

**violência
de gênero** 4

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: COMPREENDER PARA INTERVIR

guia de boas práticas para profissionais
de saúde

Celina Manita (coord)
Catarina Ribeiro
Carlos Peixoto



Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género
Presidência do Conselho de Ministros

Colecção Violência de Género

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: compreender para intervir

*Guia de Boas Práticas
para Profissionais de Saúde*

COMISSÃO PARA A CIDADANIA E IGUALDADE DE GÉNERO
Presidência do Conselho de Ministros

Lisboa, 2009

O conteúdo deste livro poder ser reproduzido em parte
ou no seu todo se for mencionada a fonte.
Não exprime necessariamente a opinião da
Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género

Título: Violência doméstica: Compreender para Intervir,
Guia de Boas Práticas para Profissionais de Saúde

Autoria: Celina Manita (coord)
Catarina Ribeiro
Carlos Peixoto

Revisão de provas: Marta Santos

Capa: Atelier Santa Clara

Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género
Av. da República, 32, 1.º – 1050-193 Lisboa
Telf. 217 983 000 – Fax 217 983 099
Email: cig@cig.gov.pt
<http://www.cig.gov.pt>

Delegação do Norte:
Rua Ferreira Borges, 69, 2.º C – 4050-253 Porto
Telf. 222 074 370 – Fax 222 074 398
e-mail: cignorte@cig.gov.pt

Tiragem: 4.000 Exemplares
ISBN: 978-972-597-315-8
Depósito Legal: 297050/09
Paginação, impressão e acabamento: Sersilito, Empresa Gráfica, Lda.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	7
VIOLENÇA DOMÉSTICA:	
COMPREENDER PARA INTERVIR	9
CONCEITOS BASE.....	9
A LEI PORTUGUESA	13
TIPOS DE VIOLÊNCIA	16
MITOS E ESTEREÓTIPOS SOBRE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA/CONJUGAL.....	20
Exemplos de falsas crenças/mitos	20
Processos e dinâmicas abusivas	26
Impacto/consequências traumáticas da VD	31
Principais factores que influenciam o impacto traumático da vitimação	32
QUESTÕES GERAIS NA INTERVENÇÃO	
JUNTO DE VÍTIMAS	33
Qualquer profissional que contacte com vítimas de VD deve... ..	35
Elaboração de Planos de Segurança	38
GUIA COMPLEMENTAR DE BOAS PRÁTICAS NO ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
BOAS PRÁTICAS NO ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE	43

Identificação de sinais e sintomas clínicos/recolha de indícios	47
Síntese das acções a tomar após a revelação da situação de VD/VC/VRI.	49
Encaminhamento.	51
CONTEXTOS E COMPORTAMENTOS	
A ADOPTAR.	52
Princípios de conduta e atitudes que deve manter o profissional de saúde quando se encontra perante uma vítima de VD/VC/VRI.	53
Inquéritos de rotina vs colocação de questões específicas apenas quando há suspeitas de VD/VC/VRI.	55
Competências e estilos de comunicação	57
Entrevista e atitudes comunicacionais	57
Algumas particularidades da Vítima Idosa	59
Algumas particularidades no caso de co-ocorrência de crime sexual	60
Algumas particularidades da Criança Vítima de Crime	61
ESCUA ACTIVA	62
EMPATIA	63
ESPECIFICIDADES NO ATENDIMENTO	
FACE A FACE	63
ESPECIFICIDADES NO ATENDIMENTO	
TELEFÓNICO	64

INTRODUÇÃO

Os guias de boas práticas que agora são apresentados tiveram como ponto de partida um estudo realizado por uma equipa de investigadores do GEAV – Gabinete de Estudos e Atendimento a Agressores e Vítimas, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, a pedido da CIG – Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, então CIDM – Comissão para a Igualdade e para os Direitos da Mulher¹.

Os guias de boas práticas são documentos que definem um conjunto de conhecimentos básicos e de linhas orientadoras da prática profissional, considerados fundamentais para uma mais adequada intervenção junto da população-alvo, neste caso, junto de vítimas de violência doméstica/conjugal. Não são, nem pretendem ser, livros sobre a temática nem sequer manuais de intervenção, deles se distinguindo pelo esforço de sintetização da informação – pretendem-se sintéticos, de consulta rápida, limitados, por isso, aos elementos informativos mais directamente relevantes – e pelo pragmatismo – não aprofundam as temáticas teóricas subjacentes, focalizam-se nos conhecimentos e estratégias de acção mais directamente necessários para a acção do profissional.

Um guia de boas práticas não substitui, assim, a necessária formação específica, inicial e continuada, nem o aprofundamento e actualização de conhecimentos sobre a problemática da violência doméstica.

Não significa isto, porém, que um guia deva ser menos cuidadosamente pensado e elaborado – o conjunto de “guias de boas práticas” agora editado resulta de um exaustivo levantamento e revisão de literatura nacional e internacional sobre violência doméstica, conjugal, de género, na intimidade, e sobre a intervenção com vítimas de crime, do contacto com profissionais que intervêm nesta

¹ Manita, C. (2004). *Estudo Tripartido sobre Violência Doméstica*. Porto: CIDM/FPCEUP. Este estudo não teria sido possível sem a colaboração de diversas instituições e pessoas que responderam a entrevistas e inquéritos e nos ajudaram em diferentes fases da recolha de informação. Permitam-nos, no entanto, que façamos aqui um agradecimento particular a Ana Luísa Amaral, Carla Machado, Clara Sottomayor, Cristiana Silva, Diana Andringa, Maria José Magalhães e Teresa Beleza, que, em 2003 e 2004, nos forneceram informação e orientações decisivas em diferentes fases desse estudo.

área, da pesquisa e análise aprofundada de mais de 40 manuais e guias de atendimento e de boas práticas, produzidos em diferentes países europeus, EUA, Canadá, Austrália e Nova Zelândia e, ainda, da própria experiência profissional dos autores. Foi também feito um levantamento e análise de materiais documentais, guias e manuais existentes em Portugal, de forma a verificar qual a realidade nacional a este nível (bem lacunar, aliás), na qual se destaca o *Manual Alcipe. Para o Atendimento de Mulheres Vítimas de Violência* (APAV, 1999), um manual muito completo, não obstante as actualizações de que poderá usufruir.

Para poder dar uma resposta mais completa às necessidades detectadas e permitir, no futuro, a elaboração de guias deste tipo para sectores da intervenção não contemplados nesta edição, desenvolvemos uma estrutura de guia que contempla, numa primeira parte, um conjunto de conceitos base sobre o fenómeno e de aspectos relacionados com as dinâmicas, processos e consequências da violência doméstica/conjugal/nas relações de intimidade, o enquadramento legal actual do fenómeno da violência doméstica² e algumas questões base para a intervenção junto de vítimas que entendemos serem comuns a todos os profissionais que com elas contactam e, numa segunda parte, um conjunto de orientações para boas práticas específicas para cada um dos conjuntos socioprofissionais agora contemplados: profissionais das instituições de atendimento a vítimas, forças de segurança e profissionais de saúde.

Esperamos que estes guias se revelem úteis para todos quantos trabalham com vítimas de violência doméstica e que possam contribuir para uma melhoria dos conhecimentos e práticas neste domínio, sendo mais um pequeno contributo para a concretização dos objectivos a que o III Plano Nacional contra a Violência Doméstica se propõe e para a própria acção a que a CIG se vem dedicando, em prol de uma mais eficaz luta contra a violência e de um melhor apoio às vítimas deste crime.

Celina Manita

² Neste ponto contamos com a preciosa colaboração do Dr. Carlos Casimiro Nunes e da Dra. Maria João Taborda, Procuradores-Adjuntos da República, a quem agradecemos a permanente disponibilidade para nos retirar dúvidas e actualizar conhecimentos de âmbito jurídico-penal e a forma como, nos últimos anos, nos vêm ajudando a criar profícuas pontes entre o Direito e a Psicologia.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA:

COMPREENDER PARA INTERVIR

Ao longo dos anos, a questão da violência doméstica, a sua definição e as políticas e estratégias de intervenção, entre outros aspectos que a envolvem, sofreram progressivas evoluções conceptuais. Estas diferentes formas de abordar o problema assentam em construções da realidade e do mundo diversas, quer científicas quer políticas, quer ainda ao nível das ideologias e da cultura dominantes que caracterizam determinada sociedade em determinada época. Tendo em conta este aspecto, neste primeiro capítulo abordaremos a noção de violência doméstica numa perspectiva evolutiva, definindo e distinguindo conceitos como os de violência, violência contra/sobre as mulheres (VSM), violência doméstica (VD), violência conjugal (VC), violência nas relações de intimidade (VRI), entre outros.

CONCEITOS BASE

Nas últimas duas décadas a definição e as teorias explicativas da violência doméstica, as políticas e estratégias de intervenção desenvolvidas, os tipos de problematização social dominante deste fenómeno, entre outros aspectos que a envolvem, sofreram progressivas evoluções. Diferentes conceitos foram, assim, emergindo e adquirindo, em

diferentes momentos, maior ou menor visibilidade e amplitude de utilização. Para evitar erros ou sobreposições conceptuais (frequentes), esclarecemos brevemente os conceitos que adoptamos na elaboração deste guia.

Violência – qualquer forma de uso intencional da força, coacção ou intimidação contra terceiro ou toda a forma de acção intencional que, de algum modo, lese a integridade, os direitos e necessidades dessa pessoa.

Violência sobre as Mulheres (VSM) – todo o acto de violência que tenha ou possa ter como resultado o dano ou sofrimento (físico, sexual ou psicológico) da mulher, ou a sua morte, incluindo a ameaça de tais actos, a coacção ou a privação de liberdade, realizado na esfera pública ou privada, violência que é exercida sobre a vítima por ser mulher. Assume diversas formas, incluindo a violência física, emocional e psicológica, social e económica, sexual, intra e extra-familiar; o tráfico de mulheres e raparigas; a prostituição forçada; a violência em situações de conflito armado; os homicídios por motivos de honra; o infanticídio feminino; a mutilação genital feminina e outras práticas e tradições prejudiciais para as mulheres, que configuram situações de abuso ou maus tratos.

As teorias e movimentos feministas têm conceptualizado a violência sobre as mulheres e, de uma forma mais específica, a violência doméstica como uma questão de género, resultante da perpetuação da desigualdade entre mulheres e homens numa sociedade em que a organização social do género (hierarquizada e desigual) seria a chave para a explicação destas formas de violência – fala-se, por isso, em **Violência de Género**.

Violência doméstica (VD) – é um comportamento violento **continuado** ou um **padrão de controlo coercivo**

exercido, directa ou indirectamente, sobre qualquer pessoa que habite no mesmo agregado familiar (e.g., cônjuge, companheiro/a, filho/a, pai, mãe, avô, avó), ou que, mesmo não co-habitando, seja companheiro, ex-companheiro ou familiar. Este padrão de comportamento violento continuado resulta, a curto ou médio prazo, em danos físicos, sexuais, emocionais, psicológicos, imposição de isolamento social ou privação económica da vítima, visa dominá-la, fazê-la sentir-se subordinada, incompetente, sem valor ou fazê-la viver num clima de medo permanente.

Violência conjugal (VC) – constitui uma das dimensões da VD. Refere-se a todas as formas de comportamento violento atrás referidas, exercidas por um dos cônjuges/companheiro/a ou ex-cônjuge/ex-companheiro/a sobre o/a outro/a. A noção de VD é, dessa forma, mais abrangente do que a de VC.

