - FLUXOGRAMA DA INTERVENÇÃO DA PSP PERANTE A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA



Legenda:

PSP – Polícia de Segurança Pública
DIAP – Departamento de Investigação e Ação Penal
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGRS – Direção Geral de Reinserção Social
NAV – Núcleo de Apoio à Vítima

No âmbito da violência doméstica, a PSP tem um papel de prevenção e outro de atuação policial.

No que se refere à prevenção e combate contra a violência doméstica, a PSP criou e formou equipas especializadas:

- EPAV – Equipas de proximidade e apoio às vítimas, constituem a primeira linha de intervenção, proteção e segurança, atendimento, acompanhamento, apoio e encaminhamento das vítimas; apreensão de objetos e preservação dos meios de prova;
- EIC – Esquadras de Investigação criminal, constituem uma segunda linha de atuação, no âmbito da investigação/inquérito.

O atendimento, apoio e encaminhamento das vítimas é realizado em colaboração com as entidades com competências específicas, tendo em vista a prevenção de situações de (re)vitimização.

Na sequência do atendimento policial, as vítimas são encaminhadas para instituições/entidades de apoio adequadas e competentes:

- Área da saúde (psicologia, hospitais, INML),
- Segurança Social, para acionar linha nacional de emergência social (LNES, 144)
- NAV

A intervenção policial no que se refere ao agressor consta de:

- Identificação/detenção (CPP)
- Revista (CPP)
- Informação do enquadramento jurídico-criminal
- Afastamento entre agressor e vítima

A intervenção desenvolve-se em três dimensões

- Local
 - Isolamento do local (CPP)
 - Detecção
 - Busca
- Apreensões
 - Armas
 - Roupas
 - Objetos
 - Equipamentos
- Testemunhas
 - Recolher de informação e identificação de testemunhas

Intervenção junto da Vítima

- Atendimento
- Recolha de Informação
- Proteção
- Encaminhamento

No âmbito da proteção da vítima, o papel da PSP é o de:

- Isolar a vítima do agressor, impedindo a consumação ou continuação da agressão
- Acionar meios de socorro

INTERVENÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES DE PROTEÇÃO E ACOMPANHAMENTO

O grupo das organizações denominadas como de proteção e acompanhamento é bastante heterogéneo, sendo constituído por organizações públicas e por Instituições Particulares de Solidariedade Social. Algumas delas estão especificamente vocacionadas para a problemática da violência doméstica e outras, estando mais focalizadas numa determinada população (e.g. crianças e/ou jovens) acabam por lidar com as repercussões da violência doméstica vivida por essas populações. Uma outra característica que as distingue é o nível de prevenção a que predominantemente atuam. Enquanto algumas estão mais vocacionadas para a prevenção e deteção precoce, outras estão centradas sobre a reabilitação e reinserção das vítimas de violência doméstica. Pelas razões expostas e tal como se poderá constatar mais abaixo, o modo de atuação destas organizações é tão diverso quanto a sua heterogeneidade inicial.

CENTRO DISTRITAL DE ÉVORA DO INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL

O Centro Distrital de Évora do Instituto da Segurança Social, de entre o grupo das organizações de proteção e acompanhamento, é uma das organizações fundamentais, razão pela qual tem estado presente desde o primeiro momento nesta Rede, sendo representado pela Interlocutora Distrital para a Violência Doméstica, profissional de referência neste serviço. Os contactos do serviço são:

Telefone – 266 737 730

Fax – 266 742 141

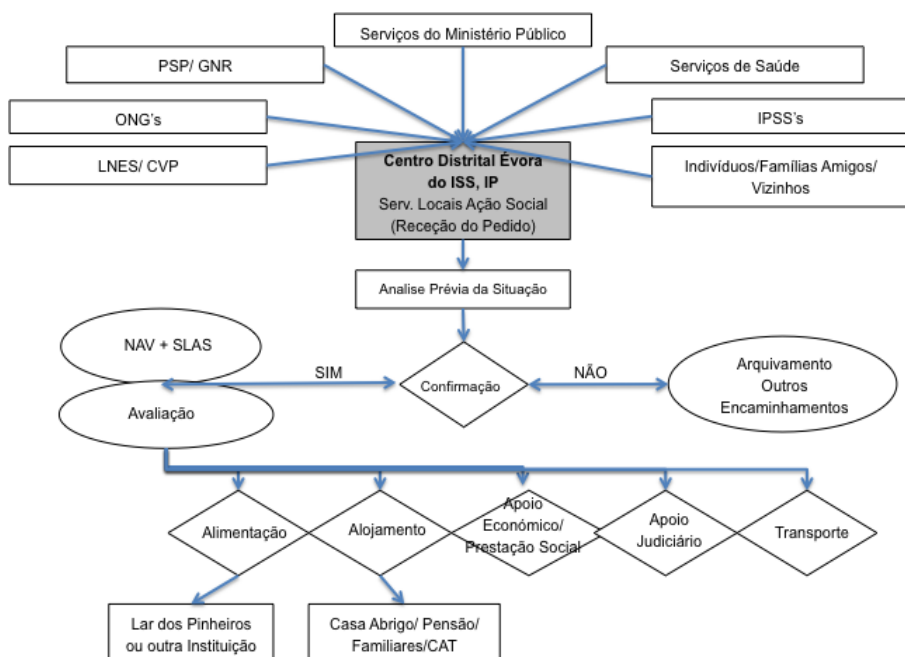
Email – amelia.s.vieira@seg-social.pt

Este serviço tem realizado diversas atividades no contexto do processo de desenvolvimento da RIIDE, das quais se destacam o incentivo à formação de diversos profissionais em violência doméstica e a participação, discussão e consensualização deste Manual.

As situações de Violência Doméstica são sinalizadas ao Centro Distrital de Évora do Instituto de Segurança Social através (ver figura 12):

- Instituições Privadas de Solidariedade Social e Organizações não-governamentais que desenvolvem a resposta social Atendimento/Acompanhamento Social;
- Forças de segurança (PSP ou GNR);
- Núcleo de Atendimento às Vítimas de Violência Doméstica do Distrito de Évora (NAVE);
- Linha Nacional de Emergência Social em articulação com a delegação de Évora da Cruz Vermelha Portuguesa;
- Vítimas em contexto de atendimento/acompanhamento social desenvolvido em sede dos Serviços de Ação Social do distrito;
- Comunidade, em geral: famílias, vizinhos ou amigos;
- Serviços de Saúde;
- Serviços do Ministério Público;

FIGURA 12 - FLUXOGRAMA DA INTERVENÇÃO DO CENTRO DISTRITAL DE ÉVORA DO ISS PERANTE A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA



Legenda:

PSP – Polícia de Segurança Pública
GNR – Guarda Nacional Republicana
ONG – Organização não Governamental
LNES/CVP – Linha Nacional de Emergência/(Cruz Vermelha Portuguesa)

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
SLAS – Serviço Local de Apoio Social
DIAP – Departamento de Investigação e Ação Penal
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
NAV – Núcleo de Apoio à Vítima

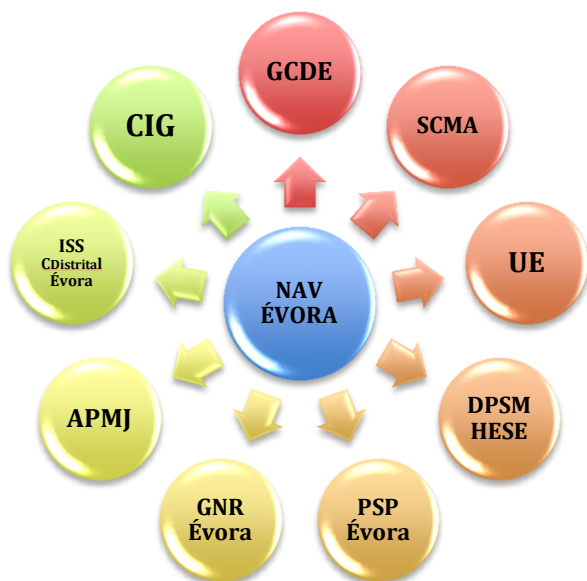
Os Serviços Locais de Ação Social, em situação de emergência/crise centram a sua intervenção na proteção da vítima e dos seus filhos, providenciando no imediato e, sempre que possível em articulação com o NAVE, a retirada da vítima e dos filhos do contato com o agressor, encaminhando para alojamento provisório e alimentação, disponibilizando o acesso ao transporte necessário, adaptado e em conformidade com o diagnóstico de cada situação. Em simultâneo é realizada procura de vaga em Casa de Abrigo, para acolhimento do respetivo agregado familiar.

Outras situações, que não enquadrem necessidade de respostas emergentes, podem ser encaminhadas para: requerimento de prestações sociais, apoio judiciário, apoios económicos ou ainda para respostas sociais desenvolvidas por Entidades da comunidade.

NÚCLEO DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DO DISTRITO DE ÉVORA

O Núcleo de Atendimento às Vítimas de Violência Doméstica do Distrito de Évora (NAV), surge no âmbito de uma parceria institucional, consubstanciada em Protocolo de Colaboração, a partir do dia 1 de Abril de 2008 (ver figura 13).

FIGURA 13 – A REDE DE PARCEIROS DO NAV - 2008



Legenda:

APMJ – Associação Portuguesa de Mulheres Juristas
GCDE – Gabinete Coordenador do Desporto Escolar
CIG – Comissão para a Cidadania e Igualdade do Género
PSP – Polícia de Segurança Pública

GNR – Guarda Nacional Republicana
UE – Universidade de Évora
DPSM – HESE – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo
NAV – Núcleo de Apoio à Vítima

Enquadra-se na expansão da Rede Nacional de Núcleos de Atendimento, na prossecução de medida do XVII Governo Constitucional, prevista no III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica 2007-2010 (Área Estratégica de Intervenção 2 – *Proteger as Vítimas e Prevenir a Revitimização*), cuja política

de prevenção e combate passou pela criação de respostas organizadas em rede, em todo o território nacional, particularmente em zonas do país onde as mesmas ainda não se encontravam implementadas.

O NAV constitui-se como um espaço de atendimento, aconselhamento e encaminhamento de vítimas de violência doméstica, que atua em coordenação com a rede de respostas de apoio – públicas e privadas, existentes no Distrito.

Garante apoio personalizado e direto a vítimas de violência doméstica, com respostas consoante cada situação: apoio e/ou acompanhamento social, psicológico, psiquiátrico e intervenção imediata em situações de emergência.

É um Serviço gratuito, de âmbito distrital.

Ao NAV compete:

- Efetuar o atendimento de vítimas de Violência Doméstica, o eficaz acolhimento e encaminhamento das diferentes situações, para organismos e entidades competentes, numa relação de confiança, confidencialidade e segurança;
- Desenvolver e valorizar parcerias locais, que permitam articular soluções de atendimento, acolhimento e encaminhamento mais eficazes, por forma a rentabilizar recursos e apoios disponíveis e evitar sobreposições;
- Recolher informação que permita produzir diagnósticos de caracterização local das situações de Violência Doméstica, identificar e qualificar os principais problemas existentes e promover soluções adequadas às problemáticas aferidas;

No Acolhimento/Atendimento com o(a) utente é elaborado um processo individual, do qual constam instrumentos de registo de informação, caracterização social, diagnóstico das necessidades apresentadas e avaliação da situação de risco.

Podem recorrer ao NAV vítimas de violência doméstica – em particular e comunidade – em geral. As situações de Violência Doméstica podem também ser referenciadas pelas Forças de Segurança (PSP e GNR) e por qualquer Entidade Pública e Privada – das áreas social, da justiça e da saúde.

Posteriormente, procede-se ao encaminhamento para os serviços e Entidades com respostas de apoio mais convenientes e adequadas, de acordo com a situação, pedido e necessidades do(a) utente (Ver figura 14):

- Apoio Social, Económico, Alimentar, Emprego e/ou Formação, Habitacional, Específico a Estrangeiros: para Serviços Públicos – Segurança Social, IEFP, SEF; Rede Distrital de IPSS e Misericórdias; CPCJ's, EIP's, Câmaras Municipais e empresas municipais de habitação social;
- Apoio Jurídico e Judiciário: Segurança Social;
- Apoio Médico, Psicológico, Psiquiátrico ou outro: para Estruturas da Saúde, em geral e DPSM/ HESE, em particular; IDT/ CRI; GML/HESE, Universidade de Évora;

- Intervenção imediata em situações de emergência, decorrentes de situações de violência, garantindo proteção e acolhimento à vítima: para Rede Nacional de Casas Abrigo; LNES; Segurança Social; Rede Distrital de IPSS e Misericórdias; Forças de Segurança, Estruturas do Ministério Público e Justiça (DIAP's e Tribunais);
- Proteção e Segurança: Forças de Segurança; Estruturas do Ministério Público e Justiça (DIAP's e Tribunais); DGRS.

FIGURA 14 – FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO DO NAV



Ao NAV podem associar-se através de protocolos de parcerias, Entidades Públicas e Privadas, que atuem nas diversas vertentes de apoio a vítimas de violência doméstica, no sentido de conjugar esforços e recursos para responder de uma forma célere e eficaz às necessidades psicossociais das vítimas de violência doméstica, criando uma rede social de apoio integrado.

O NAV tem vindo a conhecer desde a sua constituição, uma progressiva implementação e procura, quer por vítimas de violência doméstica – em particular, quer por cidadãos e Entidades – em geral, verificando-se cada vez mais intervenções concertadas e integradas entre Instituições e promoção do trabalho em rede.

Pelas razões expostas, o NAV integra a RIIDE desde o primeiro momento, sendo representado por uma socióloga. O NAV funciona na Sede da Cáritas Diocesana de Évora, sita na Avenida Combatentes da Grande Guerra, n.º 2, 7005-138 ÉVORA.

