

A Decisão Clínica em Situações de Violência Doméstica

MAFALDA SOFIA NEVES JORGE DIOGO

Curso de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de
Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

Rua das Matas nº. 9 Caceira de Cima 3090-399

Figueira da Foz

maf_diogo@hotmail.com

NOTA PRÉVIA

Este trabalho académico que agora se apresenta traduz o culminar da leitura de vários artigos relevantes, desde os mais recentes aos mais antigos, sobre a prática médica em situações de violência doméstica e temáticas envolventes, e cuja concretização apenas foi possível com a ajuda de todos quantos me apoiaram em termos pessoais e académicos.

Um agradecimento especial à Dr^a. Conceição Milheiro, pela constante disponibilidade, reparos pertinentes e observações importantes.

Sumário

1	Resumo.....	6
2	Abstract	8
3	Introdução.....	10
4	Material e Métodos.....	12
5	Discussão.....	13
5.1	A Violência- um problema de saúde pública global.....	13
5.2	A Definição de Violência segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)	14
5.3	Tipos de Violência	15
5.4	Impacto da Violência na Saúde Pública.....	18
5.5	Custos e Consequências da Violência	19
5.6	O Modelo Ecológico como Forma de Interpretação das Origens da Violência	21
5.7	A Prevenção da Violência.....	23
5.8	Principais Obstáculos à Tomada de Decisão Nacional Perante a Violência ...	24
5.9	O Crime de Violência Doméstica na Lei Portuguesa	25
5.10	Violência Familiar/ Entre Parceiros Íntimos e Violência Doméstica	26
5.10.1	Violência entre Parceiros Íntimos Heterossexuais	26
5.10.2	Violência entre Parceiros Íntimos e Maus-tratos a Crianças.....	28
5.10.3	Maus Tratos à Pessoa Idosa.....	29
5.11	Método “SARAR- Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar e Referenciar”	32
5.11.1	Sinalizar	32
5.11.2	Apoiar	39
5.11.3	Registrar.....	43
5.11.4	Avaliação	50

5.11.5	Referenciar.....	63
6	Conclusão.....	68
7	Referência Bibliográficas.....	69

1 Resumo

Contextualização: Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência é definida como o “uso intencional da força física ou do poder, sob a forma de ato ou de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que cause ou tenha muitas probabilidades de causar lesões, morte, danos psicológicos, perturbações de desenvolvimento ou privação”. A Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) é a forma mais frequente de violência e a que mais tem vindo a aumentar, sendo, assim, importante atuar nesta vertente.

Objetivos Gerais: Aumentar a consciencialização da problemática da violência em todo o Mundo, alertar para o facto de a violência ser um problema evitável e, finalmente, mais importante do que agir sobre ela, é a sua prevenção e o reforçar da ideia de que a saúde pública tem um papel fundamental nesse aspecto.

Objetivos específicos: Descrever a magnitude e o impacto da violência em todo o Mundo, descrever os principais factores de risco para a violência, referenciar os tipos de intervenção utilizados para resolução desta problemática que é a violência doméstica, identificando os meios mais eficazes na sua resolução e prevenção, e fazer recomendações de forma a agir a nível nacional.

Material e Métodos: Para a execução desta revisão foi realizada uma pesquisa bibliográfica baseada, maioritariamente, nas fontes médicas Pubmed e no Manual SARAR, um projecto de intervenção em rede com uma duração de 36 meses (1 de Maio de 2009 a 30 de Abril de 2012).

Resultados: Foi realizada uma avaliação e seleção rigorosa dos artigos mais relevantes com o intuito de fornecer informação o mais completa possível sobre o tema deste trabalho e aprofundar a metodologia dos estudos publicados.

Conclusão: No que diz respeito à prática clínica em situações de Violência Doméstica, mais importante do que tratar e do que perceber quais as causas deste problema de Saúde Pública, é a sua Prevenção. É importante que esta tenha como alvo mulheres, crianças, idosos e jovens, pois é a população mais frequentemente afectada por esta problemática. O nosso país parece ainda não ter ~~noção~~ apreendido a dimensão desta problemática, nem tem igualmente conhecimento de quais as ferramentas mais importantes para enfrentá-la. No entanto, com a ajuda dos profissionais de saúde, este conhecimento começa a desenvolver-se e a ocupar já um espaço importante.

Palavras-chave: Violência doméstica; Abuso de idosos; Abuso de crianças; Decisão Clínica; Médico de Família; Prevenção da Violência.

2 Abstract

Background: According to WHO, violence is defined as " The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation. ". The intimate partner violence (IPV) is the most frequent form of violence and has been increasing, being important to act in this regard.

General Objectives: Raise awareness about the problem of violence globally, to reinforce the idea that violence is preventable and that public health has a crucial role to play in addressing its causes and consequences.

Specific Objectives: Describe the magnitude and impact of violence throughout the world, describe the key risk factors for violence, give an account of the types of intervention and responses that have been tried and summarize what is known about their effectiveness and make recommendations for action in what concerns local and also national organization.

Material and Methods: A bibliographical research based mostly in medical sources Pubmed and MANUAL SARAR, the latter an intervention project network developed during 36 months (since 1st May 2009 until 30th April 2012).

Conclusion: In what concerns the clinical practice in situations of domestic violence, more important than treating and than understanding what causes this problem in Public Health, is its prevention. It is important that this prevention focuses on women, children, elder and adolescents, as these are the populations most oftenly affected by this issue. Our country still seems to have no idea of the size of this problem, neither has any skill

on which are the most important tools to address it, but with the help of health professionals this knowledge is increasingly growing, though.

Key-words: Domestic Violence; Elder Abuse; Child Abuse; Clinical Decision; Physician Doctor; Prevention of Violence.

3 Introdução

Como resposta às recomendações da 49^a Assembleia Mundial de Saúde (WHA 49.25) [3], que assinalava a violência como um dos maiores problemas de saúde pública em todo o Mundo, dando relevância extrema às consequências quer a longo-prazo, quer a curto-prazo em indivíduos, famílias, comunidades e países, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou o “Relatório Mundial sobre a Violência”. [1] Neste documento a violência é definida como o “uso intencional da força física ou do poder, sob a forma de ato ou de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que cause ou tenha muitas probabilidades de causar lesões, morte, danos psicológicos, perturbações de desenvolvimento ou privação” pela OMS. [1] Segundo o “Relatório Mundial sobre Violência e Saúde” [1], embora seja complicado estimar a quantidade perdida em termos económicos, o custo da violência nos EUA traduz-se por biliões de dólares num ano nos cuidados de saúde pública e mais de biliões em termos de dias de trabalho perdidos, aplicações da lei e investimentos perdidos. [1]

A realização deste estudo baseia-se no facto de mesmo em Portugal este ser um crime público a que não é posto fim e pior do que isso, o número de casos ter vindo a aumentar. Estes são dados preocupantes a que devemos estar atentos e saber intervir, principalmente nós, classe médica, como veremos mais à frente.