Violência nas relações de intimidade (VRI) – a noção de VRI resulta da necessidade de alargar a noção de VD e, em particular, a de VC de modo a abranger a violência exercida entre companheiros envolvidos em diferentes tipos de relacionamentos íntimos e não apenas na conjugalidade *strictus sense* (e.g., violência entre casais homossexuais, violência entre namorados). Para além da noção de VRI, fala-se em “violência nas relações amorosas”, “violência entre parceiros”, entre outras com equiparável significado.

- ⇨ De acordo com diferentes estudos, a violência doméstica/conjugal, é a forma mais frequente de violência sofrida pelas mulheres;
- ⇨ Uma das maiores e mais complexas especificidades da violência doméstica é precisamente ocorrer no contexto de relações íntimas, nas quais o agressor, para além de

uma particular proximidade afectiva, dispõe de todo um leque de conhecimentos e estratégias para controlar a(s) vítima(s);

As relações de conjugalidade ou as relações de intimidade, são complexas: as interacções entre companheiros/as estão envolvidas por uma forte componente emocional e sexual e, para além disso, estes partilham projectos, papéis e responsabilidades relativos à sua vida e à vida dos filhos → é, assim, mais fácil ao agressor criar uma rede de dependências e controlos que “armadilham” a relação e tornam mais difícil à vítima a ruptura com a situação abusiva.

- ⇨ Na VD os agressores são maioritariamente do sexo masculino e as vítimas do sexo feminino. Isso não significa que todos os agressores sejam homens ou todas as vítimas mulheres; da mesma forma, há indivíduos que são, simultaneamente, vítimas e agressores; e há ainda as situações de violência recíproca ou mútua.
- ⇨ A VD tem elevados custos, não só na esfera pessoal (física, emocional, psicológica), como também custos sociais e económicos elevados (despesas relacionadas com a saúde, segurança social, absentismo laboral, polícia, justiça e serviços de atendimento dirigidos a vítimas, agressores e suas famílias). Para além disso, há que ter em conta as taxas de homicídio e suicídio relacionadas com situações de VD.

A LEI PORTUGUESA

À luz do actual código Penal (com a entrada em vigor da Lei nº 59/2007, de 4 de Setembro) a **violência doméstica** constitui um crime (tipificado no artigo 152º) e, mais do que isso, um **crime público** – o que significa que, logo que o Ministério Público tem conhecimento da sua ocorrência (conhecimento que pode obter de diferentes formas que não dependem necessária ou directamente da apresentação de queixa por parte da vítima: para além da queixa directa da vítima, pode ser dado conhecimento de um crime de VD através de uma participação policial, de uma informação escrita anónima, de uma notícia de jornal, etc), tem **obrigatoriamente** de determinar o início de um inquérito e proceder à investigação dos factos, até que seja lavrado despacho de encerramento. Desta forma, e face à natureza pública do crime, mesmo que a vítima venha a informar que não deseja procedimento criminal (o que sucede muitas vezes), o Ministério Público é obrigado legalmente a prosseguir com o inquérito.

A vítima 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 a queixa-crime directamente ao MP junto do tribunal da área onde ocorreram os factos.

Todos os elementos de prova, designadamente bilhetes com ameaças, bens destruídos, exames médicos que comprovem lesões sofridas, bem como cópias de anteriores denúncias e identificação de testemunhas dos actos praticados pelo agressor são um importante contributo e devem ser preservados e apresentados pela vítima às instâncias judiciais.

O conteúdo do artigo 152º 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 de 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; 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 – e 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 um a dez anos”.

Pode, então, considerar-se que o tipo legal que a VD constitui protege um bem jurídico de largo espectro e compreensivo que inclui, não só a pessoa individual – a sua saúde física e mental, a dignidade pessoal, o desenvolvimento harmonioso, etc. –, como também a dignidade humana, pelo

que o seu âmbito inclui os comportamentos que lesam essa mesma dignidade¹.

É fundamental que todos os profissionais envolvidos no atendimento a vítimas conheçam a legislação e estejam preparados para identificar e efectuar a denúncia dos crimes de natureza pública de que tomem conhecimento no exercício das suas funções ou por causa delas, designadamente dos crimes de violência doméstica, denúncia que, nos termos do art.º 242º do Código de Processo Penal, é **obrigatória** para todos os funcionários, na acepção do art. 386º do Código Penal².

¹ Para um conhecimento e análise mais aprofundados das Leis actuais e do funcionamento do sistema de justiça, recomendamos, entre outros, a consulta dos seguintes sites: <http://www.pgdlisboa.pt/pgdl/>, <http://verbojuridico.com>, <http://www.apmj.pt>.

² Artigo 386.º

Conceito de funcionário

- 1 – Para efeito da lei penal a expressão funcionário abrange:
 - a) O funcionário civil;
 - b) O agente administrativo; e
 - c) Quem, mesmo provisória ou temporariamente, mediante remuneração ou a título gratuito, voluntária ou obrigatoriamente, tiver sido chamado a desempenhar ou a participar no desempenho de uma actividade compreendida na função pública administrativa ou jurisdicional, ou, nas mesmas circunstâncias, desempenhar funções em organismos de utilidade pública ou nelas participar.
- 2 – Ao funcionário são equiparados os gestores, titulares dos órgãos de fiscalização e trabalhadores de empresas públicas, nacionalizadas, de capitais públicos ou com participação maioritária de capital público e ainda de empresas concessionárias de serviços públicos.
- 3 – São ainda equiparados ao funcionário, para efeitos do disposto nos artigos 372.º a 374.º:
 - a) Os magistrados, funcionários, agentes e equiparados da União Europeia, independentemente da nacionalidade e residência;
 - b) Os funcionários nacionais de outros Estados membros da União Europeia, quando a infracção tiver sido cometida, total ou parcialmente, em território português;
 - c) Todos os que exerçam funções idênticas às descritas no n.º 1 no âmbito de qualquer organização internacional de direito público de que Portugal seja membro, quando a infracção tiver sido cometida, total ou parcialmente, em território português;
 - d) Todos os que exerçam funções no âmbito de procedimentos de resolução extrajudicial de conflitos.
- 4 – A equiparação a funcionário, para efeito da lei penal, de quem desempenhe funções políticas é regulada por lei especial.

TIPOS DE VIOLÊNCIA

A violência doméstica/conjugal é exercida de múltiplas formas e tende a aumentar em frequência, intensidade e gravidade dos actos perpetrados (e, logo, no grau de risco para a vítima). A tipologia mais frequentemente utilizada distingue os seguintes tipos de violência, apresentados pela ordem mais frequente do seu surgimento ao longo da evolução das trajectórias de VD (o que não significa que todos os casos de VD comecem com actos de abuso emocional e evoluam para crimes sexuais ou que todas estas formas de violência ocorram em todas as situações de VD ou, ainda, que estas dinâmicas violentas não possam começar logo por actos de violência física e/ou sexual graves).

- ✓ **Violência emocional e psicológica:** consiste em desprezar, menosprezar, criticar, insultar ou humilhar a vítima, em privado ou em público, por palavras e/ou comportamentos; criticar negativamente todas as suas acções, características de personalidade ou atributos físicos; gritar para atemorizar a vítima; destruir objectos com valor afectivo para ela, rasgar fotografias, cartas e outros documentos pessoais importantes; persegui-la no trabalho, na rua, nos seus espaços de lazer; acusá-la de ter amantes, de ser infiel; ameaçar que vai maltratar ou maltratar efectivamente os filhos, outros familiares ou amigos da vítima; não a deixar descansar/dormir (e.g., despejando-lhe água gelada ou a ferver, passando um isqueiro aceso frente às pálpebras quando ela adormece, etc), entre muitas outras estratégias e comportamentos.

As últimas estratégias referidas enquadram-se já nos domínios da **ameaça** e da **intimidação**, duas outras formas de violência frequentes que visam impedir a vítima de reagir aos abusos perpetrados pelo companheiro.

- ✓ **Intimidação, coacção e ameaça:** intrinsecamente associada à violência emocional-psicológica, consiste em manter a mulher vítima sempre com medo daquilo que o agressor possa fazer contra si e/ou contra os seus familiares (sobretudo filhos) e amigos, a animais de estimação ou bens. Para tal, o agressor pode recorrer a palavras, olhares e expressões faciais, gestos mais ou menos explícitos, mostrar ou mexer em objectos intimidatórios (e.g., limpar a espingarda, carregar o revólver, afiar uma faca, exhibir um bastão, dormir com armas à cabeceira da cama, ter armas na mão quando aborda sexualmente a sua companheira). Pode ainda ameaçar causar lesões ou a morte à companheira/esposa, aos filhos ou a familiares daquela, pode ameaçar que se suicida caso a vítima o abandone ou recorrer à **utilização dos filhos** para a imposição de poder sobre a vítima (e.g., levar os filhos a humilhar a vítima; ameaçar que, em caso de separação, conseguirá afastar as crianças da vítima; ameaçar apresentar queixa da sua esposa/companheira à Polícia ou à Segurança Social, alegando que ela será condenada e perderá todos os seus bens e o direito à guarda dos filhos). Por vezes, as vítimas são também coagidas pelos agressores à prática de condutas ilícitas como, por exemplo, à prática de furto. Através destas estratégias o agressor consegue manter a vítima sob o seu domínio/controlo, na medida em que, num contexto de tensão e violência iminente, aquela acaba por viver submergida na ansiedade e no medo.

- ✓ **Violência física:** consiste no uso da força física com o objectivo de ferir/causar dano físico ou orgânico, deixando ou não marcas evidentes – engloba actos como empurrar, puxar o cabelo, dar estaladas, murros, pontapés, apertar os braços com força, apertar o pescoço, bater com a cabeça da vítima na parede, armários ou

outras superfícies, dar-lhe cabeçadas, dar murros ou pontapés na barriga, nas zonas genitais, empurrar pelas escadas abaixo, queimar, atropelar ou tentar atropelar, entre outros comportamentos que podem ir de formas menos severas de violência física até formas extremamente severas, das quais resultam lesões graves, incapacidade permanente ou mesmo a morte da vítima.

- ✓ **Isolamento social:** resulta das estratégias implementadas pelo agressor para afastar a vítima da sua rede social e familiar, dado que uma vítima isolada é mais facilmente manipulável e controlável do que uma vítima com uma boa rede de apoio familiar e social. Estas estratégias consistem basicamente em proibir que a mulher se ausente de casa sozinha ou sem o consentimento do agressor, proibi-la, quando tal é economicamente viável, de trabalhar fora de casa, afastá-la do convívio com a família ou amigos, seja por via da manipulação (e.g., “estamos tão bem os dois, para que precisas de mais alguém...”, “os teus pais não gostam de mim”), seja por via da ameaça à própria ou a terceiros significativos, caso a vítima mantenha contactos sem a sua autorização. Por sua vez, a própria vítima acaba por se afastar dos outros, quer por vergonha da situação de violência que experencia ou de eventuais marcas físicas visíveis resultantes dos maus tratos sofridos, quer por efeito das perturbações emocionais e psicossociais produzidas por situações de VD continuada, como mais à frente será referido.
- ✓ **Abuso económico:** associado frequentemente ao isolamento social, é uma forma de controlo através do qual o agressor nega à vítima o acesso a dinheiro ou bens, incluindo, muitas vezes, bens de necessidade básica para esta e para os filhos (como alimentos, água, aquecimento, uso dos electrodomésticos para cozinhar,

frigoríficos, etc). Mesmo que a vítima tenha um emprego, a tendência é para não lhe permitir a gestão autónoma do vencimento, que é cativado e usado pelo agressor. Passa também por estratégias de controlo da alimentação e da higiene pessoal (da vítima e, por vezes, também dos filhos), como manter o frigorífico, armários ou dispensas fechados com cadeados, esconder as chaves de diversos compartimentos da casa, controlar as horas a que o aquecimento geral/local ou um esquentador ou cilindro pode ser ligado, manter aquecida apenas uma divisória da casa, na qual apenas o agressor pode entrar/permanecer, bloquear telefones, impedir a ida sozinha a supermercados ou cafés.