Contactos:

Telefone: 266 739 890

Fax: 266 739 898

Telemóvel 964.604.975

Email: nav.evora@gmail.com

No ano de 1995 foi aberta em Évora, pelo Lar de Santa Helena, uma das primeiras Casas de Abrigo do país, quando ainda não havia regulamentação legal para o seu funcionamento e quando o crime, ainda tipificado como sendo de maus tratos e não de violência doméstica, era semipúblico. O Lar de Santa Helena, IPSS encontra-se instalado em Évora desde o ano de 1943, pertencendo à Congregação das Irmãs Adoradoras, instituição religiosa presente em 23 países e cuja atividade se centra no apoio a mulheres em situação de vulnerabilidade social com vista à promoção da sua cidadania, dignidade, autonomia, direitos e liberdades.

A resposta social como Casa de Abrigo resulta da celebração de Acordo de Cooperação atípico com a Segurança Social, através do qual se proporciona acolhimento residencial temporário a mulheres vítimas de violência conjugal, com ou sem filhos, garantindo-lhes proteção, segurança e disponibilizando apoio social, psicológico e jurídico com vista à sua reinserção social. Desde o início do seu funcionamento como Casa de Abrigo que o Lar de Santa Helena acolheu cerca de 300 mulheres vítimas violência doméstica e mais de 400 crianças, filhas daquelas. Na sua atuação o Lar de Santa Helena tem estabelecido parcerias e colaborações com a CIG, o Centro de Estudos Sociais de Coimbra, Universidade Nova de Lisboa, Universidade de Évora e com as demais Casas de Abrigo de Portugal, e ainda com diversas ONG, designadamente com Associações de Desenvolvimento Local, Associações

de Mulheres, Associação de Defesa de Consumidores (DECO), Associação de Desenvolvimento e Bem Estar Social (ADBES), Chão dos Meninos, Cáritas, entre outras, e ainda com o Município de Évora.

A integração das vítimas em Casa de Abrigo é precedida de encaminhamento efetuado pelos serviços da Segurança Social, outras Casas de Abrigo ou pelos diferentes NAV, sejam do distrito de Évora ou de outro. Havendo vaga para acolhimento, este é agendado e articulado com a entidade que o solicitou. O momento do acolhimento é considerado relevante, uma vez que nesta fase muitas vítimas se encontram ainda em significativo estado de stress adveniente da situação de crise e sentem-se inseguras e com incertezas face ao futuro. Mostra-se fundamental, desde este primeiro momento, incutir segurança e tranquilidade tanto à utente como aos seus filhos. É também neste primeiro momento que é feita a apresentação da instituição, dos seus equipamentos, dos recursos materiais e humanos, das regras de funcionamento (Regulamento Interno), familiarização com os diferentes espaços e com as demais utentes que ali se encontram. É feita, ainda, uma primeira recolha de dados e informações sobre a situação da utente e sobre os factos de modo a estabelecer-se um plano de segurança. De seguida, procede-se à acomodação, providenciando por vestuário, produtos de higiene e medicação sempre que necessários.

A avaliação diagnóstica feita naquele primeiro momento vai sendo complementada, posteriormente, e de modo dinâmico, ao longo de todo o período do acolhimento. É com base nesta avaliação que, atendendo às condições e recursos existentes, é elaborado o Plano Individual de Intervenção (PII) pela

equipa técnica com a colaboração e acordo da utente. Este PII inclui a definição de objetivos, atividades e estratégias nas diferentes áreas de intervenção: saúde, emprego/formação, social, jurídica, acolhimento institucional, acompanhamento psicológico ou psicoterapêutico, ou outras que sejam necessárias. O Plano é elaborado numa perspetiva multidisciplinar, sendo revisto e avaliado (senão antes) trimestralmente entre a utente e a equipa técnica de modo a adequar a intervenção a novas variáveis ou circunstâncias.

Assim, desde logo se diligencia pelo agendamento de consultas médicas, alteração de residências, formalização de pedidos de apoios sociais, inscrição dos filhos em equipamentos educativos e escolares, inscrição em Centro de Emprego, procura ativa de emprego, implementação de medidas de integração, etc., garantindo a devida confidencialidade de moradas. No decurso do período de acolhimento no Lar são, ainda, trabalhadas as competências sociais, pessoais e comportamentais (assertividade, capacidade de resiliência, resolução de conflitos, gestão de afetos, intervenção em crise, proactividade), as competências parentais (de cuidado, desenvolvimento, imposição de limites, a autoridade e os afetos, imposição de rotinas e determinação das necessidades dos filhos, etc.), bem como são procuradas soluções alternativas para vários outros problemas que surgem. Tem-se verificado de modo crescente que associados à problemática da violência doméstica surgem utentes também com outras problemáticas nas quais se mostra fundamental intervir, designadamente, comportamentos aditivos (seja de drogas ou de álcool), perturbações psicológicas e de personalidade,

utentes com deficiências, idosas, imigrantes ilegais, em situação de exploração sexual, de tráfico de seres humanos, de extrema vulnerabilidade social ou pobreza.

Em parceria com outras entidades são desenvolvidas ações de modo a capacitar as utentes nas áreas de gestão doméstica, poupança, prevenção de endividamento (literacia financeira), procura ativa de emprego, sexualidade, cidadania ativa, etc.

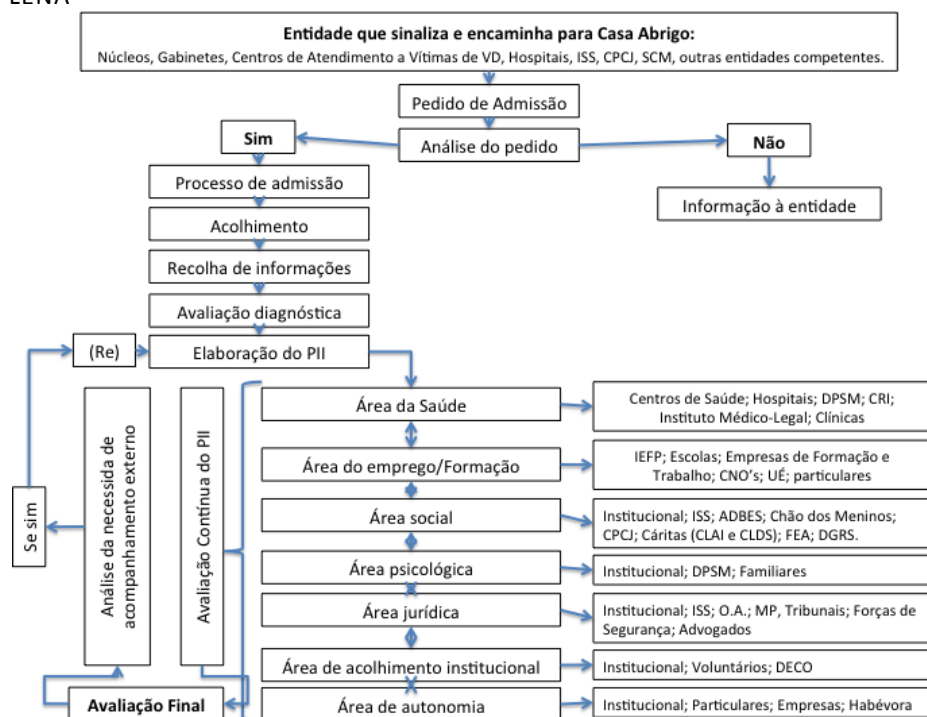
Na área jurídica é assegurada a formalização de pedidos de proteção jurídica no âmbito do processo penal, sendo elaborado aditamento à denúncia e requerida a aplicação de medidas de coação - quando necessário à proteção da vítima -, com vista à regulação do exercício das responsabilidades parentais (sendo elaborado o respetivo requerimento e requerida a sua regulação cautelar e provisória quanto à residência e alimentos), divórcio ou outros aspetos que se mostrem oportunos. De notar, que no âmbito dos processos pendentes - em especial na Regulação do Exercício das Responsabilidades Parentais, a Casa de Abrigo é chamada, de modo crescente, a intervir para articular e garantir visitas ao pai ainda que esta não seja sua vocação, atendendo às suas limitações naturais. Por outro lado, na maioria dos casos os julgamentos nos diferentes processos apenas ocorrem depois de volvidos os seis meses do acolhimento, provocando esta circunstância um acrescido stress nas vítimas e o risco de nova vitimização.

Em conformidade com o PII acordado, é promovida a saída da utente e dos seus filhos da casa de abrigo pela sua autonomização. Para que o agregado possa sair mostra-se fundamental que disponha de habitação, bem como de

condições financeiras para garantir a subsistência e a satisfação das suas necessidades. Nesta fase é, igualmente, aferida da premência da continuação do acompanhamento prestado até então, mas já como utentes externas. De facto, verifica-se que muitas utentes que são deslocadas de outros locais do país para Évora para serem acolhidas na casa de abrigo ficam, já depois de sair desta, a residir e trabalhar na cidade - apesar de não disporem aqui de redes familiares ou de outras relações que não as que estabeleceram através do Lar, com a sua equipa e com as outras utentes.

A atuação do Lar de Santa Helena encontra-se organizada segundo o fluxograma (ver figura 15). Ainda assim, importa ressaltar que para cada situação concreta, quer das utentes, quer dos filhos, se procura encontrar as soluções e as intervenções que melhor se adaptem às suas especificidades e necessidades, respeitando a sua individualidade e promovendo a confiança recíproca.

FIGURA 15 - FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO DO LAR DE SANTA HELENA



Pelas razões expostas desde o primeiro momento que o Lar de Santa Helena integrou e promoveu a RIIDE, aqui representado pela psicóloga e pela assistente social.

Os contatos de serviço são:

Telefone e fax: 266 70 62 23

Telemóvel: 926 559 059

Email: larsantahelena.tec@sapo.pt

ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA - CHÃO DOS MENINOS

A Associação Chão dos Meninos foi fundada em 1993 por um movimento de cidadãos - incluindo técnicos de várias áreas - que constituíram o Grupo Interinstitucional “Crianças em Risco de Évora”, com o objetivo de refletir acerca das questões sentidas por cada um relativamente à problemática das crianças em risco e procurar resolver estas questões de uma forma articulada e em parceria, otimizando os recursos locais. Em Abril de 1999, a ACM constituiu-se como uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) sem fins lucrativos, desenvolvendo a sua intervenção na área dos maus-tratos infantis.

Para além de dois Centros de Acolhimento Temporário, esta instituição possui um Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental (CAFAP) que constitui uma resposta a situações de risco e que integra três equipas de intervenção direta: o serviço “Em Família para Crescer”, que se dedica à problemática dos maus-tratos infantis; o serviço “Quebrar do Silêncio”, que se constitui como uma resposta específica para a problemática do abuso sexual infantil; e o serviço “ADOS”, que desenvolve uma resposta ao nível dos comportamentos de risco da adolescência. Estas respostas desenvolvem-se em regime de ambulatório, focando a sua intervenção ao nível do acompanhamento sócio-terapêutico das crianças e suas famílias e ao nível da articulação interinstitucional.

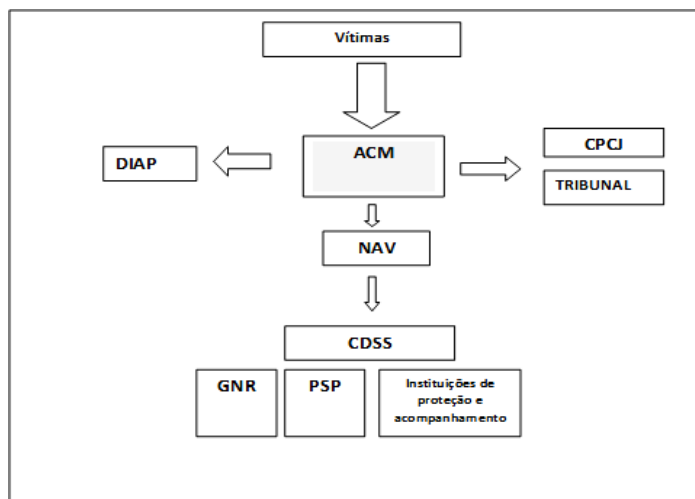
Na abordagem à problemática dos maus-tratos preconizamos uma visão ecológico-sistémica, que pressupõe uma leitura multifatorial do fenómeno

onde a criança e jovem, o seu sistema familiar e os serviços implicados na resolução do problema, são os grandes pilares da intervenção.

Neste sentido, assumem-se como objetivos fundamentais a proteção da criança, o aumento de competências, a prevenção de recidivas e a redução de sequelas associadas à vivência de situações de maus-tratos. A promoção destes objetivos implica o envolvimento de todos os subsistemas, procurando fomentar uma intervenção diferenciada em termos da organização e concertação de respostas. Estes serviços pretendem assim constituir-se como uma resposta especializada não só ao nível da intervenção sócio-terapêutica, mas também ao nível da articulação e comunicação interinstitucional entre os vários sistemas implicados na resolução do problema (social, judicial, saúde, terapêutico, e educativo).

Estas questões justificam-se pela necessidade de uma abordagem concertada, centrada na proteção da criança e efetiva resposta às suas necessidades e direitos.