Este estudo tem como objectivo principal alertar a população para a dimensão e importância da temática da violência que acaba por afectar pessoas em todo o Mundo. Mais de um milhão de pessoas morre em todo o Mundo, vítimas de violência e muitas mais morrem devido a lesões não fatais, auto-infligidas, interpessoais e ainda violência colectiva segundo nos diz o Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde [1]. Neste relatório somos ainda alertados para o facto de a violência estar nas principais causas de morte em todo o Mundo entre os 15 e os 49 anos de idade. [1] Outros objectivos

principais deste estudo são a descrição da violência e o alerta para a dimensão deste problema de saúde pública em todo o Mundo, sobretudo da Violência Doméstica (VD)/ Violência Familiar (VF)/ Violência entre parceiros íntimos (VPI), descrever os principais factores de risco para a VF/ VPI segundo a Lei Portuguesa, entender os vários tipos de Violência e as suas repercussões económicas e sociais e sobretudo perceber de que forma deve ser feita a intervenção em rede perante este crime público e a resolução deste problema social, baseado sobretudo na prevenção.

4 Material e Métodos

Com o intuito de investigar a temática da Decisão Clínica em situações de VD, procedeu-se à revisão da literatura publicada, recorrendo para tal à base de dados PUBMED. Inicialmente foram recolhidos artigos utilizando as palavras-chave *Domestic Violence*, cruzando-a com cada uma das vertentes do tema do trabalho. A pesquisa foi efectuada utilizando as palavras-chave: “*Domestic Violence*”, “*Elder Abuse*”, “*Child Abuse*” “*Clinical Decision*” “*Physician Doctor*”, “*Prevention of Violence*”.

Foram, ainda, utilizados artigos referenciados bibliograficamente pelos artigos originalmente escolhidos, mesmo datados anteriormente relativamente à pesquisa inicial. Encontram-se incluídos artigos de revisão, artigos originais, ensaios clínicos e debates. Foi, também, recolhida bibliografia referente ao MANUAL SARAR, que consiste num Projecto de Intervenção em Rede que reúne os artigos mais atuais durante uma pesquisa feita entre os anos de 2009 e 2012 por profissionais de saúde, contribuindo para uma intervenção multidisciplinar.

5 Discussão

5.1 A Violência- um problema de saúde pública global

A violência pode ser visível ou invisível.[1] A violência visível é aquela a que temos acesso através dos meios de comunicação e que pode incluir guerras, terrorismo, tumultos, agitação civil.[1] A violência invisível corresponde à restante violência a que não assistimos, mas que ocorre a toda a hora em casas de família, locais de trabalho e instituições de saúde e sociais.[1] Muitas das vítimas são demasiado novas, fracas ou doentes para denunciarem a violência, daí esta estar invisível.[1]

Será este um problema prevenível? Desde 1980 que o campo da saúde pública tem vindo a crescer como resposta aos inúmeros casos de violência detectados.[1] Os profissionais de saúde, investigadores e os sistemas de saúde têm vindo a trabalhar de forma a perceber as origens da violência e a prevenir a sua ocorrência.[1]

A abordagem dos problemas de saúde pública é interdisciplinar e baseado na evidência.[2] Esta interdisciplinaridade inclui as áreas da epidemiologia, da medicina, da sociologia, da psicologia, da criminologia, da educação e da economia.[1] Já foi provado que a utilização desta interdisciplinaridade pode resolver problemas considerados puramente médicos.[1]

Para chegar à resolução destes problemas de saúde pública é importante a utilização rigorosa de um método científico[2] que assenta nos seguintes aspectos:

- Descobrir o máximo de informação possível acerca dos acontecimentos violentos, como a data em que ocorreu, as circunstâncias, as características da ocorrência, as consequências locais, nacionais e internacionais da ocorrência;

- Investigar a razão da violência, realizando pesquisas para determinar:

- as causas e os relatos sobre a violência;

- factores de risco que podem aumentar ou diminuir a violência
- factores que são modificáveis através de intervenções;
- Explorar estratégias para prevenir a violência, através do fornecimento de informação e da implementação de leis relacionadas com a violência;
- Implementar, intervir e disseminar informação e também determinar a relação custo eficácia dos diversos programas de intervenção.

A prevenção é realmente importante na saúde pública, pois mais do que aceitar ou reagir a situações de violência, o importante será ter em mente que é possível prevenir comportamentos violentos e as suas consequências.[1]

5.2 A Definição de Violência segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)

A Violência pode assumir diversas definições, no entanto a OMS optou por definir violência como o “uso intencional da força física ou do poder, sob a forma de ato ou de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que cause ou tenha muitas probabilidades de causar lesões, morte, danos psicológicos, perturbações de desenvolvimento ou privação”. [1] Esta definição porém, não inclui formas de violência não intencional como incêndios e acidentes de viação.

Nesta definição, o uso da palavra “poder” abrange a violência física, sexual e psicológica. As variadas formas de violência podem resultar em danos psicológicos, privação ou mau desenvolvimento.[1] Muitas formas de violência contra crianças, adolescentes ou idosos podem causar danos físicos, psicológicos e sociais que não levam necessariamente a lesões físicas, deficiência ou morte.[1]

Um dos assuntos controversos da violência corresponde à sua intencionalidade. É fundamental nestes casos ter em conta dois pontos principais: o primeiro ponto assenta na base de que a violência intencional pode não significar a intenção das suas

consequências, ou seja, existe uma disparidade entre actos intencionais e consequências intencionais.[1] Por exemplo, um indivíduo que através da violência causa dano numa vítima terá tido a intenção de o fazer ou terá noção das consequências que esse acto ia provocar? O segundo ponto fundamental é o enquadramento da situação violenta nas circunstâncias culturais e crenças de cada indivíduo, isto é “Certos comportamentos podem ser vistos por algumas pessoas como aceitáveis perante as suas culturas e práticas, mas são considerados actos violentos com grandes implicações para a saúde do indivíduo”.[1]

5.3 Tipos de Violência

Em 1996 a Assembleia Mundial de Saúde apelou à OMS para desenvolver uma tipologia de violência, destacando os principais tipos de violência e as suas relações.[1] Já existem vários tipos de violência, mas nenhum é realmente fácil de compreender.[3]

A Violência pode ser de vários tipos, consoante quem a pratica e a quem é dirigida. Sendo assim, a violência pode ser autoinflingida, interpessoal ou colectiva.[1]

A violência autoinflingida pode dividir-se em comportamentos suicidas e abuso próprio.[1] Os comportamentos suicidas abrangem pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e mesmo suicídio.[1] Já o abuso próprio inclui a mutilação genital.[1]