- ✓ **Violência sexual:** toda a forma de imposição de práticas de cariz sexual contra a vontade da vítima (e.g., violação, exposição a práticas sexuais com terceiros, forçar a vítima a manter contactos sexuais com terceiros, exposição forçada a pornografia), recorrendo a ameaças e coacção ou, muitas vezes, à força física para a obrigar. Outros comportamentos, como amordaçar, atar contra a vontade, queimar os órgãos sexuais da vítima são também formas de violência sexual. A violação e a coacção sexual são alguns dos crimes sexuais mais frequentemente praticados no âmbito da VD mas que muitas das vítimas, por força de crenças erróneas, valores e mitos interiorizados, acabam por não reconhecer como tal, achando, incorrectamente, por exemplo, que “dentro do casal não existe violação”, são “deveres conjugais” ou “exigências naturais” do homem a que a mulher se deve submeter. A violência sexual engloba também a prostituição forçada pelo companheiro.

As situações de VD envolvem, geralmente, mais do que uma forma de violência

MITOS E ESTEREÓTIPOS SOBRE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA/CONJUGAL

Apesar de hoje em dia ser quase consensual a condenação da violência contra as mulheres, alguns preconceitos e mitos, profundamente enraizados na nossa cultura/sociedade, continuam a dificultar a revelação/denúncia de situações de VD/VC/VRI e, sobretudo, a dificultar a intervenção neste domínio. Eles não só constituem explicações simplistas (e falsas) para a VD/VC/VRI, como levam a pensar que estes fenómenos apenas acontecem aos “outros”. Muitas vítimas destas formas de violência acabam por ser também vítimas de crenças e mitos populares que as levam a sentir-se inferiores e incapazes de reagir ao abuso ou de pedir ajuda quando a violência se estabelece nas suas relações. É fundamental, por isso, desconstruir estes falsos argumentos, desmistificá-los e combatê-los.

Exemplos de falsas crenças/mitos

■ “Entre marido e mulher não se mete a colher”

Este provérbio popular traduz a crença socialmente difundida durante décadas, e parcialmente aceite ainda hoje, de que a violência conjugal é um fenómeno privado e no qual ninguém, senão o casal, deve interferir. Esta é uma posição perfeitamente contrária àquela que é hoje a concepção de violência conjugal e de violência doméstica, tornada crime público, face ao qual toda a sociedade tem a responsabilidade de agir, revelar, denunciar, prevenir.

Por isso, interferir nas situações de VD/VC/VRI, combater activamente estas práticas, denunciar casos de que se tenha conhecimento, lutar por uma sociedade de igualdade e sem violência, educar as crianças e os adultos para a

não-violência, para a igualdade de géneros e para igualdade de direitos, exercer e estimular o exercício da cidadania activa, são obrigações sociais de todos os cidadãos e, por maioria de razões, dos profissionais que contactam com vítimas e/ou agressores.

■ **A mulher só é agredida porque não faz nada para o evitar ou porque merece (associado à crença de que o homem “tem o direito” de bater na mulher)**

Estes mitos levam, frequentemente, a atribuir a responsabilidade pela VD/VC/VRI à vítima e estão intrinsecamente associados à questão que muitos cidadãos e profissionais se colocam frequentemente, sobretudo nas fases iniciais do contacto com vítima: porque é que ela não deixa o agressor/ não sai de casa?

A primeira ideia assenta na falsa concepção de que a mulher tem o poder de interromper a situação abusiva quando quiser, quando tal não é, na maioria dos casos, a verdade – fruto das estratégias de manipulação e controlo que o abusador implementa e das consequências psicológicas da própria VD/VC/VRI e suas dinâmicas abusivas, mais à frente referidas, muitas vítimas tendem a só tomar plena consciência da sua situação quando a violência se tornou já regular e grave e a ruptura é complexa e exige capacidades que, por efeito de estratégias de coacção/intimidação exercidas pelo agressor, medo/terror paralisante sentido pela vítima, dependência emocional, económica ou social do agressor, crença de que o casamento “é uma cruz a ser carregada”, investimento no projecto conjugal como elemento central da sua identidade e realização pessoal, etc, a vítima não possui naquele momento.

A segunda crença enraíza-se na legitimidade social que, durante décadas, foi conferida à violência exercida pelos

homens, associando-a a uma função de “educação/correccão” dos filhos e esposa e num conjunto de estereótipos sobre os papeis de género, o papel da mulher e do homem no casamento, os deveres de “obediência e serviço” das mulheres aos maridos, etc, ainda hoje presentes em diversos segmentos da nossa sociedade. Podemos ainda ouvir homens afirmar que agrediram as esposas porque “o jantar não estava pronto à hora”, a mulher “foi ao café sem a sua autorização” ou “não cuidou das lidas da casa” e estes argumentos serem aceites pela comunidade (ou mesmo por certos profissionais/agentes judiciais). Modalidades de violência sexual dentro do casamento, como a violação, a exposição forçada a pornografia ou à prática de actos sexuais com terceiros, ainda hoje não são encaradas como tal por muitos cidadãos (incluindo vítimas) e por alguns profissionais, com elevada responsabilidade social, precisamente por serem consideradas “um direito do homem” e “uma obrigação da mulher”.

■ **“Bater é sinal de amor” ou “uma bofetada de vez em quando nunca fez mal a ninguém”**

Outro provérbio popular que transmite uma imagem errada. Bater nunca é um sinal de amor, é um exercício ilegítimo e abusivo de poder/controlo. E, além disso, a VD/VC/VRI não é “uma bofetada de vez em quando”, é um padrão continuado de violências várias exercidas sobre a vítima com a intenção de a subjugar/dominar/controlar.

■ **A violência e o amor/afecto não coexistem nas famílias/nas relações íntimas**

Mesmo nos casos mais graves de VD/VC existem períodos em que não ocorrem agressões. Sobretudo nos primeiros

tempos da relação, estes períodos de não-violência, ou mesmo de manifestação de afectos positivos, alternam ou co-existem com períodos em que são exercidos actos violentos. É, por isso, frequente (e normal) que muitas vítimas – companheiras/os ou filhas/os – continuem a sentir afectos positivos/amor pelos agressores, mesmo quando a violência já se instalou.

■ **A VD só ocorre nos estratos socioeconómicos mais desfavorecidos**

Vítimas e agressores são provenientes de qualquer estrato socioeconómico – a VD/VC/VRI é transversal aos diferentes padrões culturais, religiosos, económicos, profissionais, etc. Algo diferente é a constatação, comum a diferentes estudos e estatísticas, de que ela ocorrerá mais frequentemente nos estratos socioeconómicos mais desfavorecidos – o que pode ser um efeito de factores culturais e educacionais mais fortemente legitimadores da violência, presentes nestes estratos socioculturais ou, simplesmente, um efeito da maior visibilidade que vítimas e agressores destes estratos têm, dado que, por falta de alternativas económicas e sociais, tenderão a recorrer mais às instâncias públicas de apoio a vítimas, às instâncias oficiais de controlo social e a escapar menos à vigilância das instâncias de regulação judicial e apoio social.

■ **A VD só ocorre sob efeito do álcool ou outras drogas**

Uma coisa é afirmar que o abuso de álcool ou outras drogas surge associado a situações de VD/VC/VRI, outra é tomá-los como **a causa** dessa violência, o que é incorrecto. Da mesma forma, é correcto dizer que o uso de álcool/drogas pode ser, em certas ocasiões, facilitador ou

desencadeador de situações de VD/VC/VRI, mas é incorrecto achar que esta só ocorre sob o efeito destas substâncias ou por causa delas. Para o contradizer basta pensar que existem perpetradores de VD/VC/VRI que não consomem álcool, que a maioria dos agressores agride mesmo quando não está sob efeito do álcool e que a maioria das pessoas que se embriaga/consome drogas não agride as/os companheiras/os – o consumo de álcool/drogas funciona essencialmente como desculpa/estratégia de racionalização para evitar a responsabilidade pelos comportamentos violentos: dizer “não fui eu, foi o álcool” ou “só aconteceu porque bebi demasiado”, é uma desculpa muito conveniente. Além disso, os perpetradores de VD/VC/VRI, mesmo quando consomem álcool, não agridem alvos indiscriminados: habitualmente, embriagam-se fora de casa, mas esperam até chegar a casa para agredir a mulher e/ou os filhos.

■ A VD resulta de problemas de saúde mental

Esta é uma ideia generalizada entre cidadãos e profissionais de diferentes áreas. No entanto, estudos internacionais demonstram que apenas 5 a 10% dos perpetradores de VD/VC/VRI terão algum tipo de psicopatologia/perturbação mental associada.

É difícil aceitar a ideia de que estes padrões de violência continuada possam ser exercidos por indivíduos *normais* (e, contudo, são-no). Para além disso, aceitar que um indivíduo “igual a nós” pode ser um agressor é ter de aceitar que “um de nós” (eu próprio, o/a meu/minha companheiro/a, pai/mãe, familiar, amigo/a, colega) pode, afinal, ser também um/a agressor/a.

- **As crianças vítimas de maus tratos serão, no futuro, maltratantes ou os agressores são-no por terem sido vítimas na sua infância**

Ideia determinista presente na noção de “transmissão intergeracional” da violência. À semelhança do que acontece com o álcool/outras drogas, é correcto afirmar que uma criança vítima (directa ou indirecta) de violência poderá ter maior probabilidade de vir a ser maltratante no futuro, mas é incorrecto afirmar que as vítimas se tornarão maltratantes ou que os maltratantes o são porque foram vítimas. Estudos mais recentes e multidimensionais demonstram que apenas uma minoria das vítimas de maus tratos se torna um dia maltratante e que a maioria dos agressores não teve, no seu passado, experiências de maus-tratos ou de vitimação familiar ou interpessoal relevante (outra coisa, diferente, será a violência social, estrutural, que afecta de forma diferente diferentes segmentos da sociedade).

A VD/VC/VRI é uma forma deliberada e intencional de exercício de poder e controlo sobre a vítima, não o resultado directo de uma qualquer perturbação ou experiência directa de vitimação no passado.

- **A VD é um fenómeno raro/infrequente**

Todas as estatísticas nacionais e internacionais contrariam esta ideia. Não obstante, é mais fácil acreditar que a VD/VC/VRI é um problema apenas de alguns (poucos, os outros), do que admitir que ela possa existir no seio da nossa família, entre os nossos amigos, colegas ou vizinhos.

Processos e dinâmicas abusivas

Ao contrário da maioria das vítimas de crime, as vítimas de violência doméstica não sofrem uma “repentina e imprevisível” ameaça à sua segurança ou à sua vida. A VD é, por definição, uma situação de violência continuada, quase sempre múltipla, e muitas vezes mantida em segredo durante anos. O conhecimento das “dinâmicas da violência doméstica” e dos seus efeitos/consequências é, por isso, um instrumento fundamental para um mais adequado apoio a estas vítimas e para o favorecimento da sua colaboração com o sistema judicial e de apoio.