FIGURA 16 – FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO EM SITUAÇÃO DE VD, JUNTO DAS VÍTIMAS COM FILHOS MENORES – 1ª LINHA E SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA



Legenda:

ACM- Associação Chão dos Meninos

DIAP – Departamento de Investigação e Ação Penal

GNR – Guarda Nacional Republicana

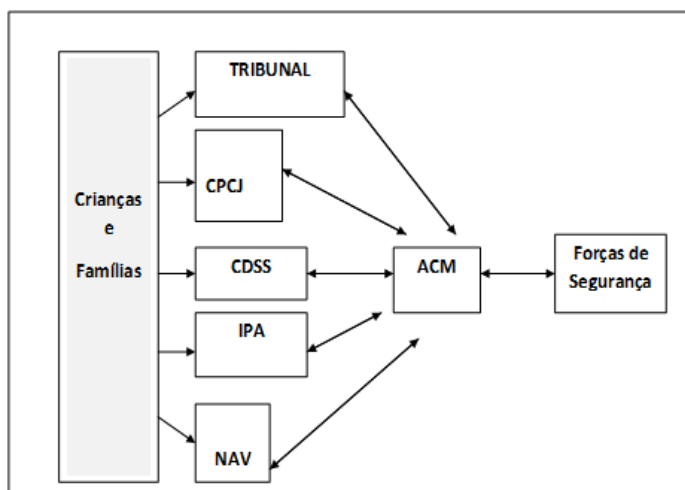
NAV- Núcleo de Apoio à Vítima

PSP – Polícia de Segurança Publica

As vítimas de violência doméstica chegam à ACM por iniciativa própria - ou porque já conheciam a Associação ou porque alguém lhes sugeriu que pedissem ajuda a esta entidade; e também quando já são acompanhadas por outros motivos nesta Associação (maus tratos infantis e comportamentos de risco na adolescência) e no decorrer deste acompanhamento surgem situações de violência doméstica.

A articulação é feita com os serviços especializados, tendo em conta a proteção da vítima, dos filhos e a Denúncia da situação de violência.

FIGURA 17 - FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO EM SITUAÇÃO DE VD – PEDIDOS ESPECÍFICOS: SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA ENVOLVENDO FILHOS MENORES: ACONSELHAMENTO PARENTAL, ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DOS MENORES E SUPERVISÃO DE VISITAS



Legenda:

ACM- Associação Chão dos Meninos

CDSS - Centro Distrital de Segurança Social

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

IPA – Instituições de Proteção e Acompanhamento

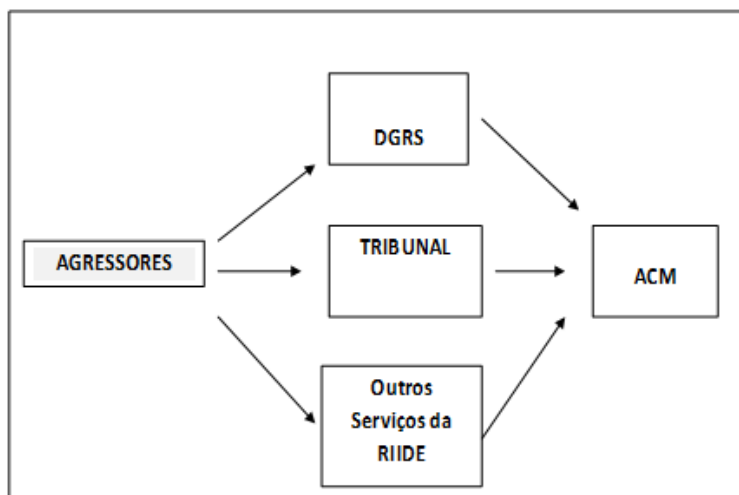
NAV- Núcleo de Apoio à Vítima

A ACM desenvolve no âmbito destes processos de VD modalidades principais de intervenção (ver fluxogramas de nas figuras 16, 17 e 18):

- Acompanhamento psicológico da criança
- Supervisão de visitas
- Aconselhamento Parental
- Terapia Familiar

Esta última modalidade pode incluir os agressores, a intervenção está enquadrada em meios aplicados no âmbito da suspensão da prova do Processo e que foi objeto de protocolo celebrado no dia 18-01-2012 com a DGRS. Explicita-se na figura abaixo as possibilidades de encaminhamento e intervenção com os agressores.

FIGURA 18 - FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO EM SITUAÇÃO DE VD – INTERVENÇÃO COM AGRESSORES COM FILHOS MENORES- PEDIDOS ESPECÍFICOS – TERAPIA FAMILIAR



Legenda:

ACM- Associação Chão dos Meninos

DGRS- Direção Geral de Reinserção Social

CPCI – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

Esta Associação integra também a RIIDE, sendo representada pela Assistente Social. Os contactos da Associação são os seguintes:

Morada: Av.ª da Liberdade, n.º 100 - B.º António Sérgio

Código Postal: 7000-692 ÉVORA

Telefone: 266 730 560

Fax: 266 730 569

Email: geral@chaodosmeninos.pt

COMISSÃO DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS DE ÉVORA - CPCJ

A Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Évora (CPCJ) é uma instituição oficial não judicial, que tem por objetivo a proteção das crianças e jovens em perigo, envolvendo a participação dos pais ou representante legal, por forma a evitar ou protelar a intervenção judicial. Esta Comissão é acompanhada, apoiada e avaliada pela Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco, à qual cabe a planificação da intervenção do Estado e a coordenação, acompanhamento e avaliação dos organismos públicos e da comunidade na proteção das crianças e jovens em risco.

As CPCJ regulam-se pela lei 147/99, de 1 de setembro, que as cria. Têm como natureza serem instituições oficiais não judiciárias, com autonomia funcional e como fins promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral.

As CPCJ têm âmbito concelhio e dispõem duma Comissão Nacional que coordena e apoia a sua ação, constituindo-se como um “fórum” interinstitucional local.

São instaladas por portaria conjunta dos Ministérios da Justiça e do Trabalho e Solidariedade Social, que define quem são os serviços que delas fazem parte, sendo que cada serviço nomeia um representante para um mandato de dois anos, renovável três vezes. Funcionam na modalidade restrita e alargada.

A Comissão Restrita deve dispor de uma equipa multidisciplinar de, pelo menos, 5 técnicos, provenientes de áreas diferentes, competindo-lhe intervir nas situações em que a criança está em perigo: instruindo processos; solicitando a colaboração aos membros da Comissão Alargada sempre que necessário; aplicando, acompanhando e revendo as medidas de promoção e proteção, em colaboração com os serviços com competência em matéria de infância e juventude.

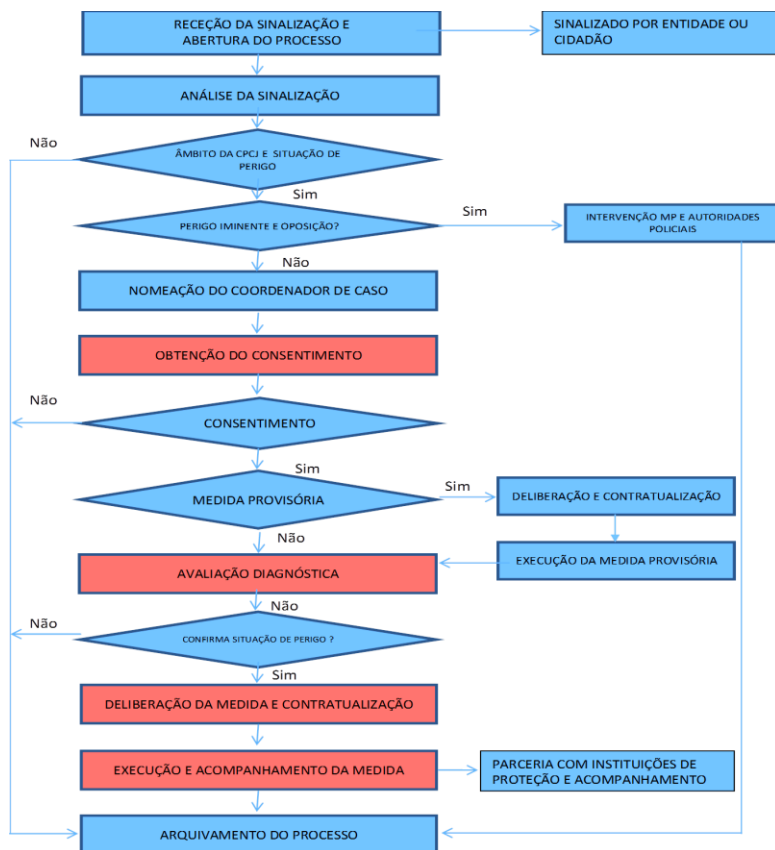
A Comissão Alargada constitui um fórum local para a identificação conjunta de problemas e recursos para a promoção e garantia dos direitos das crianças do concelho e para além de acompanhar a ação da Comissão Restrita, trabalha a prevenção e a promoção dos direitos e promove a constituição e funcionamento duma rede de respostas sociais às necessidades detetadas.

A intervenção da CPCJ divide-se em dois níveis de promoção e proteção:

1. Em meio natural de vida, que pressupõe apoio junto dos pais, apoio junto de outro familiar, confiança de pessoa idónea e apoio para autonomia de vida.
2. Em regime de colocação, que é concretizado em acolhimento familiar ou acolhimento em instituição.

A intervenção organiza-se de acordo com o previsto no fluxograma do processo de intervenção (ver figura 19).

FIGURA 19 - FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO DA CPCJ
– ÉVORA



A CPCJ integra a RIIDE sendo representada pela presidente e os seus contactos são:

Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Évora

Rua Fernanda Seno, nº 25 7005 – 485 Évora

Telf: 266 777 255

Fax: 266 777 257

Em qualquer projeto a definição de indicadores de qualidade assume-se como essencial. Estes funcionam como objetivo a atingir e ao mesmo tempo como base para se poder proceder à avaliação do desenvolvimento do projeto. Por essas razões os indicadores devem ser ambiciosos e sujeitos a revisões periódicas de modo a mantê-los como um parâmetro desafiador.

Por tais razões, neste projeto, adotaremos uma adaptação dos indicadores de boas práticas desenvolvidas com o apoio da *Joseph Rowntree Foundation*¹.

1 – Definições – Definir conceitos e parâmetros

Em qualquer processo de constituição de um grupo de trabalho, principalmente os que assumem características de Rede, é essencial que se discutam e definam os conceitos essenciais. Esta é uma forma de partilhar a mesma semântica, logo de facilitar a comunicação e uniformizar a intervenção. A definição deve ser:

¹ Humphreys, C., Hague, G., Hester M., Mullender A. Abrahams, H., & Lowe, P. (2002) - From good intentions to good practice. Mapping services working with families where there is domestic violence. In association with Barnardo's, The Children's Society, NCH Action for Children, NSPCC, Women's Aid Federation of England and the Child and Woman Abuse Study Unit (University of North London). Te Policy Press. Bristol. <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/jr087-families-services-violence.pdf>

- **Inclusiva e reconhecer a diversidade** – Ou seja, definir os vários tipos de violência e/ou abuso e ser suficientemente abrangente para dar espaço à diversidade de experiências de violência.
- **Incluir as questões de género** (questões de poder e controle) – O facto de se usar as questões do género realça o facto de predominantemente, a violência ser exercida por homens sobre as mulheres. Algumas caracterizam a violência doméstica como o abuso do poder e o exercício do controle de um parceiro sobre o outro no contexto de uma relação de intimidade.

2 – Monitorização e Rastreamento – Conhecer a extensão do problema

Este é o primeiro e essencial passo num processo de luta contra a violência doméstica. Sem se conhecer a extensão do problema não se conseguirão desenvolver as intervenções adequadas à sua resolução. Os procedimentos de monitorização sistemática contribuem ainda para uma atualização constante, permitindo uma fotografia atualizada e ao mesmo tempo contribuem para que os diversos intervenientes se consciencializem do problema e da sua dimensão. Para a efetivação deste indicador deve proceder-se a um:

- **Rastreio sistemático usando um protocolo de perguntas** – As questões relativas ao rastreio sistemático são suscetíveis de gerar alguma discussão, nomeadamente acerca dos modos e locais apropriados para o fazer. Na impossibilidade de fazer rastreios universais sistemáticos somos de opinião que há duas áreas de intervenção onde estes procedimentos devem ser adotados por rotina: as forças de segurança e os serviços de saúde.

- **Supervisão, orientação e formação** – Seja qual for o contexto em que o processo de rastreamento sistemático se desenvolva é fundamental que aí sejam criadas condições que permitam um sistema de supervisão, orientação e formação dos diversos intervenientes no processo. É fundamental que se desenvolvam medidas de formação inicial, mas que as mesmas passem a fazer parte de processos de atualização. É fundamental ainda que haja intervenções de supervisão e orientação junto dos diversos intervenientes no sentido de verificar *in loco* a adequabilidade das intervenções.
- **Utilização de procedimentos de registos** – É essencial que se definam e consensualizem dentro da Rede e com outras Redes (de preferência a nível nacional) procedimentos de registos de casuística como forma de termos acesso a indicadores de prevalência e incidência credíveis.
-

3 – Definição de políticas e Guias de Boas Práticas – orientar o trabalho a ser feito

A definição de políticas e guias de boas práticas assume-se como fundamental como forma de uniformizar procedimentos de acordo com padrões de qualidade. Os guias de boas práticas, podendo ser adotados a partir de experiências internacionais, é essencial que sejam discutidos e adaptados à realidade de cada contexto. Em todo o caso constituem-se como subindicadores de boas práticas os seguintes:

- **Segurança e confidencialidade** – As questões da segurança e confidencialidade devem ser centrais em qualquer rede de combate à violência doméstica. Uma e outra estão intrinsecamente interligadas e reforçam-se mutuamente e incluem a segurança e confidencialidade dos dados recolhidos que contribuem para a segurança da pessoa sujeita a violência.
- **A centralidade dos serviços de refúgio, suporte e aconselhamento dentro da ampla estratégia política** – As boas práticas são asseguradas através de políticas que garantam que a rede de refúgios e os projetos com ela relacionados, de suporte e de aconselhamento tenham um papel central.
- **Atenção à diversidade, à igualdade e auscultação da opinião dos sobreviventes** – As questões relativas à igualdade e diversidade devem ser especificamente incluídas nas políticas juntamente com o treino em questões de igualdade. É ainda vital que os utentes dos serviços sejam efetivamente consultados relativamente à elaboração, implementação e revisão de políticas de VD.
- **Trabalhar em conjunto com outras Redes tendo em consideração uma estratégia mais ampla para uma região e/ou para o país** – A proliferação de redes faz sentido na medida em que e através das mesmas se dá expressão à capacidade de intervenção local e se procede a uma descentralização de esforços no combate à VD. Todavia, devem desenvolver-se esforços no sentido de se partilhar uma estratégia mais ampla.