A violência interpessoal divide-se em duas categorias: violência familiar/ entre parceiros íntimos e violência comunitária.[1] A VF/VPI inclui a violência que ocorre entre membros da família, mais frequentemente entre parceiros íntimos, mas não exclusivamente em casa.[1] Esta violência pode abranger casos de violência contra crianças, podendo esta ser da ordem de abuso físico, psicológico, sexual ou negligência.[1] A violência comunitária ocorre entre indivíduos que não são da mesma

família e podem conhecer-se ou não, ocorrendo geralmente fora de casa.[1] O primeiro abrange essencialmente parceiros íntimos, crianças e idosos e o segundo afecta nomeadamente jovens incluindo a violência juvenil, raptos, assaltos em ruas, violências em instituições, locais de trabalho, prisões, instituições sociais, entre outros.[1]

A violência colectiva pode ser subdividida em violência social, política ou económica, classificada desta forma segundo quem a pratica, grupos de indivíduos ou o próprio estado.[1] A violência social refere-se à praticada por crimes cometidos por grupos organizados, actos terroristas.[1] A violência política inclui nomeadamente guerras, conflitos políticos, conflitos de estado ou actos similares executados por grupos organizados.[1] Finalmente a violência económica inclui ataques de vários grupos motivados por ganhos económicos.[1]

Quanto à natureza dos actos violentos, estes podem ser de natureza física, psicológica, sexual ou envolver privação ou deficiência.[1]

Consoante o objectivo da recolha, são necessários diferentes tipos de dados. Estes dados podem ter como objectivos: descrever a magnitude e impacto da violência, perceber quais os factores de risco que são importantes na vitimização e perpetração na violência e no conhecimento do efeito dos programas de prevenção.[1] Os dados sobre a mortalidade são extremamente importantes, pois podem-nos fornecer informação relativa à extensão da violência numa comunidade particular ou num país e dizem essencialmente respeito a mortes devido a homicídios, suicídios ou relacionadas com guerras.[1] Estes dados são também importantes para se monitorizarem as mudanças ao longo do tempo, fazendo comparações entre países e detetando, desta forma, os grupos de alto risco.[1] Existem outros dados extremamente importantes, como, por exemplo, dados sobre patologias de base, lesões e outras condições de saúde, crenças, religiões, políticas, vitimizações, exposições a violência, características da comunidade, níveis de

renda, educação, desemprego, dados económicos relacionados com custos de tratamentos e serviços sociais, dados que descrevem o peso económico em sistemas de saúde e possíveis situações salvas por programas de prevenção.[1] Dados sobre política e legislação também podem ter um papel fundamental.[1]

Estas informações podem ser obtidas através dos indivíduos, de instituições ou de agências, programas locais, comunidades e governos, bases de dados populacionais e estudos específicos.[1]

No entanto, existem diversos problemas com a coleção de dados. Os dados relacionados com a mortalidade, embora sejam os mais facilmente recolhidos pois praticamente todos os países dispõem de um registo da contagem de nascimentos e mortes, muitas vezes estão indisponíveis ou não são facilmente contabilizados, como, por exemplo, em regiões com permanente fluxo de população, como é o caso de regiões em conflito ou contínuos movimentos de grupos populacionais.[1] A qualidade dos dados é, também, um obstáculo importante à progressão da investigação perante um caso de violência, identificação das suas causas e das estratégias de prevenção, pois pode estar incompleto ou ser de fraca qualidade para determinado propósito. Por exemplo, um médico pode ter informações sobre as lesões do doente, mas não ter acesso às circunstâncias em que essas lesões se deram, pois estas são confidenciais e podem até não ser fornecidas em pesquisas.[1] A associação de dados de diversas fontes é o principal obstáculo à recolha de dados, pois nem sempre há conformidade entre os dados obtidos. Por exemplo, numa polícia podem ter um dado de morte e nos registos médicos terem outro dado distinto.[1]

5.4 Impacto da Violência na Saúde Pública

A OMS fez uma estimativa global das mortes relacionadas com violência, e, no ano de 2000 morreram cerca de 4000 pessoas diariamente como consequência da violência.[1] Aproximadamente 2300 morrem às suas próprias mãos, mais de 1500 morrem na sequência de lesões traumáticas inflingidas por outra pessoa e mais de 400 como resultado de formas de violência coletiva. Assim, 49,1 % das mortes violentas estão associadas a suicídio, 31,3 % ao homicídio e 18,6 % relacionadas com guerras.[4]

No entanto, estas distribuições não são feitas de igual modo segundo o sexo e a idade dos indivíduos. O maior número de homicídios masculinos em todo o mundo corresponde a indivíduos com idades entre os 15 e os 29 anos (15,9 % por 100000 habitantes) seguindo-se homens da faixa etária entre os 30 e os 44 anos (18,7 % por 100 000) [5]. Os suicídios masculinos e femininos têm tendência a aumentar, com a idade atingindo o seu máximo valor em indivíduos com 60 anos ou mais.[5]

Como vimos anteriormente, a mortalidade também depende do nível de vida de certo país ou região. Assim, em 2000, registou-se uma taxa de mortes por violência em países em vias de desenvolvimento de cerca de 32,1 por 100 000 habitantes, o que corresponde a mais do dobro do valor registado em países desenvolvidos (14,4 por 100000).[5] Há também diferenças consideráveis dentro de regiões, em relação às causas de morte por violência: por exemplo, em África e na América, a taxa de homicídios consegue ser 3 vezes superior à taxa de suicídios registada nos mesmos países.[5] No entanto, na Europa e regiões do Sudoeste da Ásia, as taxas de suicídio são superiores a mais do dobro das taxas de homicídios.[5] Já na região oeste do Pacífico as taxas de suicídio são cerca de 6 vezes superiores às taxas de homicídio.[5] Há grandes diferenças dentro de um mesmo país entre populações rurais e urbanas e entre diferentes

grupos étnicos. Todos estes dados apresentados são muito provavelmente subestimados, dado que muita da violência que ocorre no mundo nem sempre é denunciada.

Os dados apresentados anteriormente correspondem à violência fatal. No entanto, o estudo referido pela OMS em 2002, que se baseia em estudos feitos em diferentes grupos populacionais, envolve muitos actos de violência não fatal.[1]

Estes dados podem ser subestimados ou sobrestimados, dependendo da região, país ou cultura, como é o caso dos países onde a cultura defende a aceitação da violência ou onde esta tem tendência a ser escondida.[1]

5.5 Custos e Consequências da Violência

O nível de sofrimento e dor de uma mulher que sofre de violência doméstica não é calculável, pois muito deste custo é invisível.[1] Uma mulher que sofre de violência por parte de um parceiro íntimo acaba por ter uma saúde afectada e perturbação no funcionamento da família em que se insere, para além de uma menor produtividade, desemprego, afecção do estigma social e custos acrescidos na saúde.[1] Para além de todas estas consequências a nível pessoal e social, a violência acarreta grandes custos económicos para o estado. Um estudo recente feito em 2006, estimou um gasto de cerca de 34 biliões de euros por ano em casos de violência contra as mulheres dos estados no Conselho da Europa.[6]