Neste contexto, assume particular relevância a ideia de que existe um *ciclo da violência*. Ou seja, de acordo com diferentes autores, a VD/VC tende a evoluir através de diferentes fases que se repetem ciclicamente. Dessa forma, e por mecanismos que abaixo descrevemos, qualquer (não-) motivo ou incidente pode desencadear uma crise ou conflito, suscitados pelo agressor, acompanhados de ameaças ou agressões psicológicas que culminam, muitas vezes, em agressões físicas e/ou sexuais.

De acordo com este modelo, a VC tende a evoluir seguindo dois grandes processos:

- ⇨ o “ciclo da violência” propriamente dito, que engloba três fases centrais: fase do aumento da tensão, fase do ataque violento ou do episódio de violência, e fase de apaziguamento, reconciliação ou “lua-de-mel”;
- ⇨ um processo segundo o qual os actos de violência tendem a aumentar de frequência, intensidade e perigosidade ao longo do tempo.

a) Fases do “ciclo da violência”

1 – Fase de aumento da tensão

Em todas as relações íntimas ocorrem episódios de tensão, divergência ou conflito entre os pares, mas, enquanto numa relação não-violenta o processo de escalada da tensão é, a dado momento, interrompido pelo recurso a estratégias de negociação ou resolução dos diferendos de forma não violenta (o designado “ritual de interrupção”), nas relações abusivas o agressor, não só não sabe ou não quer recorrer a este tipo de estratégias, como, dada a sua necessidade de exercício de domínio/controlo sobre a vítima, utiliza basicamente todas as situações do quotidiano para produzir uma escalada de tensão para a vítima, criando um ambiente de iminente perigo para aquela. Assim, qualquer pretexto serve ao agressor para se orientar agressivamente para a vítima, sejam situações do quotidiano (no âmbito das refeições, gestão da economia da casa, arrumação e limpeza da casa, compras, programas na televisão, etc), seja o facto de a mulher ter saído de casa nesse dia ou ter chegado depois da hora estipulada pelo agressor, seja a acusação de que tem um amante, seja outro qualquer motivo por ele invocado. O aumento da tensão dá origem, na maioria dos casos, a discussões, primeiro patamar para a passagem ao acto violento. Esta tensão pode ser aumentada pelo facto de o companheiro violento ter consumido álcool ou outras drogas.

2 – Fase do ataque violento ou do episódio de violência

Geralmente, começa com violência verbal, rapidamente associada a violência física, e vai escalando para uma combinação de diferentes tipos de violência. Muitas vítimas não reagem porque percebem intuitivamente, ou pela experiência

anterior, que isso pode agravar a violência perpetrada e procuram apenas defender-se dos ataques mais violentos, reagindo passivamente, na esperança de que “a não resposta” atenua a ira do agressor e leve à interrupção do ataque violento. Por vezes, as agressões são tão severas que a vítima necessita de receber assistência médica. Alguns agressores permitem esse cuidado no momento em que termina a agressão e acompanham a vítima ao hospital, para garantir (ora pela manipulação, sedução e promessa de mudança, ora pela intimidação, ameaça ou coacção) que estas não falarão sobre o ocorrido. Outros, recusam assistência médica à vítima (o que constitui outra forma de comportamento violento) ou só a deixam receber cuidados médicos quando percebem que a situação pode pôr em causa a sua vida (se não era essa a intenção).

É nesta fase que o agressor tende a invocar razões, atenuantes ou desculpas para a sua acção e a atribuir frequentemente a culpa à vítima (processos de racionalização do tipo “foi ela que me provocou” ou “vê o que me obrigaste a fazer”) ou a factores “externos” (“não fui eu, foi o álcool”, “foi um dia mau”, “não sei o que me passou pela cabeça”, “não estava em mim”), atribuições que ajudam a racionalizar comportamentos que, de outra forma, sentiria como inaceitáveis.

3 – Fase de apaziguamento, reconciliação ou de “lua-de-mel”

Depois de praticar o(s) acto(s) violento(s) o ofensor tende a manifestar arrependimento e a prometer não voltar a ser violento. Na sequência das estratégias e racionalizações já referidas para a fase 2, pode invocar motivos para que a vítima desculpabilize o seu comportamento, como, por exemplo, naquele dia estar muito aborrecido com uma dada ocorrência, ela tê-lo levado ao “limite da paciência”, estar

embriagado, etc. Para reforçar o seu pedido de desculpas, trata com atenção e afectos positivos a vítima, fazendo-a acreditar que foi uma vez sem exemplo ou, se já não é a primeira vez, que foi essa a última vez que ele se descontrolou e que tudo vai mudar dali para a frente. A vítima, por sua vez, tenta restabelecer o mais rapidamente possível um sentimento de normalidade na sua vida.

Porque este período corresponde, em muitos casos, a um autêntico período de “enamoramanto” e de atenção positiva à vítima, esta fase é também chamada de lua-de-mel.

Esta oscilação comportamental do agressor e consequente ressonância e impacto cognitivo-afectivo na vítima constitui um dos factores que mais dificultam a ruptura por parte desta, fazendo-a acreditar, ora que existe amor na relação, ora que existe a efectiva possibilidade de mudança do comportamento do agressor. A esperança na mudança é reforçada pela vontade que esta tem de ver o seu “projecto de vida a dois” ser bem-sucedido e pela identificação de aspectos positivos no companheiro e, muito frequentemente, pela ideia de que ainda existe amor.

Numa primeira fase da evolução da relação abusiva, a vítima ainda acredita que vai ser capaz de evitar a violência ou de apaziguar o agressor; acredita que se trata de actos isolados, que não se vão repetir, e encontra justificações para esses actos; em muitos casos, aceita até parte ou a totalidade da responsabilidade/culpa pela situação. Porém, com o passar do tempo e com o aumento da violência, ela acaba por constatar que não tem qualquer controlo sobre a situação (nem culpa) e as racionalizações que até aí iam permitindo “desculpar” ou entender o acto, deixam de funcionar. Mas, até que essa constatação seja feita, o “ciclo da violência” é vivido pela vítima com um misto de medo, esperança e amor. A primeira das três fases do ciclo da violência é a fase mais prolongada, a última a mais curta e, em situações

de violência continuada, tende mesmo a desaparecer. Na maioria dos casos, oferecer resistência ou responder agressivamente tende a produzir uma escalada na violência em vez de a suspender.

b) Evolução em frequência, intensidade e perigosidade”

Ao longo do tempo, os actos de violência tendem a aumentar em frequência, intensidade e perigosidade. Assim, não só o risco para a vítima aumenta e as consequências negativas são mais intensas, como, à medida que o tempo passa, ela perde cada vez mais a sensação de controlo e poder sobre si própria e sobre a sua vida, perde o sentimento de autoconfiança e de competência pessoal e desenvolve sentimentos de impotência e de “desânimo aprendido”. Acaba, assim, por se tornar “refém” deste ciclo de violência, sendo-lhe cada vez mais difícil romper com a situação abusiva.

⇨ **Para as vítimas de VD/VC, a casa não é um lugar de paz e de segurança, mas um espaço de medo onde são quotidianamente confrontadas com a violência e a destruição pessoal.**

Importa salientar, por último, que se a vítima tomar a decisão de se afastar do companheiro, a ruptura com a relação abusiva e o afastamento do agressor, por si só, não garantem o fim da violência. Sabe-se hoje que o **risco** de agressão física severa, tal como o de tentativa de homicídio ou homicídio consumado, **umenta quando a vítima rompe com a situação de conjugalidade/relação íntima violenta.**

Impacto/consequências traumáticas da VD

As situações de violência continuada resultam numa diversidade de consequências e danos físicos, psicológicos, relacionais, etc., que, nos casos mais graves, poderão conduzir à incapacitação, temporária ou permanente, da vítima ou, mesmo, à sua morte.

Algumas das consequências traumáticas mais comuns em vítimas de VD/VC/VRI são:

- **danos físicos, corporais e cerebrais, por vezes irreversíveis** (e.g., fracturas nas mandíbulas, perda de dentes, lesões óculo-visuais, perturbações da capacidade auditiva, fracturas de costelas, lesões abdominais, infertilidade na sequência de sucessivas infecções e/ou lesões vaginais e uterinas, entre muitas outras; algumas mulheres desenvolvem uma perturbação equivalente à dos lutadores de boxe, em virtude dos danos neurológicos provocados pelas pancadas sucessivas na zona do crânio e face – algo similar, nos seus efeitos, à doença de Parkinson);
- **alterações dos padrões de sono e perturbações alimentares;**
- **alterações da imagem corporal e disfunções sexuais;**
- **distúrbios cognitivos e de memória** (e.g., flashbacks de ataques violentos, pensamentos e memórias intrusivos, dificuldades de concentração, confusão cognitiva, perturbações de pensamento – não é raro as vítimas afirmarem que “estão a enlouquecer”, dado que a sua vida se torna ingerível e incompreensível);
- **distúrbios de ansiedade, hipervigilância, medos, fobias, ataques de pânico;**
- **sentimentos de medo, vergonha, culpa;**

- **níveis reduzidos de auto-estima e um auto-conceito negativo;**
- **vulnerabilidade ou dependência emocional, passividade, “desânimo aprendido”;**
- **isolamento social ou evitamento** (resultantes, frequentemente, dos sentimentos de vergonha, auto-culpabilização, desvalorização pessoal, falta de confiança que as vítimas sentem);
- **comportamentos depressivos**, por vezes com tentativa de suicídio ou suicídio consumado.

Muitas vítimas apresentam um quadro de **Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD)**³.

Principais factores que influenciam o impacto traumático da vitimação

- Frequência da ocorrência dos maus tratos
- Severidade dos maus tratos
- Tipos de maus tratos
- Condições e contextos de ocorrência
- História anterior de vitimação
- Gravidade dos danos
- Rede de apoio social/familiar
- Recursos pessoais, familiares, sócio-comunitários e institucionais disponíveis

³ *Post-Traumatic Stress Disorder*. Também designado, nas traduções portuguesas, “perturbação de stress pós-traumático”, “distúrbio de stress pós-traumático” “transtorno de stress pós-traumático”, etc. Consignada nos dois principais sistemas de diagnóstico – a DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais, da American Psychological Association) e CID (Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados com a saúde, da Organização Mundial de Saúde), engloba um conjunto de reacções e sintomas que mais à frente serão descritos.

QUESTÕES GERAIS NA INTERVENÇÃO JUNTO DE VÍTIMAS

Muitas vezes, as vítimas desconhecem quer a dimensão criminal dos actos violentos exercidos contra si quer os seus direitos. Não se identificam, em muitos casos, como vítimas e não procuram a ajuda/apoios a que têm direito.

Há, no entanto, momentos em que, por efeito de uma escalada da violência sofrida por si próprias ou pelos filhos, por um efeito de “saturação” ao longo de anos de vitimação, por efeito de informação obtida através dos meios de comunicação social, novelas e filmes, conversas no trabalho, nos espaços comerciais, transportes públicos, centros de saúde, escolas, etc, acabam por ultrapassar as resistências e obstáculos e tomar a decisão de romper com a situação violenta.

A vítima de VD/VC/VRI pode queixar-se dos crimes que o agressor tiver praticado contra si ou contra os seus bens. A apresentação de uma queixa-crime inicia obrigatoriamente um processo-crime. Pode apresentar a queixa-crime junto da Guarda Nacional Republicana (GNR), da Polícia de Segurança Pública (PSP) ou da Polícia Judiciária (PJ), que têm a obrigação legal de comunicar ao Ministério Público o(s) crime(s) praticado(s). A vítima pode, ainda apresentar a queixa-crime directamente ao Ministério Público, no Tribunal.