- **Desenvolver uma ampla gama de políticas e diretrizes e clarificação no sistema de referência** – Devido ao facto de as diretrizes se aplicarem a uma razoável diversidade de grupos, quer de utentes quer de profissionais, deve desenvolver-se um esforço no sentido de se criarem diretrizes tendo em consideração essa diversidade.
- **Desenvolver políticas a partir de outras que tenham sido bem sucedidas noutras áreas.**
- **Integrar as políticas nas práticas de cada organização.**
- **Elaborar guias de boas práticas detalhados.**

4 – Medidas de segurança e prática orientada para a segurança – Segurança contra a violência, o princípio subjacente

Uma prática orientada para a segurança é crucial em qualquer ponto da Rede em que se desenvolvam medidas de combate à violência doméstica. Este indicador inclui os seguintes subindicadores:

- **Planeamento de segurança e treino dos profissionais em medidas de segurança no trabalho** – As questões de segurança são cruciais neste processo e precisam ser treinadas com os profissionais. Este planeamento deve ser realista, detalhado e feito em conjunto com as mulheres e crianças.
- **Apoiar as mães como resposta à proteção das crianças**
- **Segurança dos profissionais**

5 – Treino – Sensibilização, explorando valores, desenvolvendo habilidades

A formação e o treino de habilidades são uma componente fundamental em qualquer projeto de combate à violência doméstica. Qualquer das componentes referidas são fundamentais para todos os profissionais que contactem com potenciais vítimas, pelo que a formação e treino de habilidades específicas deve ser extensiva. É importante ainda que estas atividades sejam sistematizadas através de um plano de formação. Alguns dos subindicadores a considerar são:

- **Formar um grande número de profissionais** – Dadas, por um lado, as dimensões culturais do fenómeno da VD, e por outro, a necessidade de desenvolver habilidades específicas para lidar com este fenómeno, é aconselhável massificar a formação ao maior número de profissionais possível. É ainda aconselhável descentralizar o processo de formação através da formação de formadores.
- **Formação especializada** – Na sequência da sensibilização é necessário, principalmente com alguns profissionais que se avance para formações mais aprofundadas e especializadas.
- **Manter um programa de formação contínua sobre violência doméstica** – Este programa deve, por um lado, responder ao processo de *turn-over* das equipas e por outro, às necessidades de atualização e especialização.
- **Integrar a estratégia de formação no planeamento operacional dos serviços que diretamente contactem com vítimas.**
- **Desenvolver uma estratégia de financiamento da formação contínua.**
- **Avaliar a qualidade da formação.**

6 – Avaliação – Garantir respostas eficazes

Na atualidade é impensável o desenvolvimento de qualquer projeto sem contemplar uma forma de o avaliar. A avaliação permite que o mesmo se desenvolva com base na evidência, mas permite também demonstrar aos principais *stakeholders* como se está a operacionalizar o projeto e com que resultados. Devemos considerar os seguintes subindicadores:

- **Avaliação independente** – O processo de avaliação deve ser da responsabilidade de uma entidade independente.
- **Considerar a opinião dos utentes principais – as vítimas**
- **Follow up** – É fundamental que se desenvolva um processo de avaliação em continuidade de modo a perceber-se como variam os diversos indicadores (e.g., níveis de rastreamento, segurança).
- **Feedback** – A avaliação tem como grande objetivo a identificação de áreas que careçam de melhoria.

BIBLIOGRAFIA

Alves, Cláudia (2005). Violência Doméstica. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2004), “Estatísticas 2004, 1º semestre”. Disponível em: <http://www.apav.pt>

Brigham and Women's Hospital. Domestic violence. A guide to screening and intervention. Boston (MA): Brigham and Women's Hospital; 2004. 11 p. [23 references]

Conselho Europeu. Recomendação de Ação sobre Proteção das Mulheres contra a Violência (2002) do Plano de Ação para Combater a Violência Contra as Mulheres (2002)
[http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/equality/03themes/violence-against-women/Rec\(2002\)5_Portuguese.pdf](http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/equality/03themes/violence-against-women/Rec(2002)5_Portuguese.pdf)

Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence
http://www.apav.pt/portal/pdf/coe_conv_violence_against_women_domestic_violence.pdf

Eisenstat, S & Bancroft, L, Primary care: Domestic Violence, New England Journal of Medicine, 1999; 341: 886-92 and Lewis-O'Connor, A., Neighborhood Health Plan, 1997 and Passageway at BWH – Training Materials.

Fullwood, P.C. (2002) Preventing Family Violence: Community Engagement Makes the Difference. Family Violence Prevention Fund

Hanada, Heloísa (2007). Os psicólogos e a assistência a mulheres em situação de violência. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo para obtenção de título de Mestre em Ciências.

Harvey, A.; Garcia-Moreno, C.; Butchart, A. - Primary prevention of intimate-partner violence and sexual violence: Background paper for WHO expert meeting. May 2–3, 2007. World Health Organization.

http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/IPV-SV.pdf

Health Canada: Family Violence Prevention Unit, (1999) & Middlesex-London Health Unit (2000).

Humphreys, C., Hague, G., Hester M., Mullender A. Abrahams, H., & Lowe, P. (2002) - From good intentions to good practice. Mapping services working with families where there is domestic violence. In association with Barnardo's, The Children's Society, NCH Action for Children, NSPCC, Women's Aid Federation of England and the Child and Woman Abuse Study Unit (University of North London). Te Policy Press. Bristol.

<http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/jr087-families-services-violence.pdf>

Jonhson, M. P. (2011), Gender and types of intimate partner violence: A response to an anti-feminist literature review. *Aggression and Violent Behavior* 16 (2011) 289–296

Lettiere, Angelina; Nakano, Ana Márcia Spanó; Rodrigues, Daniela Taysa (2008). Violência Contra a Mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. Ver. Esc. Enferm USP, 42 (3): 467-73. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a07.pdf>

Lisboa, Manuel; Vicente, Luísa Branco; Barroso, Zélia (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, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa

Lisboa et al. (2008). Custos Sociais e Económicos da Violência Exercida Contra as Mulheres em Portugal: dinâmicas e processos socioculturais. VI Congresso Português de Sociologia. Mundos Sociais: Saberes e Práticas

Lisboa, Manuel (coord); Barroso, Zélia; Patrício, Joana; Leandro, Alexandra (2009). Violência e Género. Inquérito Nacional sobre a Violência exercida contra Mulheres e Homens. Coleção estudos de género; Lisboa, Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.

London *Metropolitan Police Service*.

http://www.met.police.uk/csu/pdfs/Strat.Over_V3nonMPS1.pdf

Manita, Celina; Ribeiro, Catarina; Peixoto, Carlos. 2009. *Violência Doméstica: Compreender para intervir. Guia de boas práticas para profissionais*

de saúde. ed. 4. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género: Presidência do Conselho de Ministros.

Manita, Celina; Ribeiro, Catarina; Peixoto, Carlos. 2009. *Violência Doméstica: Compreender para intervir. Guia de boas práticas para profissionais das forças de segurança*. ed. 3. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género: Presidência do Conselho de Ministros.

Matos, M. (2006) *Violência nas Relações de Intimidade: Estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Universidade do Minho. Minho.

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5735>

Middlesex-London Health Unit. (2000). Task force on health effects of woman abuse – Final report. London, Ontario

National Center for Victims of Crime (2006) - Domestic Violence Safety Plan Guidelines.

<http://www.ncvc.org/ncvc/AGP.Net/Components/documentViewer/Download.aspxnz?DocumentID=41373>

Ohio Domestic Violence Network and the National Health Care Standards Campaign Committee Ohio Chapter (2003) - The Ohio Domestic Violence Protocol for Health Care Providers: Standards of Care - http://www.jrsa.org/dvsa-drc/ohio/ODVN_protocol.pdf

Oliveira, Érika Cecília Soares; Martins, Sueli Terezinha Ferreira (2007) psicologia social, 19 (1): 90-98, Jan-Abr. <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>

Organização Mundial de Saúde (1997). The World Health Report. ISBN – 13 9789241561853
<http://apps.who.int/bookorders/WHP/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=24&codcch=1997>

Organização Mundial de Saúde (2008). Relatório Mundial sobre Violência e Saúde <http://www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf>

Organização das Nações Unidas. Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979).
<http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/dm-conv-edcmulheres.html>

Organização das Nações Unidas (2001). Procuradoria-Geral da República. Carta Internacional dos Direitos Humanos, ISBN 972-8707-02-9

Parlamento Europeu. Roteiro para a Igualdade entre Homens e Mulheres para o período 2006-2010 <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0092:FIN:PT:PDF>

Portugal – Assembleia da República - Constituição da República Portuguesa - Lei Constitucional nº 1/2005 de 12 de Agosto.

Portugal – Presidência do Conselho de Ministros - Resolução do Conselho de Ministros nº83/2007, DR nº119, 1ª Série de 22 de Junho 2007. III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2007-2010).

Portugal – Presidência do Conselho de Ministros - Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2010. DR n.º 243, Série I de 2010-12-17 - Aprova o IV Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2011-2013) - <http://dre.pt/pdf1sdip/2010/12/24300/0576305773.pdf>

Portugal - Presidência do Conselho de Ministros: Comissão para a Cidadania e Igualdade de género (2009). Igualdade de Género em Portugal. 3ª Edição http://www.igualdade.gov.pt/images/stories/documentos/documentacao/publicacoes/igualdade_de_genero_2009_mioio.pdf

Projeto Estrada Larga - Manual de Violência Doméstica. Soroptimist Internacional Clube do Porto – Invicta, aprovado pela Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres – Presidência do Conselho de Ministros, co-financiado pela União Europeia – Fundo Social Europeu, no âmbito da medida 4.4 do POEFDS – tipologia 4.4.3.1 – Pequena Subvenção às ONGs. <http://pt.scribd.com/doc/73750442/Manual-de-Violencia-Domestica>

Reichenheim, M. E., Morais, C. L., e Hasselmann, M. H. - Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. Rev. Saúde Pública, 34 (6): 610-16, 2000

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n6/3575.pdf>

Sani, Ana (2008). Mulher e mãe no contexto da violência doméstica. Ex-aequo, nº18, 2008, pp123-133

Schub, T. & Pravikoff D (2012). Intimate Partner Violence: an Overview. CINAHL Nursing Guide, January 6, 2012

Simões, Euclides Dâmaso (2003) - Os Departamentos de Investigação e Ação Penal: Natureza, Razão e Atribuições (subsídios para a análise do tema)
http://www.asficpj.org/temas/diversos/congressojust/dep_accao_penal.pdf

Tanja Schub, B. S. (2012). Intimate Partner Violence: an overview. Published by Cinahl Information Systems

World Health Organization - Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Geneva, World Health Organization, 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2).

World Health Organization (2008). Violence Against Woman.
http://www.who.int/gender/violence/sexual_violence/en/index.html
. Consultado em 13 outubro 2009

World Health Organization (2011). Violence and injuries.
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries> (acedido em 7 de dezembro 2011)

Valdez-Santiago, R., & Ruiz-Rodríguez, M. (2009). Violência domestica contra las mujeres: cuándo y cómo surge como problema de salud pública? (Spanish). *Salud Pública de México*, 51(6), 505-511. Retrieved from EBSCOhost.

Virginia's Primary Prevention Guidelines Work Group (2009) Virginia's Guidelines for the Primary Prevention of Sexual Violence & Intimate Partner. Virginia Sexual & Domestic Violence Action Alliance. <http://www.vsdvalliance.org/secPublications/Prevention%20Guidelines%202009%5B1%5D.pdf>

ANEXOS

Convenções e Declarações Internacionais

- **Organização das Nações Unidas**

- 1) **Declaração Universal dos Direitos Humanos; 1948** - <http://www.mtss.gov.pt/docs/DeclaracaoUniversalDosDireitosHumanos.pdf>
- 2) **Convenção sobre os Direitos da Criança; 1989** - http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- 3) **Pequim + 15 – Plataforma de Ação das Nações Unidas para a Igualdade dos Géneros** <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:348E:0011:0014:PT:PDF>
- 4) **Convenção Sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW)** (<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139389por.pdf>), promulgada para a legislação portuguesa através do Decreto-Lei Nº 4.377, de 13 de Setembro de 2002 (<http://generodemocraciaedireito.files.wordpress.com/2011/02/convenc3a7c3a3o-sobre-a-eliminac3a7c3a3o-de-todas-as-formas-de-discriminac3a7c3a3o-contra-a-mulher.pdf>);

▪ **União Europeia**

- 1) **Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia; (2000/C 364/01)** - http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf
- 2) **Conclusões do Conselho da União Europeia sobre a Erradicação da Violência Contra as Mulheres; 8 Março 2010** - http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/113226.pdf ()
- 3) **Estratégia para a igualdade entre homens e mulheres 2010-2015; SEC (2010) 1079; SEC (2010) 1080** - <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0491:FIN:PT:PDF>
- 4) **Plano de Ação de Estocolmo (2010)** Bruxelas, 20.4.2010; COM (2010) 171 final - <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0171:FIN:PT:PDF>
- 5) **Programa de Estocolmo; (2010/C 115/01)** - <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:115:0001:0038:pt:PDF>
- 6) **Agenda 20/20; 3.3.2010** - http://ec.europa.eu/portugal/comissao/destaques/20100303_europa_2020_pt.htm
- 7) **Resolução do Parlamento Europeu, de 26 de Novembro de 2009, sobre a eliminação da violência contra as mulheres** - <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2009-0098+0+DOC+XML+V0//PT>
- 8) **Tratado de Lisboa; 13 de Dezembro 2007** - http://europa.eu/lisbon_treaty/full_text/index_pt.htm