A depressão unipolar apresenta-se, no sexo feminino, na faixa dos 15-44 anos (estimativa para 2000), como a primeira causa (13,9 %) de anos vividos com incapacidade.[1] De acordo com o estudo de Koss e colaboradores em 1990 as mulheres vítimas de violências recorrem duas vezes mais aos serviços de saúde comparando com as mulheres não vítimas, e o consumo de cuidados de saúde custa 2,5 vezes mais.[1]

As mulheres vítimas de violência acabam por ter repercussões a nível da capacidade física e funcional, tornando-se esta reduzida, passando mais dias de cama do que as mulheres não-vítimas.[1]

Segundo o III Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2007-2010), a informação dos custos económicos na área da saúde como consequência da violência doméstica acaba por nos dar muitas informações em relação à vulnerabilidade a que estas mulheres ficam sujeitas.[7] De facto, “apresentam uma probabilidade de três a oito vezes superior de terem filhos doentes, de não conseguirem empregos e se empregadas, em não obterem promoção profissional, de recorrerem aos serviços dos hospitais, a consultas de psiquiatria por perturbações emocionais, bem como elevado risco de suicídio”. [7]

Segundo dados relativos a estados do Conselho da Europa, as mulheres vítimas de violência física, sexual ou emocional necessitam 4 a 5 vezes mais de cuidados psiquiátricos e tentaram o suicídio mais 5 vezes do que as restantes mulheres.[6] Esta violência acaba por afectar as crianças, que ao presenciarem estes actos de violência ficam prejudicadas negativamente a nível emocional e comportamental, prejudicando a sua saúde mental.[6]

Num estudo realizado em Portugal, em Lisboa, Barroso e Cerejo (2008) verificaram que as vítimas de violência doméstica apresentam, comparativamente às não vítimas, mais equimoses/hematomas (82%), feridas (100%), coma (94%), intoxicações (79%), lesões genitais (73%), obesidade (57%), entre outros sintomas/doenças.[8] Quanto à saúde psicológica destas vítimas os valores são bastante relevantes em relação aos seguintes sintomas/situações: recorrer a consultas de psicologia/psiquiatria (200%); sentir (sempre): desespero (556%), vazio (479%),

desânimo (368%), sentimento de culpa (355 %), tristeza e pesar (344%), e ansiedade (112%); ideação suicida (300 %); e tentativas de suicídio (600 %).[8]

Portanto, para além dos ferimentos físicos, a violência tem consequências psicossomáticas, perturbações do stress pós-traumático, fobias, depressão, ansiedade, propensão para o abuso da nicotina, do álcool e de fármacos, maior propensão para o suicídio e problemas na área sexual e reprodutiva.[8]

5.6 O Modelo Ecológico como Forma de Interpretação das Origens da Violência

A Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere o Modelo Ecológico na “leitura” e compreensão da violência nas suas diversas facetas.[1] Este modelo, como o modelo mais completo que outros já existentes, baseia-se na importância da comunicação e no relacionamento dos indivíduos dentro de uma família entre outras variáveis individuais, sociais, culturais e ambientais.[1] Assim, consegue-se mais facilmente agir de forma preventiva nestas situações de violência entre parceiros íntimos. Este foi um modelo que surgiu inicialmente em 1970,[9] aplicado a abuso de crianças[9] e posteriormente utilizado em situações de violência juvenil.[10] Mais recentemente, começou a ser utilizado em situações de violência entre parceiros íntimos[11,12] e abuso de idosos.[13,14] Este modelo considera, portanto, a violência como uma rede complexa de interacção entre vários factores e como um produto de todos estes níveis, pensando nos factores de risco associados a esta situação e nas múltiplas áreas de intervenção para fazer face à violência ou para preveni-la. Esta intervenção deverá ser feita a vários níveis com vista à prevenção primária, secundária e terciária.[1]

Este modelo inclui os seguintes parâmetros: individual, relacional, comunitário e social.[1] O nível individual do Modelo Ecológico centra-se nas características do

indivíduo (como a sua personalidade), que podem tornar o indivíduo vulnerável a assumir o papel de vítima ou de perpetrador do crime.[1] O segundo nível do Modelo Ecológico centra-se na proximidade relacional entre os indivíduos; isto é, quanto mais próxima é a relação entre os indivíduos, como por exemplo indivíduos que partilham a mesma casa como parceiros íntimos e crianças, mais oportunidades se criam de ocorrer estes crimes, levando a violência repetida.[1] O terceiro nível do Modelo Ecológico centra-se na comunidade da qual por sua vez as relações sociais fazem parte, como escolas, locais de trabalho, vizinhança.[1] As características da comunidade em que o indivíduo vive acabam por definir a sua personalidade para vítima ou perpetrador.[1] Um elevado nível de mobilização social e a heterogeneidade populacional são características que podem estar relacionadas com a violência.[1] Também comunidades associadas a tráfico de droga, elevado nível de desemprego, existência de grande número de instituições sociais ou isolamento social generalizado podem ser características que levam à violência.[1] O quarto e último nível do Modelo Ecológico centra-se nos factores sociais que podem influenciar as taxas de violência em determinado local, sendo eles: normas culturais que apoiam a violência como forma aceitável de resolver conflitos, normas que entendem a violência como um direito que os pais têm sobre a criança, normas que aceitam a violência como forma de domínio masculino sobre mulheres e crianças, normas que apoiam o uso de força excessiva por parte das autoridades contra a população e normas que apoiam a violência como forma de conflito político.[1]

De seguida apresenta-se o Modelo Ecológico (Fig.1), proposto pela OMS, para uma melhor compreensão da violência nas suas múltiplas facetas:

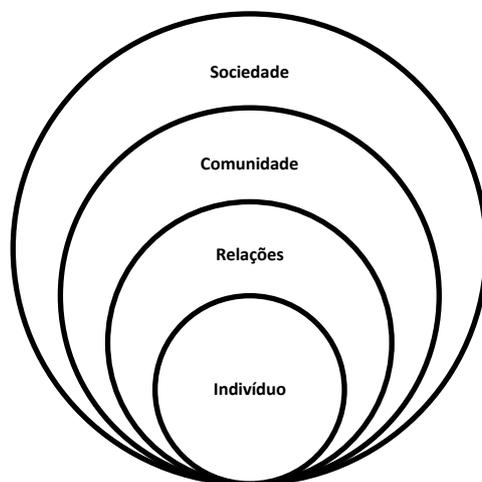


Figura 1. Modelo Ecológico

(Adaptado de Krug et al., 2002, p.12)

5.7 A Prevenção da Violência

As intervenções na saúde pública podem ser feitas segundo três tipos de prevenções: prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária [1]. A prevenção primária tem como objectivo uma prevenção dos actos de violência antes dos mesmos ocorrerem.[1] A prevenção secundária assenta numa tentativa de intervenção imediata nas situações de violência doméstica, como é o caso de hospitalizações imediatas e tratamentos de emergência aquando de doenças sexualmente transmissíveis após violações.[1] A prevenção terciária já se centra numa abordagem da violência doméstica a longo termo, como uma reabilitação e reintegração ou trauma, para diminuir o impacto da violência a longo prazo.[1] Estas intervenções preventivas podem no entanto direccionar-se a diferentes tipos de populações, tendo assim diferentes designações consoante o destino.[1]