Provas dessa violência (e.g., bilhetes com ameaças, bens destruídos ou exames médicos que comprovem lesões sofridas), cópias de anteriores denúncias e testemunhas dos actos praticados pelo agressor são um importante contributo e devem ser preservadas e apresentadas às instâncias judiciais. No caso de terem ocorrido agressões físicas sexuais que tenham deixado marcar corporais, a pessoa deve deslocar-se imediatamente à Urgência hospitalar mais próxima e, logo que possível, ser submetida a um exame médico-legal

pelos peritos forenses do Gabinete Médico-Legal do Instituto Nacional de Medicina Legal da respectiva zona territorial.

A vítima tem o dever de colaborar com a Justiça mostrando-se disponível para prestar informações, para comparecer às diligências processuais para as quais seja convocada, e para fornecer provas. Mas, uma vez apresentada queixa, a vítima tem também o direito de ser adequadamente acolhida, orientada e acompanhada pelos diferentes profissionais que com ela interagem, de ser informada sobre os seus deveres e direitos (e.g., o de não prestar declarações, o de requerer a suspensão provisória do processo, de requerer a concessão do adiantamento da indemnização nos termos da Lei n.º 129/99), de obter uma resposta judiciária no prazo limite de 8 meses, de ter o apoio de um advogado.

Em termos mais gerais, quando uma vítima de VD/VC/VRI, independentemente de ter já apresentado queixa ou não, toma a iniciativa de romper com o ciclo da violência e procurar ajuda, os profissionais têm a obrigação ética e deontológica de estar preparados para lhe oferecer um adequado e eficaz atendimento e/ou encaminhamento, evitando processos de vitimação secundária.

A ruptura conjugal não é, no entanto, a única alternativa. A vítima pode desejar permanecer na relação conjugal, pretendendo antes que a violência seja interrompida, procurando uma forma de modificar o comportamento do seu companheiro ou, por vezes, desejando apoio emocional ou psicológico para si própria, sem abandonar a relação.

O profissional tem o dever de a apoiar, seja qual for a sua decisão, de a informar clara e objectivamente dos seus direitos e dos procedimentos a tomar, bem como das implicações e consequência de cada um deles, avaliando o risco em que mulher (e filhos, quando os há) se encontra, encaminhando-a para os diferentes tipos de apoio de que necessita, elaborando relatórios das ocorrências e, se necessário, planos de segurança, devendo também alertá-la para o perigo de

represálias ou para um eventual aumento da violência por parte do agressor no momento em que seja notificado no âmbito do inquérito criminal que venha a ser aberto, se se mantiver a coabitar com ele. Pode também fornecer-lhe informação sobre serviços/programas de intervenção em agressores, ajudando-a a ponderar se e como deve transmitir essa informação ao companheiro.

Mesmo quando a mulher não denuncia a situação, devem os profissionais das diferentes áreas saber reconhecer sinais indiciadores da ocorrência de violência e incentivar a revelação por parte da vítima. Em último recurso, apresentar queixa-crime, mesmo contra a vontade da vítima naquele momento.

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 factores 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 actos 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 actos 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.

⇒ **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)**

- **Para tal é necessário proceder a, pelo menos, dois tipos de avaliação:**

I. AVALIAÇÃO DO RISCO

- A maioria das mulheres que procura ajuda está em risco/perigo (e.g., risco de violência física grave, risco de sequestro, risco de homicídio conjugal);
- É necessário garantir condições de segurança à vítima e filhos;
- Para tal, é fundamental proceder à avaliação do risco.

II. AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA VIOLÊNCIA SOFRIDA

- Para uma mais adequada tomada de decisão sobre o apoio a fornecer às vítimas é também fundamental proceder a uma avaliação do impacto/danos (físicos, psicológicos, sexuais, sociais, etc) causados pela VD/VC continuada, dos recursos e das capacidades que a vítima tem para tomar decisões e concretizar autonomamente projectos alternativos à relação abusiva;

- Esta avaliação, sobretudo nas suas componentes física e psicológica, deverá ser feita por profissionais especializados, respectivamente, das áreas médica e psicológica.

Nos casos em que o profissional que fez o primeiro acolhimento não tenha condições ou formação adequada para dar apoio ou fazer acompanhamento à vítima, é fundamental que a encaminhe para instituições especializadas de atendimento a vítimas.

Quando a vítima não deseja ou não pode regressar a casa, e não existe suporte familiar ou de amigos, o profissional poderá sugerir um alojamento temporário, contactar um Centro de Acolhimento ou Casa Abrigo. Se não houver vaga em nenhum destes centros/casas, deverá ajudar a mulher a encontrar alojamento temporário em residenciais ou hotéis. Estes últimos, por não serem tão seguros, não proporcionarão o apoio mais directo dos técnicos e implicarem encargos económicos suplementares, devem ser considerados a última opção. Se for necessário colocar a vítima temporariamente num alojamento pago, deve garantir-se apoio económico, se ela não tiver meios para o assegurar sozinha. Existindo filhos, deve haver o cuidado de não os separar da mãe. Deve garantir-se o apoio às despesas de alimentação, despesas de saúde, cuidado aos filhos, transporte e escola, se necessário.

Se a vítima pretender a separação e/ou avançar com uma queixa-crime, deve ser apoiada e informada dos procedimentos legais e das suas implicações, estar preparada para lidar com as diferentes etapas, instâncias e situações envolvidas no processo judicial e ter consciência de que estes processos abarcam desde as questões relacionadas com os menores e a família (e.g., processo de divórcio, regulação do exercício das responsabilidades parentais) ao processo-crime contra o agressor. Para todos estes processos pode requerer patrocínio judiciário ao Tribunal. Poderá ser necessário também

acompanhamento policial, numa deslocação à residência, para ir buscar bens ou documentos necessários, ou para deslocações a tribunal, ou outras, em que exista risco de ataque pelo agressor.

Elaboração de Planos de Segurança

Quer a vítima decida afastar-se quer decida permanecer com o/a cônjuge/companheiro/a maltratante, muito particularmente nesta última situação, o profissional deverá ajudar a vítima a elaborar um plano de segurança pessoal, isto é, a definir um conjunto de estratégias para se proteger e aumentar o seu grau de segurança em diferentes situações de risco ou de violência por que possa vir a passar.

Assim, é importante analisar com ela as situações mais frequentes de violência e os acontecimentos que mais vezes as precipitam, os contextos em que ocorrem e as alternativas de fuga que tem face a cada uma. Deve planificar-se com a vítima a reacção a ter perante os episódios de violência, bem como a prevenção de situações de risco: aprender a reconhecer os sinais de tensão que antecedem um episódio violento, saber quais as melhores escapatórias de casa (portas ou janelas), evitar ficar “presa” em divisórias da casa sem saída, evitar a proximidade de objectos ou utensílios que possam ser usados como armas pelo agressor (candelários, espelhos, facas, louças, etc), ter em local acessível ou memorizar os números de telefone de emergência ou o contacto de uma pessoa de confiança a quem possa pedir auxílio, combinar com um vizinho de confiança um código de alerta para situações de violência (e.g., fazer determinados ruídos, gritar, acender e apagar luzes) ensinar os filhos a usar o telefone para chamar a polícia ou a recorrer à ajuda de uma pessoa de confiança (aliás, os filhos devem treinar também planos de segurança adequados à sua idade).

Se sair de casa, deve levar consigo os elementos de prova da violência de que foi vítima que possua: exames médicos comprovativos de lesões, cópias de anteriores queixas/autos de denúncia, bilhetes ou cartas com ameaças, objectos ou roupas destruídos pelo agressor, etc. É importante também que indique pessoas que tenham testemunhado os actos violentos e estejam dispostas a testemunhá-lo. Não deve nunca levar consigo bens que pertençam ao agressor nem destruir os seus pertences, por raiva ou retaliação, mesmo que ele lhe tenha feito isso.

Convém que a vítima tenha à mão, ou escondido em casa de alguém de confiança, um “saco de saída”, para o caso de ter de fugir de repente de casa, no qual tenha algumas peças de roupa, para si e/ou os filhos, algum dinheiro, moedas ou cartão de telefone, para o caso de ter de ligar de cabinas públicas, medicamentos de toma regular, cópias das chaves de casa e carro, cópias dos documentos de identidade, segurança social, utente do SNS, contribuinte, certidão de casamento, cédula de nascimento os filhos, entre outros necessários para o dia a dia e para apresentar ao longo do(s) processo(s) judicial(ais). É necessário ainda que a vítima planeie de antemão o que vai fazer se tiver de sair de casa (contactos, alojamento, quem vai avisar, como vai ajudar os filhos a lidar com a situação, etc).

A vítima, mesmo depois de separada, pode continuar a ser alvo de ameaças ou ataques pelo agressor. Convém, por isso, que tome algumas medidas de segurança, designadamente:

- Se for ela a sair de casa, avisar os amigos, os familiares e no emprego e alertá-los para o risco de serem contactados ou perseguidos pelo agressor; não revelar a sua nova morada; não contactar o agressor com números de telefone identificáveis; alterar os percursos que utiliza para ir trabalhar, buscar os filhos, fazer compras; evitar andar na rua sozinha; informar a escola dos filhos da situação e indicar quem pode e quem não pode levar as crianças;

ensinar as crianças a não revelar a sua localização, a não viajarem com o pai sem autorização, a utilizarem o telefone para pedir ajuda. Se necessário, pedir protecção policial e medidas de afastamento do agressor.

- Se for o agressor a sair de casa, deve a vítima mudar as fechaduras, reforçar portas e colocar fechaduras de segurança, alterar o número de telefone e pedir que lhe seja atribuído um número confidencial, instalar alarmes e outros meios de segurança, combinar com vizinhos sinais que estes emitam se virem o agressor a aproximar-se (luzes, telefonema, ruídos); ensinar as crianças a não abrir a porta a ninguém, nem sequer ao pai.

Existem já modelos de planos de segurança disponíveis para utilização pelos profissionais, como os que foram criados no âmbito do Projecto Inovar (*Guia do Novo Rumo/Plano de Segurança Pessoal*)⁴, mas estes podem ser adaptados ou criados de forma pessoal, tendo sempre em conta as características específicas daquela vítima e das suas circunstâncias e a necessidade de assegurar a sua segurança.

- ⇒ Todos os profissionais devem ser capazes de reconhecer situações de VD, conhecer e identificar os crimes consignados no Código Penal que podem ocorrer neste contexto, conhecer os procedimentos judiciais de base, os números de telefone das linhas de apoio a vítimas e de emergência e as instituições para as quais encaminhar vítimas.
- ⇒ Deve ser disponibilizado apoio continuado às vítimas, nos planos jurídico, social, médico, psicológico ou psiquiátrico, para que esta possa superar o período de crise, definir projectos de vida alternativos e proceder à reorganização cognitivo-emocional e integração positiva/superação das experiências traumáticas vividas.

⁴ Pode encontrar outros modelos em sites como <http://www.niwaf.org/portuguese.pdf> ou <http://violenciadomestica.forumulher.org>.

Violência Doméstica: compreender para intervir

Guia complementar de boas práticas
no atendimento a vítimas de violência
doméstica por profissionais de saúde

BOAS PRÁTICAS NO ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os serviços e os profissionais de saúde ocupam uma posição privilegiada no que diz respeito à detecção e intervenção em situações de VD/VC/VRI, na medida em que são, muitas vezes, o único ponto de contacto que as vítimas têm com profissionais capazes de, pela sua formação e experiência profissional, reconhecer e intervir no seu problema.