▪ **Conselho da Europa**

1. **Combating violence against women: minimum standards for support services” Council of Europe, Strasbourg, September 2008 -**
[http://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/Sou
rce/EG-VAW-CONF%282007%29Study%20rev.en.pdf](http://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/Sou
rce/EG-VAW-CONF%282007%29Study%20rev.en.pdf)
2. **Convenção do Conselho da Europa de Prevenção e Combate à Violência Contra as Mulheres e Violência doméstica** que Portugal assinou em 11 de maio de 2011, em Istambul-
www.coe.int/conventionviolence;
[http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/convention-
violence/texts/Portuguese%20version.pdf](http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/convention-
violence/texts/Portuguese%20version.pdf)

▪ **Legislação Portuguesa**

- **Lei nº 75/98 de 19 de novembro** – garantia dos alimentos a menores (http://www.apav.pt/portal/pdf/garantia_alimentos_menores.pdf);
- **Lei nº 107/1999 de 03 de agosto** – rede pública de casas de apoio. Criação da rede pública de casas de apoio a mulheres vítimas de violência (<http://dre.pt/pdf1sdip/1999/08/179A00/49944994.pdf>);
- **Lei nº 45/2004 de 19 de agosto** – perícias médico-legais e forenses. Estabelece o regime jurídico das perícias médico-legais e forenses (<http://dre.pt/pdf1s/2004/08/195A00/53625368.pdf>);
- **Lei nº 34/2004 de 29 de julho** – apoio judiciário. Altera o regime de acesso ao direito e aos tribunais e transpõe para a ordem jurídica nacional a diretiva nº 2003/8/CE do conselho, de 27 de janeiro, re-

lativa à melhoria do acesso à justiça nos litígios transfronteiriços através do estabelecimento de regras mínimas comuns relativas ao apoio judiciário no âmbito desses litígios (<http://www.apav.pt/portal/pdf/acesso.pdf>);

- **Portaria nº 654/2010 de 11 de agosto** – altera a Portaria 10/2008 de 3 de janeiro – regulamentação da Lei nº34/2004 (<http://www.oa.pt/upl/%7B6525c7d5-633d-4ff4-b3e8-ff42206cf2b9%7D.pdf>);
- **Decreto-Lei nº 201/2007 de 24 de maio** – isenção de taxas moderadoras (http://www.apav.pt/portal/pdf/isencao_tx_moderadoras_vd.pdf);
- **Código Penal** – Aprovado pelo Decreto-Lei 400/82 de 23 de setembro e republicado pela Lei nº 59/2007 de 4 de setembro (<http://www.legix.pt/docs/CP.pdf>)
 - **Artigo 152º** - Maus tratos e infração de regras de segurança (<http://app.parlamento.pt/violenciadomestica/conteudo/pdfs/legislacao/codpenal.pdf>);
- **Lei nº 47/2007 de 28 de agosto** – alteração à Lei nº 34/2004. Alteração à lei nº 34/2004, 29 julho, que altera o regime de acesso ao direito e aos tribunais (<http://www.gral.mj.pt/uploads/documentos/a44d16342895fbfeefbc1a4230a91142.pdf>);

- **Lei nº 29/2008 de 4 de julho** – alteração à Lei nº 93/99. Altera a lei nº 93/99 de 14 julho que regula a aplicação de medidas para proteção de testemunhas em processo penal (<http://www.dre.pt/pdf1s/2008/07/12800/0413104132.pdf>);
- **Lei nº 38/2009 de 20 de julho** – lei de política criminal (http://www.apav.pt/portal/pdf/lei38-2009%20-prioridades_politica_criminal_2009-2011.pdf);
 - **Circular da PGR nº 4/2010** – diretivas e instruções genéricas em matéria de execução da lei sobre política criminal para o biénio 2009/2011 (http://www.pgr.pt/Circulares/textos/2010/2010_04.pdf);
- **Lei nº 104/2009, de 14 de setembro** - adiantamento da indemnização. Aprova o regime de concessão de indemnização às vítimas de crimes violentos e de violência doméstica (http://www.apav.pt/portal/pdf/alt_indem_cv_vd.pdf);
 - **Decreto-Lei nº 120/2010 de 27 de outubro** – comissão de proteção às vítimas de crimes. Regula a constituição, o funcionamento e o exercício de poderes e deveres da Comissão de Proteção às Vítimas de Crimes (http://www.apav.pt/portal/pdf/leg_vcv_0488504887.pdf);
- **Lei nº 112/2009 de 16 de setembro** – estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e à assistência das suas vítimas e revoga a Lei nº 107/99, 3 de agosto e o Decreto-Lei nº 323/2000, 19 de dezembro (<http://www.apav.pt/portal/pdf/0655006561.pdf>);

- **Despacho nº 6810-A/2010, de 16 de Abril** – Referenciais de formação e requisitos obrigatórios para habilitação de técnicos de apoio à vítima.
(http://www.apav.pt/portal/pdf/TAV_VD.pdf);
- **Portaria nº 220-A/2010, de 16 de Abril** – meios técnicos de controlo à distância e proteção por teleassistência. Estabelece as condições de utilização dos meios técnicos de teleassistência, previstos nos números 4 e 5 do artigo 20º, e dos meios técnicos de controlo à distância, previstos no artigo 35º, ambos da Lei nº 112/2009, 16 de setembro
(http://www.apav.pt/portal/pdf/vig_electron_VD.pdf);
- **Portaria nº 229-A/2010, de 23 de Abril** – Modelo do Estatuto de Vítima. São aprovados os modelos de documentos comprovativos da atribuição de estatuto de vítima, previstos nos nºs 1 e 3 do artigo 14º da Lei nº 112/2009, 16 de setembro
(http://www.apav.pt/portal/pdf/modelo_estatuto_vd.pdf);
- **Portaria 63/2011, de 3 de Fevereiro** - Extensão da vigilância eletrónica a todo o país.
(<http://www.apav.pt/portal/pdf/0067200673.pdf>);
- **Código de Processo Penal** - Lei n.º 26/2010 de 30 de agosto
(<http://dre.pt/pdf1sdip/2010/08/16800/0378203787.pdf>);

- **Artigos 241º, 242º, 243º e 244º** - Aquisição da notícia do crime; Denúncia obrigatória; Auto de notícia; Denúncia facultativa.
- **Artigo 247º** - Informações ao ofendido sobre o regime do direito de queixa e suas consequências processuais, sobre o regime jurídico do apoio judiciário, regime e serviços responsáveis pela instrução de pedidos de indemnização a vítimas de crimes violentos e os pedidos de adiantamento às vítimas de violência doméstica e sobre a existência de instituições públicas, associativas ou particulares que desenvolvam atividades de apoio às vítimas de crimes.
- **IV Plano Nacional contra a Violência Doméstica** – Resolução do conselho de Ministros 100/2010, de 17 de dezembro (<http://dre.pt/pdf1sdip/2010/12/24300/0576305773.pdf>);
- **Lei nº 33/2010, de 2 de setembro** – meios técnicos de controlo à distância. Regula a utilização de meios técnicos de controlo à distância (vigilância electrónica). Revoga a lei 122/99. No artigo 26º contempla expressamente as situações de violência doméstica. (<http://dre.pt/pdf1sdip/2010/09/17100/0385103856.pdf>);
- **Lei nº 93/99 de 14 de julho**, com a atualização da **Lei nº 42/2010, de 3 de setembro** – proteção de testemunhas. Regula a aplicação de medidas para proteção de testemunhas em processo penal (http://www.apav.pt/porta1/pdf/prot_testemunhas.pdf);

- **Decreto-Lei nº 190/2003 de 22 de agosto** – regulamentação da Lei nº 93/99. Regulamenta a aplicação de medidas para proteção de testemunhas em processo penal (<http://www.apav.pt/portal/pdf/dl190-2003.pdf>);
- **Lei nº 5/2006 de 23 de fevereiro**, atualizada pela **Lei 26/2010 de 30 de agosto** – legislação sobre armas. Aprova o novo regime das armas e suas munições (<http://www.apav.pt/portal/pdf/municoes.pdf>);

ANEXO II – AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA REDE DE INTERVENÇÃO INTEGRADA DO DISTRITO DE ÉVORA

Tal como tem vindo a ser referido, a elaboração do Manual de Recursos da Rede desenvolveu-se de forma colaborativa entre todos os parceiros. A avaliação diagnóstica é disso exemplo. Nela, todos os atores tiveram oportunidade de participar através de questionário e/ou entrevista e, posteriormente, comentando e analisando os resultados que lhes foram apresentados. A recolha de dados para esta avaliação diagnóstica decorreu entre março e abril de 2010.

Os objetivos da avaliação diagnóstica foram os seguintes:

- Conhecer a organização e funcionamento de cada uma das organizações integrantes da Rede no âmbito da violência doméstica
- Conhecer a forma ideal de organização e funcionamento preconizada por cada uma das organizações; e
- Conhecer as dificuldades, pontos fortes, pontos fracos e as expectativas face à implementação do projeto.

Foram intervenientes nesta avaliação os representantes das organizações de saúde (sete), das forças de segurança (cinco) e de cariz social (sete), num total de dezanove (19). Optou-se pela entrevista semiestruturada, como instrumento de recolha de dados. O guião compreendia cinco blocos, nomeadamente:

- Bloco I – legitimação da entrevista e motivação do entrevistado e reafirmação da confidencialidade das respostas e do anonimato;

- Bloco II – conhecer a organização e funcionamento da organização no âmbito da violência doméstica;
- Bloco III – identificar a forma ideal de organização e funcionamento da organização no âmbito da violência doméstica;
- Bloco IV – recolher informação acerca das Dificuldades/Pontos fortes/Pontos fracos;
- Bloco V – conhecer as expectativas face à implementação do projeto.

Todas as entrevistas foram, após devida autorização, audiogravadas e posteriormente integralmente transcritas. Como forma de análise e interpretação deste material optou-se pela análise temática de conteúdo.

A leitura detalhada das entrevistas ajudou a clarificar as diferentes partes que compõem o “*corpus* “. A análise foi feita de acordo com áreas temáticas definidas *à priori*. As unidades de registo foram agrupadas em categorias e subcategorias, as quais foram dando consistência às áreas temáticas previamente definidas.

Na categorização foram salvaguardadas as questões da exaustividade, exclusividade, objetividade e pertinência das mesmas.

O resultado de todo este processo está resumida numa grelha onde se apresentam todas as áreas temáticas, categorias e subcategorias (tabela 2).

TABELA 2 – GRELHA DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Área temática	Categorias	Subcategorias
Caracterização da organização	Recursos humanos	Área social
		Instituições de saúde
		Forças de segurança
	Recursos físicos e materiais	
	Horário de atendimento	
	Parcerias/Articulação	Parceiros
		Vantagens das parcerias
	Rapidez/prontidão da resposta	
Caracterização da vítima	Idade	
	Sexo	
	Local de proveniência	
	Classe social	
	Tipo de violência	
Atividades desenvolvidas	Iniciativas de sensibilização/formação	
	Atendimento	“Porta de entrada”
		Recolha de dados
		Procedimentos
		Constrangimentos
		Encaminhamento da vítima
		Encaminhamento da informação
Análise crítica do processo	Pontos fracos	Económicos
		Questões de segurança
		Inexistência e/ou ineficácia da resposta
		Inadequação da resposta para agressores

		Falta de uniformização/conhecimento dos procedimentos
		Avaliação do projeto (Rede)
		Formação/sensibilização dos técnicos
		Padronização dos instrumentos
		Articulação interinstitucional
	Pontos fortes	
	Sugestões	Aquisição de técnicos
		Preparação dos técnicos
		Criação de estruturas de apoio
		Definição/Uniformização de procedimentos
		(Re)organização do grupo de trabalho
		Sensibilização/envolvimento da comunidade

Nesta análise, começamos por apresentar os dados relativos à **caracterização das organizações**, na perspetiva das pessoas entrevistadas. Assim, e no que concerne aos recursos humanos, foi referida alguma escassez. Alguns dos entrevistados referiram terem equipas específicas para tratar de assuntos desta natureza, procurando, sempre que possível, que sejam pessoas com formação na área e com motivação para tal. No que concerne aos recursos físicos e materiais, foram referidas essencialmente as viaturas e os espaços de atendimento que são os próprios gabinetes dos técnicos. Por outro lado, há organizações que adaptaram um espaço para o efeito que, por vezes, não permite qualquer privacidade. O horário de atendimento, salvo no caso das forças de segurança e algumas organizações de saúde, é o

chamado “horário laboral”. No entanto, foi reforçado pelos entrevistados que nenhuma situação urgente fica por resolver mesmo fora desse horário, pois a maioria das pessoas está contactável e mobiliza-se. Fora desse período também se pode contar com a linha de emergência nacional. As organizações de acolhimento, funcionam durante as 24 horas.

Quanto às parcerias que estabelecem, foram essencialmente identificados como parceiros, a Segurança Social, Instituições de Solidariedade Social, entre as quais se encontram as casas abrigo, o Núcleo de Apoio à Vítima, organismos Judiciais e Forças de Segurança, serviços de saúde e o Centro de Emprego, consoante a necessidade de apoio e a idade da vítima. De realçar que os parceiros referidos são os diversos que integram esta Rede. Atendendo à complexidade desta problemática, é crucial a ajuda a vários níveis e de várias áreas, por forma a prestar-se um apoio mais célere, efetivo e abrangente. A rapidez da resposta é, na perspetiva dos participantes, uma questão de extrema importância. Em situações de emergência é feita uma avaliação e a resposta é rápida, sendo o encaminhamento feito no próprio dia, para maior proteção da vítima. O objetivo é colocá-la em segurança.