Assim, podemos ter uma intervenção universal, uma intervenção selectiva e uma intervenção indicada.[15] A Intervenção universal destina-se a grupos ou à população em geral, sem considerar o risco individual, como por exemplo programas de prevenção de violência em jovens numa escola ou programas de intervenção destinada a grupos de jovens de uma determinada idade.[15] As intervenções seleccionadas têm como público-alvo os indivíduos que são considerados como tendo maiores factores de risco para a violência, como por exemplo indivíduos de famílias de baixo rendimento ou filhos monoparentais.[15] As intervenções indicadas já se direccionam a indivíduos com comportamentos violentos, como é o exemplo dos indivíduos agressores em situações de violência doméstica.[15]

Os países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento têm-se centrado nas prevenções secundária e terciária como resposta à violência.[1] Este facto é compreensível, dado que se dá prioridade ao tratamento das consequências imediatas da violência e à punição dos agressores, mas, no entanto, é importante investir cada vez mais na prevenção primária, pois uma prevenção adequada destes acontecimentos diminuiria o número de casos de violência doméstica em todo o mundo.[1]

5.8 Principais Obstáculos à Tomada de Decisão Nacional Perante a Violência

Existem 3 obstáculos principais à prevenção da Violência. O primeiro problema reside na ausência de conhecimento. Para muitos profissionais, a percepção da violência como um problema de saúde pública não existe, considerando-a apenas um problema criminal.[1] Para muitos membros da autoridade, o conceito de uma sociedade sem violência é inatingível, sendo mais realista o conceito de “violência aceitável”. [1] O segundo obstáculo corresponde à viabilidade de opções das autoridades para enfrentar o problema, considerando os métodos tradicionais os únicos métodos de trabalho.[1]

Assim, acabam por não intervir na violência doméstica entre parceiros íntimos, crianças ou idosos, dando apenas atenção à violência entre jovens em ruas, por exemplo. O terceiro obstáculo baseia-se na determinação.[1] A violência como problema de saúde pública necessita de algum “atrevimento” na tomada de decisões e na opção por determinados métodos desafiadores e práticas de longa data.[1]

5.9 O Crime de Violência Doméstica na Lei Portuguesa

Foi trazido para Portugal na sequência dos movimentos feministas dos anos 70 o termo “violência doméstica”, como forma de designar a violência no contexto familiar e relacionada com as relações de intimidade, ganhando assim a atenção dos *media*, da política e da justiça.[16]

Associado à passagem da violência doméstica de crime semipúblico para crime público (Lei 7/2000 de 27 de Maio), surge, em Portugal, o I Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2000-2003).[17] No ano de 2000, a Comissão de Peritos para Acompanhamento desse plano, começou por definir este problema com base na definição do Conselho da Europa (1999), citado pela Presidência do Conselho de Ministros: “Qualquer conduta ou omissão que inflija, reiteradamente, sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos ou económicos, de modo direto ou indirecto (por meio de ameaças, coacção ou qualquer outro meio), a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado doméstico ou que, não habitando, seja cônjuge ou companheiro ou ex-cônjuge ou ex-companheiro, bem como ascendentes ou descendentes”.[17] Inclui “todas as formas de violência: física, psicológica, verbal, sexual, que atravessam todas as classes sociais, grupos etários, etnias e nacionalidades e que têm sérias repercussões ao nível da intimidade e das relações”.[17] O crime contra a Violência Doméstica faz parte do Código Penal Português-Artigo 152º, com alterações introduzidas pela Lei n.º 59/2007,

publicada em Diário da República (1ª. Série) a 04 de Setembro de 2007- não exigindo este dispositivo legal, para a configuração do ilícito, uma actuação reiterada.[17] Existem outros crimes também no contexto familiar que são: homicídio qualificado, ofensas à integridade física qualificadas, ameaça, coacção, sequestro, violação, crimes sexuais contra menores e agravação em função da qualidade do agente.[17]

5.10 Violência Familiar/ Entre Parceiros Íntimos e Violência Doméstica

A violência familiar é transversal a todo o ciclo de vida do indivíduo.[16] Existem então vários tipos de violência familiar como a VPI (heterossexuais e homossexuais), a violência entre parceiros íntimos relacionando-se com os maus tratos a crianças, a violência no namoro, a violência à pessoa idosa, a violência no contexto da deficiência e a mutilação genital feminina.[16]

De seguida vou explorar os tipos de violência mais comuns, que são os maus tratos infantis, a VPI heterossexuais e a violência sobre os idosos.[16]

5.10.1 Violência entre Parceiros Íntimos Heterossexuais

Segundo a OMS, este é o tipo de violência mais frequente que acontece no contexto da intimidade, exercida pelo marido ou pelo companheiro do sexo masculino.[1] Ainda segundo a mesma fonte, “ocorre violência doméstica em todas as regiões do mundo, e as mulheres arcam com a maior parte da sua carga (...) a prevalência de violência doméstica durante a vida de uma mulher situa-se entre 16% e 50% (...) uma em cada cinco mulheres sofre violação ou tentativa de violação durante a sua vida”. [1]

Segundo Heise, Hellsberg & Gottemoeller (1999), o abusador é normalmente um membro da sua própria família ou alguém conhecido.[18]

Diversos estudos realizados em vários países mostram que, por um lado, 40 a 70 % das mulheres vítimas de assassinato foram mortas pelos seus maridos ou namorados, e, por outro lado, os homens estão mais expostos a sofrer violência às mãos de um desconhecido ou conhecido, fora do seu círculo íntimo de relações.[19]

Segundo dados da Amnistia Internacional, “em Espanha, em cada cinco dias, uma mulher foi morta pelo seu parceiro, em 2000. No Reino Unido, duas mulheres são mortas pelos seus parceiros, por semana”. [18]

É de realçar o forte impacto da violência na saúde sexual e reprodutiva da mulher, quer directamente devido a lesões causadas por relações sexuais forçadas, quer indirectamente por interferir com a capacidade da mulher usar métodos anticoncepcionais, levando a gravidezes indesejadas ou transmissão de DST's, incluindo o HIV.[1] A violência está fortemente associada à mortalidade materna na gravidez e mortalidade do feto, por aborto, por parto prematuro, por lesões associadas a sérios danos para a criança que vai nascer e também devido ao baixo peso ao nascer. Um estudo afirma que “a proporção de mulheres grávidas que foram abusadas fisicamente, durante pelo menos uma gravidez excedeu os 5% em 11 dos 15 locais, distribuídos pelos dez países onde decorreu a investigação, com a maior parte a situar-se entre 4% e 12%”. [1]