Em princípio, todas as pessoas, designadamente as mulheres, contactam com o sistema de saúde em algum ponto da sua vida – consultas de rotina, gravidez e parto, doenças, ferimentos, ou no papel de cuidadoras de crianças e idosos. Os serviços de saúde podem, assim, ser literalmente “o salva-vidas” para mulheres cujo contacto com o meio envolvente é restringido por um companheiro violento ou que não querem envolver-se directamente com a polícia e o sistema de justiça.

Não obstante esta posição privilegiada, alguns estudos internacionais indicam que apenas 10% das vítimas de violência são identificadas ao nível dos serviços de saúde. Esta incapacidade ou falha na identificação ou reconhecimento de situações de VD/VC/VRI tem consequências ao nível da vítima – que fica sujeita a uma escalada de violência e a riscos cada vez mais elevados, para além de se sentir isolada, encurralada e impotente; consequências ao nível da sociedade, dados os elevados custos sociais e educacionais desta violência e os elevados gastos com a saúde e a justiça, redução da produtividade e aumento do absentismo laboral, das “baixas” pedidas por vítimas de VD/VC/VRI, ou os próprios níveis de violência social intra e inter-geracional; e consequências para o sistema de saúde, que acaba por, mais tarde, receber e tratar situações graves, médica e

psicologicamente, que poderiam ter sido evitadas, mas que agora exigem exames e meios de diagnóstico complementar dispendiosos, tratamentos, internamentos, cirurgias, para além do já bem estudado consumo massivo de medicamentos por parte das vítimas de VD/VC/VRI.

Para que o serviço nacional de saúde responda de forma apropriada e eficaz à questão da VD/VC/VRI tem que promover:

- O aumento da consciencialização dos profissionais de saúde para esta temática;
- A criação de ambientes que encorajem a revelação das situações de violência pelas vítimas e/ou familiares;
- O desenvolvimento de guiões de entrevista, específicos ou de rotina, que permitam estimular a revelação por parte das vítimas;
- Desenvolver protocolos específicos de intervenção e encaminhamento para mulheres e crianças que se suspeite ou confirme serem vítimas de VD/VRI;
- Assegurar canais de resposta rápida e integrada com a colaboração de diferentes instituições;

Dado o acesso que têm a informação sobre os mais variados domínios da vida das pessoas, desde as lesões físicas e doenças aos problemas emocionais, relacionais e sexuais, todos os profissionais de saúde têm a oportunidade e a responsabilidade de identificar casos de VD/VC/VRI e de providenciar a ajuda e o apoio de que essas pessoas necessitam. Uma intervenção precoce pode prevenir o agravamento de uma situação e reduzir ou evitar danos biopsicossociais mais graves, quando não a morte da(s) pessoa(s) vítima(s).

Não é aceitável, por isso, que, como diversos estudos revelam, alguns profissionais de saúde considerem, ainda hoje, que os casos de VD/VC/VRI não são problemas seus, são da responsabilidade dos serviços sociais, da polícia ou dos tribunais.

O médico, como os restantes profissionais de saúde, ocupa uma posição estratégica tanto na despistagem e diagnóstico como no tratamento e encaminhamento das vítimas – deve, por isso mesmo, assegurar um primeiro acolhimento adequado e, se necessário, encaminhar a vítima para assistência especializada em diferentes áreas (social, policial, jurídica, psicológica). De entre os profissionais que maior probabilidade têm de, no âmbito da sua actividade médica/de enfermagem, contactar com situações de VD/VC/VRI contam-se os clínicos gerais e médicos de família, os médicos e enfermeiros dos serviços de urgência, os obstetras, ginecologistas e pediatras, os psiquiatras, os radiologistas, os dentistas e os oftalmologistas.

A questão da confidencialidade médica, que poderá, de facto, constituir um factor-chave na securização da vítima e levá-la a revelar a sua situação de vitimação, tem vindo, contudo, a inibir alguns profissionais de saúde de estabelecerem um posicionamento mais activo na denúncia destes crimes e uma postura mais proactiva, com receio do posterior envolvimento em processos judiciais e da eventual necessidade de quebrar o sigilo profissional. No entanto, experiências desenvolvidas em diferentes países revelam que a questão da confidencialidade médica não é incompatível com uma intervenção adequada face a situações de VD/VC/VRI, num amplo espectro de iniciativas que vão desde a sinalização até à avaliação do risco, à elaboração de relatórios médicos sobre as consequências da violência, à construção, com a vítima, de planos de segurança e ao seu encaminhamento para as instâncias de apoio adequadas.

Para que, no contexto dos hospitais, centros de saúde ou consultórios médicos, possam emergir relatos das situações de violência, algumas condições institucionais são importantes. A criação destas condições institucionais é, em si mesma, um trabalho de luta contra a violência e de promoção de uma

melhor qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população. É importante, entre outros aspectos, que:

- i. O serviço tenha uma cultura institucional de respeito pelos utentes, propiciando aos profissionais tempo e condições para os escutar e para estabelecer um diálogo com eles;
- ii. Exista um compromisso institucional para a implementação de trabalho nesta área/ com esta problemática;
- iii. A privacidade e a confidencialidade sejam garantidas à vítima;
- iv. Seja dada formação sobre VD/VC/VRI aos médicos e outros profissionais de saúde, para que estes saibam detectar o problema e tenham alternativas assistenciais disponíveis para oferecer às vítimas e para que eles próprios criem melhores condições para o seu acolhimento, não esquecendo que as vítimas devem ser respeitadas quando têm vergonha da situação que vivem;
- v. É muito importante também que existam indicações claras no serviço de que este é um lugar aberto às pessoas e aos seus problemas e preocupado com as questões da violência (e.g., afixação de cartazes e distribuição de folhetos informativos, presença de pessoal informado nos guichets de atendimento);
- vi. Deve estar visível também informação sobre a rede intersectorial (serviços de apoio a vítimas, jurídicos, policiais, sociais, etc) que intervém neste problema na região em que se insere a unidade de saúde;vii. A conjugação de (iv) e (v) levará a que as vítimas sintam que os profissionais de saúde se importam com situações como a sua e que podem oferecer-lhes ajuda; não desvalorizarão o seu relato ou farão julgamentos sobre suas escolhas e a sua situação de vida;

Identificação de sinais e sintomas clínicos/recolha de indícios

Se algumas vítimas revelam espontaneamente a origem das suas lesões, indicando os maus tratos sofridos, uma parte significativa das pessoas assistidas num hospital ou centro de saúde não vai querer revelar a causa do traumatismo ou irá alegar uma causa pouco credível, à luz das lesões apresentadas e dos conhecimentos médicos que os profissionais detêm (a história, tantas vezes repetida, da queda nas escadas, da mulher que “bateu contra a porta” ou “escorregou na banheira”).

Na ausência de revelação por parte da vítima, um certo número de sinais clínicos de alerta pode/deve chamar a atenção dos profissionais de saúde e sustentar a hipótese de existência de VD/VCI/VRI (e.g., determinado tipo de lesões características destes casos, recurso regular aos serviços de urgência com lesões do mesmo tipo, alterações emocionais e comportamentais, angústia, ansiedade, depressão e medo, manifestações psicossomáticas recorrentes). A identificação de um ou mais indicadores deve permitir orientar o diagnóstico, ajudar a vítima a dar os primeiros passos para sair da situação de crise e da situação violenta e prescrever o tratamento e acompanhamento mais apropriados. Há uma responsabilidade ética, dos médicos e outros profissionais de saúde, nesta acção.

Algumas das questões e indicadores mais relevantes para identificar/sinalizar um caso de eventual VD/VCI/VRI são:

- A vítima fez já várias marcações por causa de queixas e sintomas vagos ou recorre frequentemente ao hospital ou centro de saúde com queixas e lesões físicas similares;
- Costuma faltar às marcações; há frequentes atrasos nas consultas e desistências de marcações;
- As lesões são incompatíveis com as explicações dadas pela mulher;

- As lesões ocorrem nas mãos, na cara, na cabeça, pescoço, queixo, peito e abdômen; há evidência de múltiplas lesões em estados diferenciados de cicatrização; a mulher tenta minimizar a gravidade das lesões e/ou tenta escondê-las pelas roupas; há história de perdas de consciência;
- As lesões provocadas no contexto da VD/VC/VRI podem ocorrer em todas as partes do corpo, mas as mais frequentes situam-se na cara e nos membros superiores. É preciso insistir na questão das fracturas de ossos, sobretudo do nariz, pancadas nos tímpanos, nos dentes e nas arcadas supraciliares. Na maioria dos casos, as agressões são executadas com a mão/punhos, mas todos os objectos se podem tornar armas (cintos, líquidos quentes, utensílios domésticos), pelo que é fundamental estar atento a lesões com essas formas. É importante avaliar também a existência de sinais de tentativas de estrangulamento;
- A vítima parece assustada, excessivamente ansiosa, deprimida ou angustiada; existe uma história de doença mental ou abuso de substâncias. Se os efeitos sobre a saúde física são os que surgem de forma mais visível e imediata, já as consequências mais profundas e as mais duradouras se manifestam no plano da saúde mental: manifestações ansiosas, depressivas, fóbicas, sinais de auto-negligência e/ou auto-mutilação; alcoolismo ou toxicod dependência, consumo abusivo de medicamentos; ideação suicida e tentativas de suicídio;
- A vítima vem sempre acompanhada às consultas pelo companheiro ou por um membro da família, parece ser passiva ou ter medo do companheiro; o companheiro parece agressivo ou dominador e mostra-se relutante em deixar a mulher falar ou estar sozinha com os profissionais de saúde.

Se alguns ou vários dos aspectos anteriormente descritos se confirmarem, deve colocar-se a hipótese de estar perante um caso de VD/VC/VRI – a acumulação de sinais de alarme deve incitar os profissionais de saúde a avaliações mais cuidadosas: por exemplo, o facto de a vítima se sobressaltar ao menor barulho, de estar ansiosa, se mostrar ora agressiva ora passiva, depressiva, chorar, apresentar-se culpabilizada, exageradamente inquieta ao pé dos filhos ou do companheiro, incoerente na descrição dos factos, renitente em explicar as suas lesões; se parece esconder informações e ter medo do companheiro; se faz referência a problemas conjugais mas sem especificar situações de violência.

Paralelamente, os maus tratos continuados geram angústia e ansiedade que se podem manifestar através de problemas e sintoma “vagos”, como dores abdominais, torácicas ou pélvicas crónicas, problemas de digestão, de sono, dores de cabeça e dores musculares não específicas, fadiga crónica, debilitação do sistema imunitário, dores de costas, “palpitações”.

Se as agressões ocorrem durante a gravidez, as mulheres podem apresentar um risco acrescido de aborto espontâneo ou de parto prematuro. Nos casos suspeitos que aparecem nos serviços de obstetrícia é preciso ter em conta se há lesões no abdómen ou no peito e se há história de abortos espontâneos ou partos prematuros.

Síntese das acções a tomar após a revelação da situação de VD/VC/VRI

- ⇒ **Cuidados médicos e avaliação do risco:** deverá ser dada uma resposta imediata às lesões físicas, preservando, sempre que necessário, novos exames, tratamentos, consultas por especialistas e/ou apoio psicológico. Será necessário proceder também a uma avaliação do risco que a vítima corre, desde a possibili-

dade de aumento da frequência ou gravidade da violência até ao risco de homicídio conjugal. Na avaliação do risco dever-se-á ter conta os seguintes aspectos: a história da violência em relação à vítima e aos seus filhos (tipos de violência, intensidade, frequência); o abusador assusta/ameaça/perturba amigos e vizinhos? Ameaça magoar os filhos? Magoa mesmo os filhos? Consome de forma excessiva álcool ou outras drogas e é mais violento nessas alturas?