Com base na perspetiva das pessoas entrevistadas, destacam-se, no que concerne às **características das organizações**, os seguintes aspetos essenciais:

- Alguma escassez de recursos materiais e humanos;
- Alguma inadequação de recursos, principalmente no que concerne a espaços de atendimento adequados;

- Capacidade de mobilização perante situações concretas que exigem resposta;
- Um esboço, cada vez mais conseguido, de funcionamento da rede.

Quanto à **caracterização das vítimas**, estas serão essencialmente mulheres adultas (30/40 anos), de classe social baixa e média baixa. Todavia, dizem os entrevistados, começam a surgir vítimas de classes sociais mais altas. Há quem considere que, tanto crianças, como idosos, apesar de também poderem ser vítimas de violência doméstica, frequentemente não apresentam queixa, ou por falta de autonomia ou mesmo pela vergonha de se exporem. Há ainda quem refira que esta questão é transversal a várias idades. Por outro lado, foi reforçado que estão a surgir cada vez mais situações de violência em jovens, muitas vezes associadas a outras problemáticas. São escassas as situações denunciadas em que a vítima seja do sexo masculino e, nalguns casos, essa queixa é feita para amenizar o processo que têm contra eles. Foi ainda mencionado o facto de muitas vezes, as vítimas de violência doméstica, surgirem acompanhadas de crianças. O alcoolismo do agressor aparece muitas vezes associado ao fenómeno da violência doméstica.

Os casos surgem sobretudo de dentro do Distrito, a não ser nos acolhimentos em casa de abrigo, onde as vítimas podem vir de todos os pontos do país ou mesmo do estrangeiro. Quanto ao **tipo de violência**, prevalece a violência física, quase sempre associada à violência psicológica. Relativamente às características das vítimas sublinhamos dois aspetos que nos parecem mais evidentes. Por um lado, a sobreposição dos dados recolhidos nestas entre-

vistas com os de outras partes do país; por outro uma aparente subvalorização da violência física grave.

Relativamente às **atividades desenvolvidas**, destacam-se basicamente dois grupos distintos. Iniciativas de sensibilização/formação, sendo estas ações destinadas tanto aos técnicos como à população, sobretudo no âmbito da prevenção primária. Estas ações, segundo os entrevistados, tanto podem ser realizadas por iniciativa da própria organização, a pedido de outras entidades ou no âmbito de parcerias.

Atendimento, onde devem ser tidos em conta os aspetos relacionados com a acessibilidade da “porta de entrada”, e qualidade dos “procedimentos” de atendimento, com os protocolos de “recolha de dados e de provas”, o “encaminhamento” da vítima e o “encaminhamento” da informação.

Foi referido que a vítima recorre, essencialmente por iniciativa própria, aos serviços de saúde, forças de segurança ou instituições de apoio social, nomeadamente o Núcleo de Apoio à Vítima, sendo estas as principais **portas de entrada**. No entanto, as situações podem também chegar a estes organismos através do encaminhamento de outras instituições. De referir, segundo alguns entrevistados, que as vítimas, mesmo quando vêm por vontade própria e são elas que sinalizam as situações, por vezes voltam atrás, resistindo à apresentação de queixa.

Para a recolha de dados junto da vítima existe alguma diversidade de instrumentos, uns criados na própria organização, outros facultados por outras organizações. De uma forma geral não há uniformização, exceção feita para

as forças de segurança. A grande preocupação é a avaliação do risco ou perigo que a vítima corre. Avaliada a urgência e a perigosidade da situação, a mesma terá o encaminhamento mais adequado à sua situação.

No que concerne aos “**procedimentos**” do atendimento foi referida a importância do acolhimento ser securizante e clarificador das opções e apoios disponíveis. É um trabalho, sempre que possível, feito em equipa e que conta com o apoio de vários parceiros.

Durante este processo podem surgir alguns constrangimentos que se prendem essencialmente com a (re)vitimização a que a vítima pode ser sujeita pela falta de sensibilidade de alguns técnicos. Por outro lado, o espaço físico, por vezes, não promove a intimidade e a privacidade, e a falta de profissionais pode levar à falta de tempo para estar com a pessoa. Existe também alguma dificuldade em chegar ao agressor e, por outro lado, constata-se situações em que a própria vítima, tal como já foi mencionado, recusa colaborar no procedimento contra o agressor.

Quanto ao “**encaminhamento da vítima**”, depende da situação concreta, mas os apoios são difíceis de encontrar, sobretudo ao nível do emprego e da habitação. A grande prioridade é a proteção da vítima, sendo por vezes necessária a retirada de casa, necessitando-se para isso de transporte e alojamento rápidos. Aqui, têm um papel preponderante o NAV, a Segurança Social, as Forças de Segurança e posteriormente a Rede Nacional de Casas de Abrigo, instituições que vão acolher essa vítima. No que se relaciona com o “**encaminhamento da informação**”, quando necessário ou solicitado acompanha a vítima, todavia peca algumas vezes por ser escassa. No caso

das crianças está salvaguardada a privacidade da informação. Foi sugerido que seria útil centralizar essa informação nas entidades judiciais.

Da análise das atividades desenvolvidas sobressaem alguns aspetos que interessa evidenciar, nomeadamente:

- A diversidade de portas de entrada, mas o destaque dos serviços de saúde e das forças de segurança;
- A dependência da vontade e da volatilidade das vítimas, o que coloca em evidência a necessidade de criação de condições que facilitem o acesso e garantam a segurança;
- A valorização do atendimento “cara a cara” e do apoio em rede;
- A falta de sensibilização de alguns técnicos e de condições que facilitem o atendimento;
- A proliferação de instrumentos de recolha de dados;
- A aparente falta de mecanismos de suporte de informação e respetivos circuitos uniformizados;
- A exigência de algumas vítimas e a dificuldade de lhes responder dada a complexidade da situação;

Relativamente à **análise crítica do processo**, como pontos fracos, na sua maioria, foi referida a inadequação e/ou ineficácia das respostas pois, há quem considere que a resposta não é tão rápida e adequada quanto seria o ideal, por exemplo, quando é preciso retirar a vítima da sua residência. Este acolhimento de emergência é ainda mais complicado quando a vítima é um homem pois, ainda não estamos preparados para tal. Foi ainda questionado porque saem as vítimas de casa e não os agressores. A questão da dificulda-

de em arranjar um transporte para a retirada urgente das vítimas, também condiciona a adequação e rapidez da resposta. A questão da necessidade do incremento da formação dos profissionais também foi referida. De seguida foram referidas as dificuldades económicas. A falta de uniformização e de conhecimento dos procedimentos e do percurso da vítima também foi apontado como ponto fraco, apelam inclusive à formação dos profissionais para colmatar essa lacuna. Foi também referida a inadequação da resposta para agressores.

Quando questionados acerca dos pontos fortes, a maior parte referiu a articulação interorganizacional, seja ela formal ou informal, permitindo dar resposta às situações, de uma forma mais rápida. É bastante útil saber quem pode ajudar e como. A avaliação do projeto (RIIDE), segundo alguns entrevistados, foi positiva, considerando-o crucial, elogiando a forma como está a ser gerido, abrindo as portas a várias organizações que pretendam participar e à consequente melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Não obstante, ainda há algumas arestas por limar e princípios a definir, para melhorar a sua eficácia. Outro aspeto favorável prende-se com a formação/sensibilização dos técnicos que lhes permitiu adquirir competências nesta área tão específica e complexa.

Quanto a sugestões, a maioria referiu a necessidade de definição/uniformização de procedimentos, salientando a importância de existir um guia ou manual de procedimentos, e registos informáticos. É crucial que se definam os circuitos e a articulação entre as várias instituições. Nesta uniformização de procedimentos há quem considere que as forças de segu-

rança devem ser informadas quanto antes do caso para que as diligências se iniciem o mais precocemente possível, de modo a que o processo decorra de uma forma mais célere. Uma outra sugestão passa pela necessidade de criação de estruturas de apoio, sobretudo ao nível do espaço físico, para o acolhimento das vítimas, tanto quando estão a ser atendidas, como num período de espera, até obter a resposta adequada. Por outro lado, também devem ser contratados mais técnicos, com prévia formação na área da violência doméstica, como forma de tornar a resposta mais eficiente. Um outro aspeto considerado por dois elementos é a importância da sensibilização/envolvimento da comunidade. Mais concretamente, no que se relaciona com a RIIDE propriamente dita, a sugestão passa pela (re)organização do grupo de trabalho. Salienta-se a necessidade de constituir dois grupos de trabalho, um mais restrito e operacional com as organizações que lidam direta e sistematicamente com este fenómeno e outro mais alargado com todas as organizações que queiram colaborar no combate à violência doméstica. Chamada de atenção para a necessidade de integração da Cruz Vermelha na Rede.

Em resumo e no que diz respeito aos pontos fracos destacamos:

- As dificuldades em retirar a vítima do contexto (quando a situação o exige) quer devido à inadequada celeridade da resposta, por dificuldades de articulação, de transportes e de locais adequados para a colocar;
- A insuficiência da formação;
- A não uniformização de procedimentos.

Dos pontos fortes destacamos:

- A articulação já alcançada;
- A formação já proporcionada;
- A existência da RIIDE

As sugestões têm por um lado uma dimensão do concreto imediato e por outro do desejável numa dimensão um pouco mais idealizada. Assim, sublinhamos:

- A necessidade de uniformizar procedimentos e de se redefinirem circuitos processuais;
- A importância de um manual de procedimentos;
- A necessidade de maior adequação de espaços e estruturas para incrementar a qualidade do serviço prestado;
- A necessidade de se repensar a estrutura da Rede.

A avaliação diagnóstica incluiu ainda a perspetiva de um grupo de vítimas de três organizações de proteção e acompanhamento do Distrito de Évora, às quais foi aplicado um questionário. Os critérios de inclusão consistiam em serem vítimas de violência doméstica e terem contacto com o serviço em causa, há pelo menos um mês. Nestas condições foram encontradas 17 pessoas. Como instrumento de recolha de dados foi utilizado o inquérito por questionário, tendo-se recorrido a um questionário misto, com perguntas abertas e fechadas. Neste questionário o primeiro grupo de perguntas permite fazer uma breve caracterização sociodemográfica das vítimas; o segundo permite fazer a contextualização da situação de violência doméstica

vivenciada pelas mesmas. Por fim, a pergunta aberta solicitava às vítimas que apresentassem sugestões relativas ao serviço.

Após ter sido garantida a confidencialidade e o anonimato e após consentimento informado, foi então aplicado o questionário. De seguida procedeu-se ao tratamento estatístico descritivo dos dados com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS[®]).

Assim e relativamente à caracterização sociodemográfica das vítimas, todas elas são do sexo feminino, sendo a idade mínima 22 anos e a máxima 66 anos, a média de idades é 39,29 anos, com um desvio padrão de 11,36. Pode ainda constatar-se que mais de metade destas vítimas tem menos de 40 anos. A maioria (12) tem filhos menores sendo que 9 estão com a mãe, 2 estão com o pai e 1 está institucionalizado. As mulheres que responderam ao questionário têm como escolaridade essencialmente o 3º ciclo (5) e o ensino secundário (8), residem no Distrito de Évora e são casadas.

No que concerne à contextualização da violência, a maioria refere ter sofrido maus tratos físicos (13) e psicológicos (15). Os abusos sexuais, danos morais, destruição de bens e exploração económica não tiveram realce neste grupo. Também a maioria refere que esta não foi a primeira vez que foram vítimas de violência doméstica, ocorrendo esta maioritariamente há mais de 3 anos (12). Os agressores são essencialmente os cônjuges (11), o namorado (4), os pais (1), os irmãos (2) e o ex-marido (1). No entanto, uma das vítimas refere que foi agredida pelo namorado, pelos pais e pelos irmãos.

As organizações a que recorreram em primeiro lugar, foram essencialmente as forças de segurança, nomeadamente GNR (8) e PSP (4). O atendimento nessas organizações deixou-as maioritariamente satisfeitas (10) ou bastante satisfeitas (6) e também seguras (10) e bastante seguras (3). Apenas 1 refere estar nada satisfeita e insegura. Da mesma forma, há exceção de uma, todas as outras consideraram que o encaminhamento foi adequado. Acharam esse encaminhamento adequado por vários motivos, nomeadamente, segurança e abrigo (1), afastamento da situação problemática (1), encaminhamento para o hospital (1), sofrimento resolvido (1), teve o apoio que precisa (3), pela muita disponibilidade (1) e porque foi enviada para o NAV (1). A única vítima que respondeu que não teve o encaminhamento adequado justificou que não lhe tinham dado atenção.

Neste momento e relativamente à organização em que se encontram, todas consideram que estão seguras (11) ou bastante seguras (6). Consideram-se também satisfeitas (9) ou bastante satisfeitas (8), com os cuidados prestados por essa organização. Situação idêntica ocorre quando questionadas quanto ao modo como se sentem relativamente às condições gerais que esta organização lhes proporciona.

Quanto aos aspetos que consideram positivos relativamente ao acolhimento, atendimento e encaminhamento ao longo de todo este processo referiram, que se devia ao apoio psicológico (5), apoio na resolução de problemas (3), afastamento da situação problemática (1), apoio na alimentação (1), segurança (2), reestruturação da vida (1), apoio disponibilizado (6) e apoio jurídico (2). Destas mulheres, 3 referiram mais de um motivo pelo qual con-

sideram positivos o acolhimento, atendimento e encaminhamento em todo este processo.

Quanto aos aspetos negativos, estes foram referidos por 5 mulheres, nomeadamente o contacto com pessoas conflituosas e insatisfeitas (3), falta de liberdade (1), morosidade do processo (1).