Vários estudos sublinham que as mulheres que sofreram violência física ou abuso sexual na infância (comparativamente às que não sofreram) apresentam em adultas uma saúde mais precária.[1]

5.10.2 Violência entre Parceiros Íntimos e Maus-tratos a Crianças

A violência contra as crianças começou por ter visibilidade quando a radiologista John Caffey, em 1946, identificou um padrão de fraturas típicas, colocando a hipótese de serem provocadas por maus-tratos parentais.[1] No entanto, só mais tarde em 1962 com a publicação do artigo “The Battered Child Syndrome” é que Kempe e colaboradores descreveram o “síndrome da criança batida” e alertaram o mundo para os maus-tratos às crianças.[20]

Estudos realizados em países como África do Sul, China, Colômbia, Egito, Estados Unidos, Filipinas, Índia e México têm revelado uma forte relação entre estas duas formas de violência.[1] As crianças que são expostas direta/ indiretamente à violência dos pais, acabam por ter problemas na adolescência ou em adulto, tais como problemas emocionais e comportamentais (ex. perturbações da conduta, terrores nocturnos, abuso de álcool, consumo de drogas, depressão e ansiedade, perturbações do sono, perturbações alimentares, sentimentos de vergonha e culpa, hiperactividade, performance escolar deficitária, baixa auto-estima, perturbação do stress pós-traumático, distúrbios psicossomáticos, tentativas de suicídio, suicídio, queixas físicas ligadas à saúde), de agressividade, escolares ou sociais.[1]

Segundo a OMS, “pesquisas realizadas em León, na Nicarágua, concluíram que (...) os filhos de mulheres que sofriam abuso físico e sexual praticado por um parceiro tinham seis vezes mais probabilidade de morrer antes de atingir os 5 anos de idade do que os filhos de mulheres que não tinham sofrido abuso. A violência praticada pelo parceiro era responsável por cerca de um terço das mortes entre crianças naquela região”. [1]

Crianças expostas frequentemente à violência entre os pais apresentam frequentemente perturbações de comportamento e da saúde mental tais como

agressividade, depressão, baixo nível de competências sociais, baixa auto-estima, performance académica pobre, dificuldades em resolver situações problemáticas e baixo nível de empatia.[21] Jovens que sofreram maus tratos físicos em criança acabam por ser menos afectivos nas relações com os seus parceiros e apresentam maior envolvimento em confusões no contexto escolar.[22]

5.10.3 Maus Tratos à Pessoa Idosa

A “Action on elder abuse” definiu, em 1995, abuso contra a pessoa idosa como sendo “qualquer ato, isolado ou repetido ou a ausência de acção apropriada que ocorre em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, e que cause dano, ou incómodo a uma pessoa idosa”. [23] Esta definição foi também adotada pela “International Network for the Prevention of Elder Abuse” (INPEA), pela OMS, e assumida na declaração de Toronto, assinada pelos países membros da ONU, em 2002.[24]

Segundo Minayo, os principais sinais de vulnerabilidade e risco relativamente ao agressor são: o agressor viver na mesma casa que a vítima; filhos dependentes dos seus pais de idade avançada; idosos dependerem da família dos seus filhos para a sua sobrevivência; abuso de álcool e drogas pelos filhos, por outros adultos da casa ou pelo próprio idoso; a fragilidade dos vínculos afectivos entre familiares; o isolamento social dos familiares ou da pessoa de idade avançada; o idoso ter sido uma pessoa agressiva nas relações com os seus familiares; haver história de violência na família; os cuidadores terem sido vítimas de violência doméstica, sofrerem de depressão ou terem alguma patologia psiquiátrica.[25]

O Comité Nacional de Abuso de Idosos nos Estados Unidos, segundo Ferreira-Alves (“National Center of Elder Abuse”), propõe sete tipos de violência doméstica

contra os idosos: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional ou psicológico, exploração matéria ou financeira, abandono, negligência e autonegligência.[26]

O processo do envelhecimento do idoso, incluindo a deterioração física e cognitiva e a deterioração e fragilização das relações familiares, acaba por potenciar o stress do cuidador, o isolamento social e o desequilíbrio de poder entre a vítima e o agressor. Estas atitudes levam o agressor a sobreragir sobre a vítima, levando a situações de abuso e negligência, contribuindo também para que o idoso abandone este relacionamento abusivo.[27]

Para Minayo (2005), “em ambos os sexos, os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam problemas de esquecimento, confusão mental, alterações no sono, incontinência, dificuldades de locomoção necessitando de cuidados intensivos nas suas actividades de vida diária”. [25]

Segundo a OMS, alguns estudos feitos em países desenvolvidos, demonstraram que um grande número de idosos, vítimas de maus tratos sofre, entre outras problemáticas de depressão, perturbações de ansiedade (incluindo o stress pós-traumático), sentimentos de desamparo, alienação, culpa, vergonha e medo.[1] Ainda referenciado pela OMS, um estudo realizado nos Estados Unidos por Lachs e colaboradores demonstrou que os maus-tratos causam stress interpessoal extremo, que pode representar um risco adicional de morte.[28]

Em Portugal, segundo um Estudo da Sociedade Portuguesa de Suicidologia, entre 1996 e 1999, registaram-se cerca de 540 suicídios por ano e metade foram cometidos por pessoas com mais de 60 anos.[29]

Segundo Simone de Beauvoir (1976), existe uma “conspiração do silêncio” contra a velhice, potenciadora da emergência das diferentes formas de violência contra o idoso.[30]

Segundo a OMS, os profissionais da saúde “estão bem posicionados para identificar os casos de violência e para encaminhar as vítimas para outros serviços, para acompanhamento ou protecção”. [1]

5.11 Método “SARAR- Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar e Referenciar”

5.11.1 Sinalizar

A sinalização precoce é extremamente importante na prevenção precoce da violência, melhorando assim os cuidados de saúde, prevenindo o aparecimento de lesões e, inclusivamente, salvando vidas.