- ⇒ Há que avaliar também o nível de medo que a vítima sente no momento e a sua percepção actual do risco; as lesões auto-infligidas e tentativas de suicídio por parte da vítima; tentativas de ou pedidos de ajuda ao longo dos últimos 12 meses; avaliação das redes de suporte que a vítima possui; viabilidade de encontrar um refúgio ou um lugar para onde possa ir se não quiser ou não puder voltar para casa;
- ⇒ Pelo facto de serem expostas a agressões repetidas ou a ameaças constantes e de a sua integridade física e psicológica estar constantemente ameaçada, as vítimas chegam a duvidar das suas emoções e da sua capacidade de compreensão do problema, para além de desenvolverem níveis muito elevados de tolerância à violência e à dor. Muitas, ao fim de algum tempo, não se apercebem das manifestações mais quotidianas de violência ou dos danos menos graves por elas produzidos; Por isso, nem sempre se apercebem da existência de um perigo real para a sua integridade e nem sempre são capazes de avaliar a gravidade da situação, devendo ser ajudadas pelos profissionais de saúde a avaliar objectivamente os riscos envolvidos em cada situação;
- ⇒ No caso da vítima se recusar a reconhecer a origem dos maus tratos, o profissional de saúde deverá avaliar a possibilidade de obter confirmação junto de outros membros da família; caso nada seja possível fazer deste

ponto de vista, deverá sempre manifestar-se disponível e “deixar uma porta aberta” para um futuro contacto;

- ⇒ Numa situação de urgência deverá imediatamente ser contactado um Perito Médico do Instituto Nacional de Medicina Legal que poderá efectuar o exame Médico-Legal e, deste modo, efectuar uma adequada e atempada colheita de vestígios e a preservação de provas que, posteriormente, poderão constituir um meio de prova fundamental no processo de investigação criminal.

Ao longo da(s) consulta(s) com a vítima, o médico deverá documentar o processo e, no final, elaborar um relatório que tenha em atenção as seguintes dimensões:

- ❑ Identificar e caracterizar as lesões e os factos que terão estado na sua origem, com clareza mas também com rigor na linguagem médica usada, ou seja, elaborar um “relatório de lesões” com o maior grau de detalhe possível na descrição de todos os vestígios de agressão, enumeração das marcas actuais e anteriores. Juntar fotografias das lesões, se possível, com declaração de autorização assinada pela vítima;
- ❑ No mesmo relatório, referir cuidadosamente o estado psico-emocional da vítima e reproduzir as suas afirmações;
- ❑ Recomendar a intervenção de outros profissionais, por exemplo, de um psicólogo, assistente social, jurista.

Encaminhamento

O médico e restantes profissionais de saúde devem articular a sua acção com profissionais de outras áreas que possam auxiliar numa intervenção multidisciplinar, aquela que é mais indicada para situações de VD/VC/VRI. A função destes profissionais de saúde, como a de todos os outros, não é a de dar conselhos pessoais, por muito bem-intencionados que

sejam. O profissional de saúde deverá fornecer à vítima informação concreta e objectiva sobre as suas opções e sobre os locais onde ela poderá encontrar a ajuda de que necessita (associações de apoio à vítima, esquadras da polícia, DIAP, tribunais, etc). Deve facilitar a articulação com outros profissionais e instituições e, se necessário, acompanhar a vítima a outros serviços dentro da mesma unidade e/ou facilitar o seu contacto e transmitir o máximo de informação para evitar que esta seja submetida a mais do que um “interrogatório”.

CONTEXTOS E COMPORTAMENTOS A ADOPTAR

Os espaços físicos onde a vítima é acolhida e atendida e os comportamentos dos profissionais que as acolhem são de extrema importância. A vítima deve ser atendida em espaços acolhedores, com boa luminosidade, confortáveis, personalizados, tranquilos, com um bom isolamento de som e garantia de privacidade. No contacto com a vítima devem ser evitados espaços onde se encontrem ou circulem outras pessoas, pois estes não garantem nem a tranquilidade nem a confidencialidade que devem enformar essa relação. A vítima não deverá também permanecer muito tempo numa sala de espera ou em locais públicos, pois poderá sentir-se desconfortável ou constrangida face ao olhar de terceiros, se apresentar sinais evidentes de ter sido maltratada. Sempre que possível deve existir um espaço acolhedor onde as crianças possam estar a brincar, supervisionadas, com conforto e segurança, ocupadas com materiais lúdicos, livros, papel, lápis e canetas, para que as mães possam participar nas consultas com maior tranquilidade e confiança.

Muitas vítimas de VD/VC/VRI não são capazes de revelar espontaneamente a situação de violência, mas se alguém lhes colocar as “questões certas”, acabam por fazê-lo.

Ao iniciar a entrevista, o médico ou enfermeiro deverá basear-se na informação que obteve sobre aquela pessoa: se ela se declarou vítima de violência à entrada do hospital ou centro de saúde, poderá abordar directamente o problema. Se a vítima tenta ocultar a origem das lesões que apresenta e o profissional de saúde suspeita da existência de violência, deve orientar a sua entrevista para a obtenção de dados que o confirmem ou para a obtenção de uma revelação/denúncia por parte da mulher. Não deve nunca avançar com esta suspeita à frente de quem a acompanhou, porque essa pessoa pode ser o agressor. Pode ser útil obter a colaboração de algum familiar ou amigo que tenha acompanhado a vítima à consulta, mas só o deve fazer depois de confirmar que isso será positivo para a vítima e que ela o aceita.

Saber entrevistar uma potencial vítima de VD/VC/VRI não requer conhecimentos muito diferentes daqueles que já detém o profissional de saúde e a que recorre no dia-a-dia ao questionar os seus doentes. É a partir do relato das suas queixas, da sua história e das lesões que apresenta que poderá chegar à identificação de uma situação de violência. Como mais à frente será referido, há já instituições que adoptam os chamados inquéritos de rotina para a detecção de situações de VD/VC/VRI, mas, na maior parte das instituições de saúde, recorre-se a esse tipo de inquérito apenas nas situações em que haja suspeitas.

Princípios de conduta e atitudes que deve manter o profissional de saúde quando se encontra perante uma vítima de VD/VC/VRI

- Escutar activa e empaticamente;
- Acreditar na experiência de maus-tratos que é relatada pela vítima;

- Assegurar a confidencialidade do que lhe é dito e reconhecer os perigos que poderão advir para a vítima, se ela não for eficazmente garantida;
- Atender a mulher sozinha, de modo a que não se sinta constrangida pelo agressor ou familiares/amigos que a podem ter acompanhado ao serviço de saúde, mencionando aos acompanhantes que essa é uma prática de rotina/uma exigência médica/uma regra da instituição, de forma a não comprometer a vítima;
- Tratar sempre as pessoas com dignidade e respeito, ouvindo o que elas têm para dizer e não julgar as suas decisões;
- Criar uma relação de empatia e confiança;
- 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 objecto de preocupação e combate por todos/pela sociedade;
- Defender e afirmar o direito a uma vida sem violência nem medo;
- Assegurar à vítima que não está só e que não tem culpa dos acontecimentos;
- Apoiar e assistir todas as decisões da vítima;
- Ajudar a vítima a tomar decisões informadas mas não tomar decisões por ela;
- 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;
- Não confrontar o companheiro da vítima;

- Não dar conselhos pessoais, não fazer julgamentos nem emitir juízos de valor ou afirmações assentes em estereótipos, mitos ou crenças infundadas;
- Não sugerir à mulher que tente remediar a coisa e manter-se na relação;
- Também não sugerir à mulher que simplesmente saia de casa, sem a devida planificação;
- Encorajar a procura de serviços de apoio a partir da comunidade;
- Responder às necessidades da vítima e, se necessário, desenvolver um plano de segurança;
- Não incorrer na prescrição excessiva de sedativos às vítimas porque eles diminuem a, já de si afectada, capacidade de resposta/reactção da vítima, a sua autonomia e capacidade de tomada de decisões. Além disso, a sua resposta aparentemente perturbada é, quase sempre, uma reacção *normal* a uma condição de vida *anormal*.

Inquéritos de rotina vs colocação de questões específicas apenas quando há suspeitas de VD/VC/VRI

O inquérito de rotina é um procedimento que permite inquirir sobre experiências de VD/VC/VRI todas as mulheres que acorrem a um dado serviço de saúde, independentemente de existirem suspeitas ou evidências específicas de maus tratos. Parte do reconhecimento de que esta é uma problemática frequente e largamente difundida nos diferentes grupos sociais e estratos da sociedade. Se os profissionais de saúde apenas focarem a sua atenção no tratamento das lesões, sem perguntar a suas causas, pouco farão para ajudar a vítima.

Não é fácil perguntar ou ser perguntado sobre uma situação de VD/VC/VRI. Portanto, será importante que os comentários e questões iniciais deixem a paciente o mais

confortável possível, de modo a que esta sinta que este é um procedimento de rotina, não se sinta afectada se não for vítima, mas sinta que o pode revelar, se for.

Devido ao estado de confusão, medo, depressão, ansiedade em que se encontram muitas das vítimas de VD/VC/VRI quando recorrem aos serviços de saúde, será necessário começar a inquirir sobre as causas das lesões utilizando perguntas indirectas, já que estas podem ajudar a estabelecer uma relação e a criar empatia com a paciente: “como vai a família?”; “corre tudo bem lá em casa?”; “como correm as coisas com o seu companheiro?”.

Apenas num segundo momento se deverão colocar questões mais específicas, e deve sempre explicar-se a razão pela qual se estão a colocar essas questões – por exemplo, “peço desculpa se alguém já lhe perguntou isto ou se estas questões lhe parecerem estranhas, mas nós sabemos que muitas mulheres são, ao longo da vida, vítimas de violência em casa, por isso...”; ou, em caso de lesões evidentes: “reparei que tem um conjunto de hematomas/cortes/queimaduras (conforme o caso) ... como é que fez essas feridas?”. Outras formulações podem ser escolhidas em função de cada caso: “está tudo bem em sua casa?”; “a senhora e seu marido (ou filho, ou pai, ou familiar) discutem muito?”; “quando discutem, ele fica agressivo?”; “o seu companheiro costuma perder a paciência consigo? Se sim, o que faz?”; “alguma vez o seu companheiro partiu coisas que tinham valor para si?”; “o seu companheiro costuma ter ciúmes dos seus amigos, de a ver falar com outras pessoas ou de sair à noite? Se sim o que acontece?”; “o seu companheiro consome álcool ou drogas em excesso? Se sim, como reage nessas alturas?”; “alguma vez ameaçou magoar os seus filhos?”; “sente medo do seu companheiro ou de alguém em sua casa?”; “alguma vez foi empurrada, pontapeada ou esmurrada pelo seu companheiro?”; “alguma vez a forçou a ter relações sexuais consigo ou teve-as de uma maneira que não queria?”.

Competências e estilos de comunicação

Entrevista e atitudes comunicacionais

As vítimas de crime procuram ajuda, quase sempre, em situação de crise e, mesmo que não estejam em crise, passaram por situações traumáticas que deixaram marcas ao nível psicológico-emocional. Encontram-se fragilizadas, são, quase sempre, hipervigilantes e muito sensíveis a todos os pormenores do comportamento dos outros, designadamente ao nível da comunicação não verbal. Os profissionais de saúde devem ter formação específica, possuir adequadas competências de comunicação e atendimento e estar preparados para implementar estilos de comunicação adequados a cada tipo de situação.