Quando questionadas acerca de como perspectivavam o seu futuro, as opiniões dividiram-se entre a aquisição de uma identidade confiante (2), aposta na formação académica (1), arranjar trabalho (2), reorganizar a vida com os filhos (4), previsão de um futuro melhor (6) e duas não sabem o que esperar do futuro. Uma salientou ainda a sua gratidão à organização.

Apenas duas mulheres deixaram sugestões, nomeadamente, aconselham o recurso à organização em causa sempre que considerem ser uma solução e desejam a continuação do bom trabalho já feito.

Deste modo, podemos dizer que pela análise dos dados relativos às vítimas, podemos concluir, por um lado, que não diferem no essencial dos dados já conhecidos acerca desta problemática e por outro, o facto de se sentirem bem atendidas e seguras nos serviços que utilizaram.

Em resumo e no que concerne ao diagnóstico da Rede, destacaríamos:

- A existência da Rede.
- A articulação já alcançada;
- A formação já proporcionada;
- A valorização do atendimento “cara a cara” e do apoio em rede;

- A capacidade de mobilização perante situações concretas que exigem resposta;
- A aparente escassez de recursos humanos com formação específica;
- A falta de sensibilização de alguns técnicos;
- Alguma inadequação de recursos principalmente no que concerne a espaços de atendimento adequados o que dificulta o atendimento e a garantia das condições de segurança;
- A proliferação de instrumentos de recolha de dados;
- A aparente falta de mecanismos de suporte de informação e respetivos circuitos uniformizados;
- As dificuldades em retirar a vítima do contexto (quando a situação o exige) devido à inadequada celeridade da resposta, por dificuldades de articulação, de transportes e de locais adequados para a colocar;
- A dificuldade de responder à exigência de algumas vítimas dada a complexidade da situação;

ANEXO III - ABUSE ASSESSMENT SCREEN¹ (AAS) - VERSÃO PORTUGUESA

1. Já foi alguma vez maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo seu parceiro ou alguém importante para si? SIM () NÃO ()

2. Neste último ano (12 meses), alguém lhe bateu, esbofeteou, pontapeou ou magoou fisicamente? SIM () NÃO ()

Caso afirmativo (sim), quem? (Por favor, marque com um círculo uma ou mais opções)

Marido, Ex-marido, Namorado, Estranho, Outro

Número de vezes

3. Desde que você engravidou, alguém lhe bateu, esbofeteou, pontapeou ou magoou fisicamente? SIM () NÃO ()

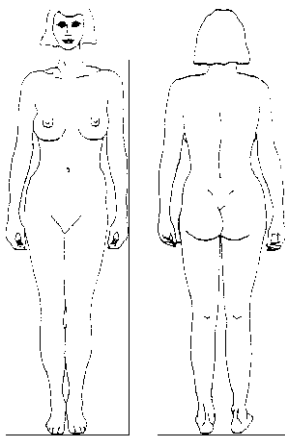
Caso afirmativo (sim), quem? (Por favor, marque com um círculo uma ou mais opções)

Marido, Ex-marido, Namorado, Estranho, Outro

Número de vezes

Marque a área traumatizada no diagrama do corpo humano

¹ REICHENHEIM, M. E., Morais, C. L., e Hasselmann, M. H. - Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida Rev. Saúde Pública, 34 (6): 610-16, 2000
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n6/3575.pdf>



Marque cada episódio de acordo com a escala a seguir:

- 1 - Ameaças de maus-tratos/agressão, inclusive com uma arma
- 2 – Bofetada, empurrão; sem magoar ou ferir ou dor duradoura
- 3 - Soco, pontapé, lesão/"mancha roxa", cortes e/ou dor contínua
- 4 - Espancamento, contusões severas, queimaduras, ossos quebrados
- 5 - Danos na cabeça, internos e/ou permanentes
- 6 - Uso de armas, ferimento por arma

(Escolha a descrição com o maior número)

4. Neste último ano (12 meses), alguém a forçou a realizar atividades sexuais?

SIM () NÃO ()

Caso afirmativo (sim), por quem? (Por favor, marque com um círculo uma ou mais opções)

Marido, Ex-marido, Namorado, Estranho, Outro

Número de vezes

5. Você tem medo do seu parceiro ou de alguém referido acima? SIM ()

NÃO ()

ANEXO IV – GUIA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DO SERVIÇO DE UR-
GÊNCIA DO HESE-EPE

Escala de Risco

	Sim	Não	Não sei
1. O incidente resultou em ferimentos? Por favor indique se foi o seu primeiro ferimento.			
2. Encontra-se assustado(a)? Observação:			
3. Sente-se isolado(a) dos seus familiares ou amigos? O(a) agressor(a) tenta evitar que veja os seus familiares, amigos, médico ou outras pessoas? Observação:			
4. Sente-se deprimido(a) ou com pensamentos suicidas?			
5. Divorciou-se ou tentou divorciar-se do(a) agressor(a) no último ano?			

6. Existe conflito no contacto com as crianças?			
7. O(a) agressor(a) envia-lhe mensagens escritas, telefona-lhe, persegue-o(a) ou comete assédio? Tente perceber se estes comportamentos foram feitos deliberadamente para o(a) intimidar?			
8. Encontra-se grávida ou teve um bebé recentemente? São considerados os últimos 18 meses.			
9. Os maus tratos estão a ocorrer mais frequentemente?			
10. Os maus tratos estão a piorar?			
O(a) agressor(a) tenta controlar tudo aquilo que faz ou é excessivamente ciumento? Em termos de relacionamentos, quem é que vê estar a ser supervisionada em casa, dizer-lhe o que deve vestir por exemplo. Quais são os comportamentos apresentados?			

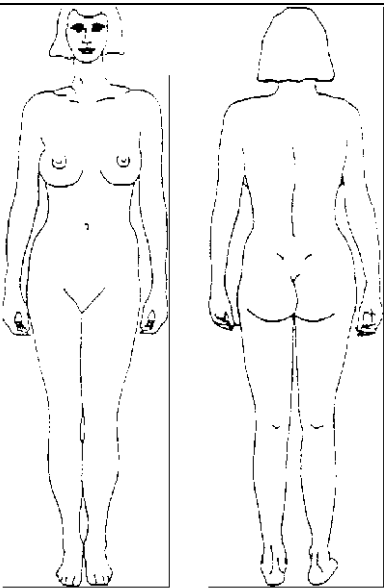
<p>12. Alguma vez o(a) agressor(a) utilizou alguma arma ou algum objeto para a magoar?</p>			
<p>13. O(a) agressor(a) alguma vez ameaçou matá-lo(a) ou a outra pessoa? Se sim, assinale quem: Você ____ Filhos ____ Outros ____ Por favor especifique _____</p>			
<p>14. Alguma vez o(a) agressor(a) tentou estrangulá-lo(a), asfixiá-lo(a) ou afogá-lo(a)?</p>			
<p>15. O(a) agressor(a) verbaliza expressões de cariz sexual que o(a) faz sentir mal ou que o(a) magoa a si ou a outra pessoa fisicamente? Se se tratar de outra pessoa, especifique de quem se trata.</p>			
<p>16. Existe mais alguma pessoa que o(a) tenha ameaçado ou de quem tem medo? Se responder sim, por favor especifique quem o fez e porquê?</p>			

<p>17. Sabe se o(a) agressor(a) magoou outra pessoa? Por favor especifique quem incluindo crianças, familiares ou idosos.</p> <p>Crianças ____ Familiares ____ Idosos ____</p> <p>Outros ____ Por favor especifique</p> <p>_____</p>			
<p>18. O(a) agressor(a) alguma vez maltratou um animal ou um animal de estimação dos familiares?</p>			
<p>19. Existem alguns problemas financeiros?</p>			
<p>20. O(a) agressor(a) possui ou possuiu problemas no último ano com drogas ou álcool? Se sim, por favor especifique:</p> <p>Drogas ____ Álcool ____</p>			
<p>21. Alguma vez o(a) agressor(a) quebrou a fiança/ uma injunção/ e/ou um acordo formal para quando pode vê-lo(a) a si e/ou as crianças?</p>			

<p>22. Sabe se o(a) agressor(a) alguma vez teve problemas com a polícia ou tem uma história criminal? Se for sim, por favor especifique:</p> <p>Violência Doméstica ____</p> <p>Violência Sexual ____</p> <p>Outra Violência ____</p> <p>Outro ____Especifique</p> <p>_____</p>			
<p>Avaliação dos Profissionais:</p>			

Indicador recomendado pela CAADA: Co-ordinated Action Against Domestic Abuse

ANEXO V - RASTREAMENTO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA¹

	<p style="text-align: center;">AVALIAÇÃO DA VD</p> <p><input type="checkbox"/> Alguma vez alguém lhe bateu, a esbofeteou, lhe deu pontapés ou fisicamente a feriu?</p> <p><input type="checkbox"/> Quem? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Foi fisicamente ferida por alguém no último mês?</p> <p><input type="checkbox"/> Alguma vez foi forçada a ter atos sexuais não desejados?</p> <p><input type="checkbox"/> Por quem? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Alguma vez foi forçada a ter atos sexuais não desejados no último mês?</p> <p><input type="checkbox"/> Por quem? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tem medo de alguém?</p> <p><input type="checkbox"/> De quem? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Alguém a crítica, a faz sentir mal consigo mesma ou tenta controlá-la?</p> <p><input type="checkbox"/> Quem? _____</p>
---	--

¹ Adaptado de: Ohio Domestic Violence Network and the National Health Care Standards Campaign Committee Ohio Chapter (2003) - The Ohio Domestic Violence Protocol for Health Care Providers: Standards of Care - http://www.jrsa.org/dvsa-drc/ohio/ODVN_protocol.pdf

<p align="center">AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DA VÍTIMA</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O abusador está aqui presente?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> A utente tem medo do parceiro?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> A utente tem medo de ir para casa?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> A gravidade da violência física tem aumentado?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O parceiro abusou fisicamente de crianças?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> As crianças testemunharam violência em casa?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Há ameaças de homicídio?</p> <p>De quem? _____</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Há ameaças de suicídio?</p> <p>De quem? _____</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Há armas em casa?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Abuso de álcool ou outras substâncias?</p>	<p align="center">REFERENCIAÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> Deu-lhe o número da Linha Telefónica de Informação às Vítimas de Violência Doméstica.</p> <p><input type="checkbox"/> Deu-lhe informação sobre o sistema de proteção legal às vítimas de VD.</p> <p><input type="checkbox"/> Deu-lhe o número de uma casa-abrigo.</p> <p><input type="checkbox"/> Referenciou-a internamente.</p> <p>A quem? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Outra referenciação.</p> <p>A quem? _____</p> <hr/> <p align="center">REPORTE</p> <p><input type="checkbox"/> Reportado às forças de segurança</p> <p><input type="checkbox"/> Reportado aos Serviços de Proteção de Menores</p> <p><input type="checkbox"/> Reportado à RIIDE</p>
<p align="center">INTERVENÇÃO</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Foi acordado um plano de segurança</p>	<p align="center">FOTOGRAFIAS</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Consentiu ser fotografada.</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Foram tiradas fotografias</p> <p align="right"><i>(anexar as fotografias)</i></p>

ANEXO VI – AVALIAÇÃO DE RISCO DA GNR E PSP

ANEXO A – Violência Doméstica – Avaliação de Risco *

NUIPC: Data:

Nome da Vítima:

Militar que recolheu a informação: ,Guarda n.º

*** A pedido das Autoridades Judiciárias ou a ser preenchido em fase de Inquérito**

AVALIAÇÃO DE RISCO

A- Historial da agressão/violência

1 – Referências anteriores a situações semelhantes da autoria do(a) mesmo(a) suspeito(a):

Existem queixas anteriores por agressões pelo(a) mesmo(a) suspeito(a) à(s) mesma(s) vítima(s): **Não**

Data/ Momento	Tipos de violência			Consequências				NUIPC	Observações
	Física	Psicológica	Com uso de arma	Ferimentos graves	Ferimentos ligeiros	Tratamento hospitalar	Internamento		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

2 – Caso se tenham verificado agressões, mas não tenha sido apresentada queixa, indicar sucintamente os motivos referidos pela vítima:

3 – Indicar se a vítima foi alguma vez encaminhada para instituições de apoio:

4 – Registo de intervenções policiais relativamente a ocorrências da autoria do(a) mesmo(a) suspeito(a):

Data	Resumo da ocorrência	Nº de registo
/ /		
/ /		
/ /		

Embora não existam queixas/registos anteriores relativos a ocorrências da autoria do(a) mesmo(a) suspeito(a), foram apuradas junto de vizinhos e testemunhas referências a episódios de agressão anteriores: **Não**

B - Caracterização (Vítima, Denunciado e Comportamentos agressivos/violentos)

1 – Vítima

a) Habilitações literárias:

- ☐ não sabe ler ☐ até 4ª classe (1º ciclo) ☐ até 3º ciclo ensino básico
- ☐ até 12º ano ☐ até licenciatura/bacharelato ☐ outras

b) É portadora de deficiência:

- ☐ Não ☐ física ☐ psíquica

c) É consumidora habitual de:

- ☐ álcool ☐ estupefacientes: ☐ Nada a referir

d) Necessidades diagnosticadas à vítima:

- ☐ Apoio psicológico ☐ Apoio financeiro ☐ Apoio jurídico ☐ Habitação
- ☐ Inserção profissional ☐ Cuidados de saúde ☐ Outra(s):

e) Principal meio de vida:

- ☐ Trabalhador(a) p/ conta própria ☐ Trabalhador(a) p/ conta de outrem
- ☐ Estudante ☐ Doméstico(a) ☐ Empresário(a)
- ☐ Reformado(a)/Pensionista ☐ Desempregado(a) ☐ Outro:

f) Principal fonte de rendimento:

- ☐ Próprio trabalho ☐ Trabalho do cônjuge
- ☐ Prestações sociais ou subsídios ☐ Pensão/reforma
- ☐ Rendimentos próprios ☐ Outra fonte:
- ☐ **A vítima está na dependência económica do(a) denunciado(a)**

g) Situação sócio-habitacional

▪ **Agregado familiar:**

- ☐ Vive só ☐ Vive com o(a) denunciado(a) ☐ Vive com familiares ☐ Vive com amigos
- ☐ Outra situação:

▪ **Situação conjugal relativamente ao(à) denunciado(a):**

- ☐ Casados ☐ União de facto ☐ Separação/divórcio

▪ **Dependentes:**

Número de filhos menores: De ambos: Da vítima: Do(a) denunciado(a):

Deficientes: Idosos: Outros:

▪ **Residência:**

- ☐ Casa própria ☐ Casa arrendada ☐ Em quarto alugado
- ☐ Casa de familiares
- ☐ Casa de amigos ☐ Hotel/Pensão ☐ Em instituição
- ☐ Sem domicílio fixo

Tipo:

- ☐ Andar/Vivenda ☐ Barraca / Construção improvisada ☐ Alojamento colectivo

Condições de habitabilidade: ☐ Boas ☐ Razoáveis ☐ Inadequadas

Total de residentes:

2 – Denunciado(a)

a) **Habilitações literárias:**

☐ não sabe ler ☐ até 4ª classe (1º ciclo) ☐ até 3º ciclo ensino básico

☐ até 12º ano ☐ até licenciatura/bacharelato ☐ outras

b) **É portador(a) de deficiência:**

☐ Não ☐ física ☐ psíquica

c) Situação perante o trabalho:

☐ Trabalhador(a) p/conta própria ☐ Trabalhador(a) p/conta de outrem

☐ Estudante ☐ Doméstico(a) ☐ Empresário(a)

☐ Reformado(a)/Pensionista ☐ Desempregado(a) ☐ Outra:

d) Principal fonte de rendimento:

☐ Próprio trabalho ☐ Trabalho do cônjuge

☐ Prestações sociais ou subsídios ☐ Pensão/reforma

☐ Rendimentos próprios ☐ Outra fonte:

☐ - **O(a) denunciado(a) está na dependência económica da(s) vítima(s)**

3 – Comportamentos do(a) denunciado(a)

a) Consome álcool:

Não Com que frequência?

b) Consome estupefacientes:

Não Com que frequência?

Quais?

c) Houve um aumento recente destes tipos de consumos:

☐ Álcool ☐ Estupefacientes ☐ Nada a referir

d) Mostra/exibe agressividade/violência para com:

☐ Crianças ☐ Outros membros da família ☐ Nada a referir

e) O comportamento agressivo/violento é: ☐ Pontual ☐ Continuado

f) O comportamento agressivo/violento iniciou-se há:

☐ menos de 6 meses ☐ 6 meses a um ano ☐ mais de um ano

☐ um a três anos ☐ três a cinco anos ☐ mais de cinco anos

g) Local mais frequente das agressões:

☐ Em casa ☐ Na rua ☐ Na casa de familiares/vizinhos

☐ No local de trabalho ☐ Outro local:

h) A violência/agressividade têm aumentado no último ano:

☐ Não ☐ Um pouco ☐ Bastante

i) Comportamentos obsessivos

☐ - Vigia e verifica todos os movimentos da vítima (*ouve conversas telefónicas, lê o correio, verifica despesas correntes, p/ ex.*).

☐ - Envolve outras pessoas na vigilância e observação da vítima (*amigos ou familiares, p/ ex.*).

☐ - Já confrontou amigos, colegas ou familiares da vítima.

☐ - Controla os recursos financeiros da vítima.

☐ - Tenta controlar as atividades diárias da vítima (*definir lista do que pode ou não fazer, obrigar a repetir conversas com outras pessoas, exige justificação de despesas, define horários de saída e regresso a casa, p/ ex.*).

- ☐ - Já tentou isolar, afastar ou impedir o contacto da vítima com outras pessoas.
- ☐ - Exige a obediência como uma forma de lealdade.
- ☐ - Praticou anteriormente atos de violência ou abusos sexuais.
- ☐ - Tem destruído objetos pessoais da vítima ou maltratado animais domésticos.

j) Comportamentos relacionados com a agressão

- ☐ - As ameaças ou agressões foram praticadas na presença de outras pessoas/testemunhas.
- ☐ - As ameaças foram detalhadas e específicas.
- ☐ - As ameaças são coerentes/consistentes com comportamentos agressivos/violentos anteriores.
- ☐ - O(a) denunciado(a) dispõe de meios para concretizar as ameaças.
- ☐ - As ameaças ou alguns dos atos de execução já foram ensaiados.
- ☐ - As ameaças abrangem outras pessoas.
- ☐ - As ameaças envolvem suicídio, homicídio ou ambas.

k) Agressões físicas/Ofensas corporais

- ☐ - Durante a(s) agressão(ões) houve tentativa de asfixiar ou estrangular a vítima.
- ☐ - O(a) denunciado(a) usou objetos (*cinto, fio elétrico ou do telefone, correia, saco de plástico, p/ ex.*) para asfixiar ou estrangular a vítima.

- ☐ - A vítima perdeu os sentidos.
- ☐ - A vítima apresenta sintomas de tentativa de estrangulamento (*dificuldade em respirar ou engolir, queimaduras, hematomas ou marcas vermelhas em redor do pescoço, branco dos olhos avermelhado, vomita ou tosse sangue, fala pastosa ou afónica, dores de cabeça ou no pescoço, p/ ex.*).
- ☐ - A(s) agressão(ões) incluiu(ram) pancadas com objetos na cabeça da vítima ou bater com esta nas paredes.
- ☐ - O(a) denunciado(a) foi violento(a) durante a gravidez da vítima.

I) Posse e/ou utilização de armas

- ☐ - O(a) denunciado(a) possui armas em casa ou tem acesso a armas pertencentes a outra pessoa ou entidade
 - ☐ - de defesa ☐ - de caça ☐ - de outro tipo
 - ☐ - as armas de fogo não estão legalizadas ☐ - o(a) denunciado(a) tem prática na sua utilização
- ☐ - O(a) denunciado(a) costuma exibir armas ou referi-las durante as ameaças ou agressões
- ☐ - As agressões anteriores envolveram exibição ou emprego de armas
 - ☐ - de defesa ☐ - de caça ☐ - de outro tipo

C – Outras informações

1 – Origem da informação relativa à avaliação de risco

☐ - A Vítima

☐ - Outro(s):

2 – Medidas de proteção e de coação solicitadas/recomendadas:

☐ - Afastamento do(a) denunciado(a) da residência

☐ - Proibição de contactos com a vítima

☐ - Acolhimento temporário em instituição

☐ - Outra:

3 – Outras observações:

O Órgão de Polícia Criminal

ESTATUTO DE VÍTIMA

Art. 14º da Lei nº 112/2009 de 16 de Setembro

ÓRGÃO DE POLÍCIA CRIMINAL:

Posto/Outro:

NUIPC:

Identificação do agente responsável pela investigação¹:

Contatos:

Identificação da vítima:

Morada:

Contactos:

Relação da vítima com o suspeito ou agressor²:

Declara-se, para todos os efeitos legais, que foi atribuído ao(à) acima identificado(a) o estatuto de vítima.

Data da atribuição do estatuto:

O Órgão de Polícia Criminal

¹ A preencher no pressuposto de não causar perturbação no normal desenvolvimento do processo penal.

² Incluir relações conjugais e equiparadas (incluindo do tipo namorado/a ou ex-namorado/a, presentes ou passadas, o grau de parentesco (ascendente ou descendente, colateral) e/ ou qualquer outro tipo de relação (por exemplo, situações em que têm um ou mais filhos em comum ou possuem outro tipo de relação).

O uso deste documento é pessoal e intransmissível, devendo ser entregue de imediato, por quem o encontrar, à autoridade policial mais próxima, que o encaminha para o respectivo titular, sendo a sua utilização indevida punida nos termos da lei.

I — Direitos

O estatuto de vítima importa os seguintes direitos:

1 — Direito à informação

A vítima tem direito a ser informada sobre:

1.1 — Os serviços e ou organizações a que pode dirigir-se para obter apoio e qual o tipo de apoio que pode receber;

1.2 — Os procedimentos seguintes à denúncia e qual o seu papel no âmbito dos mesmos;

1.3 — Como e em que termos pode receber proteção, nomeadamente policial, processual e psicossocial adequada ao seu caso e proporcional às suas necessidades;

1.4 — As modalidades de proteção jurídica a que pode ter acesso: aconselhamento jurídico, apoio judiciário e outras formas de aconselhamento previstas na lei;

1.5 — O direito a obter uma indemnização por parte do agente do crime, no âmbito do processo penal;

1.6 — Quais os mecanismos especiais de defesa que pode utilizar, sendo residente em outro Estado.

Sem prejuízo do regime do segredo de justiça, pode a vítima solicitar informação sobre:

1.7 — O estado do processo;

1.8 — A situação processual do arguido, por factos que lhe digam respeito, salvo em casos excepcionais que possam prejudicar o andamento do processo;

1.9 — A sentença do tribunal.

Tem, ainda, a vítima direito a ser informada:

1.10 — Sobre a libertação do detido ou condenado pela prática do crime de violência doméstica;

1.11 — Do nome do agente responsável pela investigação, bem como da possibilidade de entrar em contacto com o mesmo e obter informação sobre o estado do processo, sempre que tal não perturbe o normal desenvolvimento do processo penal.

2 — Direito à audição e à apresentação de provas

2.1 — A vítima tem direito a requerer a sua constituição como assistente, oferecendo provas e requerendo diligências, colaborando com o Ministério Público de acordo com o estatuto do assistente em processo penal;

2.2 — A vítima tem direito a ser inquirida pelas autoridades, apenas na medida do necessário para os fins do processo penal.

3 — Despesas resultantes da sua participação no processo penal

3.1 — A vítima tem a possibilidade de ser reembolsada das despesas efectuadas em resultado da sua legítima participação no processo penal, nos termos estabelecidos na lei.

4 — Direito à proteção

4.1 — À vítima é assegurado um nível adequado de proteção e, sendo caso disso, à sua família ou pessoas em situação equiparada;

4.2 — Por decisão judicial, às vítimas especialmente vulneráveis deve ser assegurado a prestação de depoimento por qualquer meio compatível, que as proteja dos efeitos do depoimento prestado em audiência pública;

4.3 — Sempre que se mostre imprescindível à sua proteção, à vítima é assegurado apoio psicossocial e proteção por teleassistência.

5 — Direito a indemnização e a restituição de bens

5.1 — À vítima é reconhecido o direito de, no âmbito do processo penal, obter uma decisão de indemnização por parte do agente do crime, em prazo razoável;

5.2 — Os objetos restituíveis pertencentes à vítima e apreendidos no processo penal são imediatamente examinados e devolvidos, salvo necessidade imposta pelo processo penal;

5.3 — A vítima tem o direito de retirar da residência todos os seus bens de uso pessoal e exclusivo e ainda os bens móveis próprios, bem como os dos filhos menores de idade, os quais devem constar de lista disponibilizada no âmbito do processo, sendo acompanhada para o efeito, sempre que necessário, por autoridade policial.

6 — Direitos sociais

6.1 — Beneficiar, de forma gratuita, de um conjunto de respostas sociais ao nível do atendimento, acolhimento, apoio e encaminhamento personalizado, tendo em vista a sua proteção, designadamente casas de abrigo, núcleos e centros de atendimento, centros de atendimento especializado e gabinetes de atendimento e tratamento clínico;

6.2 — Isenção do pagamento de taxas moderadoras no âmbito do Serviço Nacional de Saúde;

6.3 — Justificação das faltas ao trabalho motivadas por impossibilidade de o prestar em consequência do crime de violência doméstica, bem como a solicitar a transferência, temporária ou definitiva, para outro local de trabalho, cumpridas determinadas condições;

6.4 — Ser apoiada no arrendamento de habitação ou beneficiar da atribuição de fogo social ou de modalidade específica equiparável, nos termos da lei, quando as necessidades de afastamento da vítima do autor do crime o justifiquem;

6.5 — Beneficiar do rendimento social de inserção, nos termos da Lei n.º 13/2003, de 21 de Maio, e receber o abono de família referente aos filhos menores que consigo se encontrem;

6.6 — Aceder, de forma preferencial, aos programas de formação profissional disponíveis.

7 — Cessação do estatuto de vítima

7.1 — A vítima tem direito a ser informada de como cessa o estatuto de vítima;

7.2 — A vítima pode, por manifestação de vontade expressa, fazer cessar o estatuto de vítima que impende sobre si;

7.3 — A cessação do estatuto de vítima não prejudica, sempre que as circunstâncias forem julgadas justificadas pelos correspondentes serviços, a continuação das modalidades de apoio social que tenham sido estabelecidas, e em caso algum as regras aplicáveis do processo penal.

II — Deveres

A vítima tem os seguintes deveres:

- 1) Não prestar falsas declarações, sob pena de eventual responsabilidade penal e de cessação das prestações sociais e económicas que lhe tenham sido concedidas;
- 2) Restituir as prestações indevidamente pagas por terem sido baseadas em falsas declarações ou na omissão de informações legalmente exigidas;
- 3) Colaborar com as autoridades judiciárias e os órgãos de polícia criminal no decurso do processo penal;
- 4) Em geral, cooperar com as várias entidades que prestam apoio, agindo sob os ditames da boa fé.

☐ Declaro que me foi atribuído o estatuto de vítima e que me foi entregue original deste documento, bem como cópia do auto de notícia ou da apresentação da queixa.

☐ Declaro que prescindo do direito à informação referida em I números 1, deste documento.

☐ Declaro que não pretendo beneficiar do estatuto de vítima previsto no artigo 14.º da Lei 112/2009, de 16 de Setembro.

Este documento é feito em duplicado.

A vítima

(assinatura)