Vários estudos Foram feitos no âmbito da sinalização/intervenção em situações de violência doméstica pelos serviços de saúde, chegando-se a diversas conclusões relevantes, de onde se destacam:

- As mulheres vítimas encontram-se mais susceptíveis a recorrer a Hospitais e Centros de Saúde em relação às mulheres não vítimas;[31]

- A maior parte das mulheres que recorrem a serviços de saúde referem que quase nunca lhes são colocadas questões sobre assuntos relacionados com a violência doméstica;[32]

- As mulheres vítimas de violência doméstica recorrem mais frequentemente aos Serviços de Saúde, utilizando como pedido de ajuda o sintoma, segundo estudos realizados por Elliot e Johnson. Ainda segundo o mesmo estudo, as mulheres não vítimas recorrem mais aos serviços de saúde sobretudo por necessidade de realização de exames de rotina (exame físico anual);[33]

- 41 % das mulheres assassinadas pelo companheiro ou ex-companheiro recorreram a um serviço de saúde por dano físico ou problema de saúde mental no ano anterior ao crime;[34]

- 20% dos homicidas frequentava consultas no médico de família ou recebia assistência em serviços de Psiquiatria no ano que antecedeu o crime;[34]

- É importante inquirir a vítimas nos serviços de saúde relativamente à violência doméstica, no mínimo uma vez por ano;[35]

- A violência doméstica deve ser sempre ponderada em todas as mulheres que recorrem ao Serviço de Urgência.[36]

5.11.1.1 Sinalização/Screening das Vítimas e Agressores

A nível populacional, pouco se sabe acerca das respostas das mulheres à violência ou sobre a ajuda que estas recebem por parte de familiares, amigos e serviços de saúde.[1]

Uma triagem universal é a melhor forma de rastrear as vítimas de violência doméstica, diagnosticando a existência de sinais, sintomas ou comportamentos que sugiram a existência de abuso.[1] As mulheres grávidas devem ser rastreadas numa consulta inicial e também no terceiro trimestre.[37] Ainda que a vítima não revele o abuso, ela vai sentir que pode contar com os profissionais de saúde que a estão a inquirir.[37]

Segundo um estudo referido pela OMS em 2008, o entrevistador era na maioria dos casos a primeira pessoa com quem a vítima de violência doméstica conversava sobre a situação.[38] Cerca de dois terços das mulheres abusadas fisicamente pelo seu parceiro em Bangladesh e cerca de metade em Samoa e numa província Tailandesa, não tinham conversado com ninguém sobre a violência antes da entrevista clínica.[38] Pelo contrário, no Brasil, cerca de 80% das mulheres vítimas de violência tinham conversado com a família ou amigos sobre a situação de violência de que foram alvo.[38] Comparando mulheres vítimas de violência grave com mulheres vítimas de violência moderada, as primeiras foram propensas a falar com alguém, mais do que o segundo grupo.[38]

Segundo a OMS, no ano de 2002, a maioria das mulheres que sofre de violência física sofre também de violência psicológica, e cerca de um terço até mais de metade sofre de violência sexual.[1]

Os profissionais de saúde encontram-se numa posição privilegiada para detectar vítimas de violência doméstica e referenciá-las para apoios psicossociais, judiciais e outros. Segundo a OMS, esta intervenção permite reduzir o impacto e mesmo o número de casos de violência doméstica.[38]

É importante a existência de divulgação por parte dos serviços de saúde de que eles próprios podem ser uma fonte de apoio, através de panfletos e desdobráveis nas salas de espera, gabinetes de triagem, casas de banho e corredores.[37]

Como devem ser feitas as questões sobre violência na família/entre parceiros íntimos?

Estas questões devem ser feitas sempre, independentemente da presença ou ausência de indicadores de violência, de forma direta e sem julgamentos, e quando a utente se encontra a sós.[37]

Quando se devem colocar estas questões?

As questões sobre violência doméstica devem ser colocadas sempre que o médico acha pertinente: durante qualquer consulta com a utente; durante uma visita da utente em que surge uma nova queixa; quando a utente inicia uma nova relação íntima ou, ainda, quando há sinais ou sintomas suspeitos.[37] As mulheres grávidas devem ser também inquiridas e de forma relevante, pois a gravidez é um período da vida da mulher em que esta se encontra vulnerável. Assim, a intervenção nestas situações acaba por ter

uma dupla importância, dado que o impacto da violência poderia fazer-se sentir em duas gerações (mãe e feto).[37]

Cuidados a ter quando se fazem questões a potencial vítima de violência doméstica

- Não perguntar à vítima se podemos falar com ela em privado, dado que essa é uma prática habitual de um profissional de saúde. Isso levantaria suspeitas e poderia ter graves consequências por parte do agressor;[37]

- Dar a informação necessária à vítima sobre a confidencialidade das perguntas efectuadas e das respostas obtidas, revelando o que vai ser ou não declarado às autoridades;[37]

- Informar todas as potenciais vítimas sobre a existência de programas que coloquem a vítima numa posição segura, mostrando-lhe que existem alternativas imediatas, pois, ainda que a resposta seja negativa por parte das potenciais vítimas, não significa que não haja já violência, mas que, por exemplo, elas não se sentem preparadas para o revelar;[37]

- Para o caso da resposta da vítima ser negativa, não registar no seu processo “utente nega existir violência”, mas sim “foram colocadas questões de rotina sobre o screening de VD”[37] ou “aquando da avaliação, a utente afirmou que a violência não é um problema para ela”. [37] Esta última frase é mais cautelosa caso a informação do processo seja utilizada mais tarde num processo judicial;[37]

- Não esquecer que a vítima pode ser homo ou heterossexual;[37]

- Informar sobre a legislação referente à violência doméstica;[37]

- Ter em atenção as acções e os comportamentos culturalmente aceites na matriz de origem da utente;[37]

- Estar atento à linguagem da utente e procurar ajustar a nossa à da vítima.[37]

Algumas sugestões de perguntas para introduzir o tema são: “A violência doméstica é comum na vida das pessoas, assim comecei a perguntar às minhas utentes sobre esta problemática a fim de melhor poder ajudá-las” ou “Não sei se é, ou já foi, um problema para si, mas muitas das doentes que observo sofrem, ou já sofreram violência na sua relação.[37] Algumas estão demasiado assustadas ou causa-lhes algum desconforto falar disso, por isso agora na minha consulta, coloco a todas questões sobre violência doméstica”.[37]

Em que situações descartar a interrogação sobre violência doméstica?

Quando o profissional de saúde não conseguir estar a sós com a vítima ou quando esta interrogação colocar a utente em risco.[37]

Potencialização da revelação por parte da vítima

O facto de a vítima perceber que o profissional de saúde se encontra preocupado e a ouvir aumenta a probabilidade da revelação, bem como o facto de esta compreender a razão pela qual o profissional de saúde faz as questões relativas ao tema. Finalmente, se a vítima se sentir segura que, ao revelar, o agressor não terá conhecimento, também irá, claramente, potenciar a revelação.[37]

Principais Obstáculos à Revelação da Violência Doméstica por parte da vítima:[37]

- Interpessoais
- Associados à informação e aos recursos
- Associados ao profissional e /ou instituição

Os obstáculos interpessoais consistem sobretudo nos grandes medos da vítima de ser julgada, que o agressor descubra que esta o denunciou, na falta de confiança no sistema, medo de julgamento por parte do profissional de saúde ou não saber como abordar o problema por nunca ter falado sobre ele. Por sua vez, os obstáculos associados à informação e aos recursos consistem no não reconhecimento da violência que está a sofrer ou na sua minimização, a falta de conhecimento de recursos disponíveis para ajudar ou a não procura desses recursos por temer o agressor, e, ainda, a dependência económica e a preocupação com o bem-estar dos seus filhos.[37]