Perante a necessidade de colocar questões à vítima, o profissional de saúde deve fazê-lo de forma cuidada e sensível, evitando produzir juízos de valor e seguindo um conjunto de regras gerais definidas para a comunicação com vítimas:

- Começar por se apresentar, indicando o seu nome e função, tratando-a também de forma personalizada, usando o nome da vítima e clarificando, desde logo, os objectivos e procedimentos do atendimento;
- Ser empático e respeitar os sentimentos e comportamentos e as decisões da vítima;
- Estar atento aos sinais verbais e não verbais da vítima, bem como aos que ele próprio transmite (posição em que fala, postura corporal, forma como coloca os braços, expressões faciais, tom de voz, etc);
- Concentrar-se totalmente no que a vítima está a dizer e dar-lhe sinal disso; ter disponibilidade para a ouvir e apoiar; saber lidar com os silêncios, com a desorganização emocional, ataques de choro, hesitações; recorrer a estratégias de facilitação da comunicação;

- Usar adequadas estratégias de entrevista/questionamento, balanceando as perguntas abertas e as fechadas, as mais gerais e as mais específicas; as mais concretas e as mais abstractas.

É fundamental ainda:

- Ter consciência de que “é impossível não comunicar”;
- Estar consciente das e ter atenção às dimensões verbais e não verbais e ter cuidado com a sua comunicação não verbal: gestos, postura, expressões faciais, olhar, silêncios, etc;
- Reconhecer que “comportamento gera comportamento” e que a reacção da vítima às propostas e ajudas que lhe são oferecidas vai depender do impacto do primeiro contacto com as instâncias e actores que, aos diferentes níveis (policial, médico, social, psicológico), a atendem;
- Saber ouvir, saber transmitir informação e saber dar feedback;
- Conhecer os diferentes estilos de comunicação (assertivo, agressivo, passivo, manipulador) e seus efeitos e utilizar um estilo assertivo, o mais adequado neste tipo de situação;
- Saber utilizar adequadamente os elementos fundamentais na comunicação verbal: **voz** (intensidade ou volume; ritmo ou cadência das palavras; velocidade de elocução; pausas; acentuação; entoação; timbre); **olhar**; **gestos**, **expressão facial e postura**; a gestão dos **silêncios**;
- Perceber a influência do contexto/espço onde a vítima é atendida;
- Eliminar as barreiras (pessoais, institucionais, de linguagem, do contexto) à comunicação;
- Estar preparado para compreender, interpretar e lidar com qualquer tipo de reacção emocional por parte da vítima, mesmo as mais “extremas” e inesperadas,

- mesmo se a desorganização emocional da vítima a levar a ser desadequada ou agressiva face ao técnico;
- Perguntar como se está a sentir e escutá-la atentamente.

Algumas particularidades da Vítima Idosa

Este tipo de vítima tem maior probabilidade do que as vítimas de qualquer outra faixa etária de sofrer sérios danos físicos e de necessitar de hospitalização na sequência dos actos de violência. O processo fisiológico de envelhecimento acarreta um decréscimo na capacidade de recuperação após a agressão (tanto física como psicológica). A situação traumática poderá ser agravada se existirem dificuldades económicas e fracos recursos sociais/familiares.

A vítima idosa tem, geralmente, um acréscimo de preocupações e de medos quando é vitimada: (i) em relação aos efeitos/consequências da vitimação; (ii) em relação ao que familiares e/ou terceiros irão pensar sobre a sua autonomia e competências; (iii) em relação aos seus recursos para lidar com a situação; e ainda (iv) em relação a eventuais retaliações por parte do ofensor. Deve o profissional de saúde:

- Perguntar à vítima se tem alguma dificuldade em compreender o que lhe foi dito. Ser sensível à possibilidade de ela ter alguma dificuldade em ver ou ouvir, mas não ser depreciativo na forma de lidar com estas eventuais dificuldades. Perguntar-lhe se tem necessidades especiais, tais como óculos ou aparelho auditivo;
- Dar-lhe tempo para ouvir e compreender as suas palavras durante a entrevista; evitar pressões desnecessárias, fazer pausas frequentes;
- No caso de a vítima ter dificuldades auditivas e/ou de compreensão, escolher um local sem distrações, interferências ou barulho de fundo, e:

1. Ficar em frente à vítima para que os olhos e a boca estejam visíveis
 2. Começar a falar apenas depois de ter conseguido cativar a sua atenção e ter estabelecido contacto ocular
 3. Nunca falar directamente para o ouvido
 4. Falar clara e pausadamente, colocando as questões e instruções de forma curta e simples
 5. Se necessário falar mais alto, mas não gritar
 6. Estar preparado para repetir as questões e as instruções. Sempre que necessário, usar palavras diferentes na repetição.
- Providenciar luz, no caso de a vítima precisar de ler/ assinar documentos. Assegurar que tudo o que esteja impresso esteja em letras grossas e contrastantes, para que a vítima consiga ler;
 - Dar-lhe informação escrita que resuma os pontos importantes que foram comunicados verbalmente, para que possa ter acesso a essa informação mais tarde;
 - Em todos os comentários e interacções com vítimas idosas, com as suas famílias e com outros profissionais envolvidos no caso, salientar a confidencialidade e a manutenção da dignidade das pessoas idosas.

Algumas particularidades no caso de co-ocorrência de crime sexual

O crime sexual é uma das formas de vitimação mais traumáticas. As vítimas de violação ou abuso sexual estão, não só intensamente traumatizadas pela situação vivenciada e pela humilhação psicológica associada à violência sofrida durante o abuso, como também, frequentemente, embaraçadas por terem de revelar aspectos relacionados com a sua sexualidade a desconhecidos.

Na investigação da maioria dos crimes sexuais o testemunho/papel da vítima é fulcral, visto que ela é, quase sempre, a “única testemunha do crime”. Porém, nos crimes sexuais, mais que nos restantes tipo de crimes, a vítima mostra-se, frequentemente, relutante em cooperar, dado o impacto traumático da situação e as inibições pessoais e socioculturais associadas à dimensão da sexualidade. Importa, por isso, abordar calmamente a vítima e ajudar a tranquilizá-la. Para além disso, é conveniente:

- Encorajar a vítima a recorrer aos serviços médico-legais, dada a relevância desses exames para a produção de prova. Explicar-lhe quais os cuidados a ter (e.g., não se lavar, não mudar de roupa, não urinar, etc) e os procedimentos com que se confrontará durante o exame médico-legal, e, sobretudo, o porquê desses procedimentos e sua importância;
- Questionar a vítima com particular sensibilidade, minimizando o número de vezes que esta tenha de contar os detalhes do crime.

Algumas particularidades da Criança Vítima de Crime

À semelhança do que acontece com um adulto, mas, neste caso, com um forte impacto desenvolvimental a ter também em conta, quando uma criança é vitimada, o seu equilíbrio funcionamento ou ajustamento fisiológico e psicológico poderá ser comprometido.

A criança que é vítima não sofre apenas danos físicos e emocionais. Quando a sua vitimação é revelada/detectada, a criança é “obrigada a entrar no complicado mundo dos adultos”, nomeadamente no “sistema de justiça penal”. Os adultos – por vezes os mesmos adultos que não foram capazes de lhe dar a protecção necessária – são os responsáveis por restabelecer o sentimento de segurança pessoal e por a ajudar a lidar com contextos, situações, locais, pessoas,

com as quais ela não deseja, nem compreende, por vezes, a necessidade de contactar, mas com os quais terá de lidar.

- A criança tende a regredir emocionalmente durante épocas de intenso stress, agindo como se fosse mais infantil. É importante estar preparado/ter formação para lidar com este tipo de ocorrência;
- É importante usar linguagem apropriada à idade da vítima, mas evitando atitudes/posturas infantilizadas/ infantilizadoras, como o “falar à bebé”;
- Muitas vezes, as crianças mais novas tendem a sentir-se culpadas pelos problemas. É importante explicar-lhes que elas não fizeram nada de mal, não têm culpa do que aconteceu;
- Sempre que possível, permitir à criança que brinque, pois esta é uma excelente forma de comunicação com ela e de revelação, pela criança, de factos e emoções ocorridos/vivenciados.

É, acima de tudo, fundamental manter uma escuta activa, empática e saber atender a vítima quer em situação de face a face quer por via telefónica

ESCUA ACTIVA

- Deixar falar;
- Ouvir o que está a ser dito e tentar perceber o ponto de vista do outro;
- Avaliar a forma como está a ser dito – sentimentos, conteúdo, intenção;
- Mostrar empatia;
- Centrar-se no que é dito; mostrar interesse, por exemplo, fazendo perguntas sobre o que a vítima acaba de dizer, ou através da postura corporal (inclinar-se um pouco, olhar nos olhos);

- Evitar fazer juízos imediatos sobre a pessoa, não emitir juízos de valor;
- Reformular (ex: “fui claro?” “o que eu disse era compreensível?”; em vez de “compreendeu?” ou “não percebeu?”);
- Manter o contacto visual com o emissor;
- Permanecer em silêncio enquanto o emissor fala, emitindo interjeições de encorajamento (ex: “hum-hum”, “sim, compreendo”) e, quando necessário, interromper cordialmente;
- Responder, dar feedback;
- Não deixar transparecer as emoções pessoais;
- Observar as reacções. Fazer perguntas de controlo para verificar se está a ser compreendido e a compreender adequadamente.

EMPATIA

- Conseguir colocar-se no lugar do outro;
- Adaptar o discurso ao discurso da vítima;
- Olhar para cada utente como se fosse único;
- Mostrar interesse pelas suas necessidades;

ESPECIFICIDADES NO ATENDIMENTO FACE A FACE

- Pronunciar as palavras clara e correctamente;
- Não falar muito alto nem muito baixo;
- Não falar nem muito depressa nem muito devagar;
- Concentrar-se na mensagem e levar o outro a fazê-lo;
- Usar palavras simples;
- Mostrar-se interessado;
- Tratar correctamente o interlocutor;

- Certificar-se de que aquilo que é dito é compreendido pelo interlocutor;
- Acompanhar as palavras com gestos adequados;
- Adaptar a mensagem ao interlocutor;
- Evitar gírias e “bengalas” de linguagem (e.g., “pronto”, “é assim”);
- Adotar um estilo de comunicação assertivo.

ESPECIFICIDADES NO ATENDIMENTO TELEFÓNICO

- Treinar a voz e as entoações;
- Projectar a voz adequadamente, para que a vítima possa ouvir, mas não estridentemente;
- Articular bem as palavras e fazer pausas entre as palavras;
- Evitar tiques verbais repetitivos e o recurso a “bengalas” verbais (e.g., “pois”, “pronto”, “pois é”);
- Modular a voz, introduzir variações de tom;
- Tom de voz natural, claro, “vivo”;
- Falar fluente e naturalmente;
- Dar sinais de escuta activa (e.g., devolver ou reformular o que foi dito);
- Prestar toda a atenção e oferecer ajuda de forma autêntica;
- Saber gerir o tempo.

Os profissionais de saúde desempenham, como vimos, um papel central no diagnóstico, tratamento e encaminhamento das vítimas. Por serem profissionais que têm elevada probabilidade de contactar com vítimas de violência, deverão demonstrar elevada disponibilidade e competência para reconhecer estas situações (mesmo quando a vítima não revela), proteger e encaminhar a vítima, facilitando a articulação com os outros serviços.