Os obstáculos associados ao profissional ou à instituição baseiam-se no facto do profissional não ter questionado a potencial vítima, o medo por parte da vítima que o agressor tome conhecimento da sua revelação por este receber também cuidados do mesmo profissional de saúde ou o medo de ter de fazer queixa às autoridades caso o profissional de saúde tome conhecimento do sucedido por parte da vítima.[37]

De acordo com um estudo feito em 2005, existe um conjunto de sintomas que uma vítima de violência apresenta maior probabilidade de desenvolvimento em relação a uma não vítima (24 a 46%), sendo eles: Asma (46% maior); Queimaduras (46% maior); Palpitações (44% maior); Tremores (43% maior); Colite (42% maior); Cefaleias (40 % maior); Vômitos frequentes (40 % maior); Sensação de aperto na garganta (40 % maior); Dermatite (37 % maior); Úlcera gastro-duodenal (37 % maior); Dificuldades respiratórias (37 % maior); Sudação (36 % maior); Peso/dor na zona abdominal (36%

maior); Dor/ “pressão no peito” (30% maior); Náuseas (29% maior); Hipertensão arterial (26 % maior); Vertigens (26 % maior); Secura de boca (26 % maior); Insónias (24 % maior).[31]

Existem outros potenciais indicadores de violência para os quais devemos estar alertados, como o facto de o companheiro ser excessivamente controlador, atento ou renitente em deixar a mulher a sós com o profissional de saúde, lesões físicas que não coincidam com a explicação ou lesões físicas durante a gravidez, antecedentes de tentativas de suicídio, demora entre o acontecimento que provocou a lesão e a vinda ao serviço de urgência, sendo fundamental colocar questões sobre esta problemática de forma a sinalizar precocemente estas situações.[31]

Screening para os potenciais agressores

Fazer o *screening* dos potenciais agressores da VD também se torna extremamente importante nestas situações.

Segundo a OMS, em 2002, uma grande variedade de estudos reproduziu uma lista consistente de eventos que levam à violência de géneros como: não obedecer ao homem; retorquir; não preparar a comida a horas; não cuidar de forma adequada das crianças ou da casa; questionar o parceiro sobre dinheiro ou namoradas; ir a algum lugar sem a permissão do parceiro; recusar-lhe sexo; suspeitar da infidelidade da mulher. Isto são tudo “possíveis” razões que levam o homem a achar justificável poder agredir a mulher, levando desta forma a que desvalorize a violência ou culpabilize a vítima pelo que se passou.[1]

Segundo Rhodes e Iwashyana, em 2009, “a aliança terapêutica entre pacientes e médicos pode ser eficaz na promoção de uma mudança de comportamento mais precoce”. [40]

Ainda segundo os mesmos autores, com vista à prevenção da violência, o *screening* pode ser feito utilizando as seguintes perguntas: [40]

“Quando se sente irritado, bate/empurra a sua companheira?”

“Preocupa-o que alguma vez a possa magoar fisicamente?”

“Alguma vez magoou fisicamente a sua companheira?”

“Alguma vez forçou a sua companheira a ter relações sexuais quando ela não queria?”

5.11.2 Apoiar

Após a confirmação da vítima de que é alvo de VD no *screening*, a intervenção é baseada em 6 passos fundamentais: [37]

1- Apoiar a vítima, utilizando frases de apoio e dando conselhos

Algumas afirmações suportativas e qualificadoras [37]

- “Não está sozinha”;
- “Merece sentir-se segura”;
- “Lamento imenso que isto esteja a acontecer consigo”;
- “É muito importante que me tenha contado”;
- “Estou disponível para ajudar”;
- “Estou preocupada com a sua segurança”;
- “A violência não é culpa sua”

Afirmações/Questões a evitar[37]

- É vítima de violência doméstica?
- Por que foi envolver-se com ele se já sabia que ele era violento?
- Porque não o deixou a primeira vez que ele lhe bateu?
- Porque não chama a polícia?
- Porque não me contou antes?

2- Responder de Imediato às consequências médicas do abuso[37]

Para isso, devemos:

- Avaliar os efeitos físicos e psicológicos da violência na vítima;
- Examinar todas as lesões correntes e passadas;
- Tratar as lesões e outras queixas médicas indicadas.

3- Avaliar o risco imediato ou presente[37]

Para tal é importante:

- Perguntar se o paciente está com medo do agressor;
- Saber se o agressor se encontra no hospital/ clínica e se tem informação de que a vítima está a procurar ajuda médica;
- Obter informações sobre o agressor: nome do agressor, os incidentes anteriores de abuso, uso de drogas, tipos de armas utilizadas e a posse de armas em casa;
- Perguntar sobre as ameaças do agressor;

- Perguntar à vítima se se sente segura o suficiente no momento de forma a poder ir para casa;
- Perguntar à vítima se, de certa forma, se encontra preocupada com os seus filhos.

(Se existir risco de ameaça imediato/ presente, é importante seguir os procedimentos de segurança).[37]

4- Na Construção de um Plano de Segurança[37]

É importante ter um plano de segurança de forma a salvaguardar a segurança da vítima e a integridade física do seu filho. Assim, é necessário seguir um conjunto de regras que inclui a:[37]

- Segurança durante um incidente violento;
- Segurança enquanto prepara a saída;
- Lista do que quer levar quando sair;
- Listagem de contactos telefónicos importantes;
- Segurança em sua casa;
- Segurança no trabalho e em público;
- Segurança com despacho do tribunal;
- Segurança e saúde emocional.

5- Utilizar o hospital e outros recursos comunitários[37]

Contactar um profissional de segurança social, de forma a poder ajudar na situação de VD e consultar instituições de saúde com programas de intervenção neste tipo de situações.[37]

6- Consultar os Registos Médicos

Atitudes a adoptar relativamente à potencial vítima perante a não confirmação de violência no presente [37]

O que fazer se existe suspeita de que a utente é vítima de violência, mas esta continua a negar a sua existência? E caso revele ter sido vítima de violência no passado, mas não o seja no presente?

No primeiro caso, é importante ter em atenção:[37]

- Informar a vítima de que existe ajuda disponível;
- Oferecer brochuras ou qualquer outra informação sobre a intervenção na problemática da violência familiar/entre parceiros íntimos;
- Dizer-lhe que, mesmo que não precise dessa informação, poderá ajudar um familiar ou um amigo;
- Nas situações em que existe suspeita de violência, ter cuidado com o que se escreve nos documentos que a eventual vítima leva para casa, sobretudo se esta for referente à problemática da violência associada ao contexto familiar.

No caso de a pessoa ter sido vítima de violência no passado, mas não o seja no presente, importa avaliar se este assunto ainda incomoda a vítima física ou psicologicamente.[40] É importante também informar a vítima de que a violência poderá estar relacionada com os seus problemas de saúde atuais.[40] Finalmente, é ainda importante o médico sugerir o agendamento de uma consulta posterior para, em conjunto, reflectirem sobre como ultrapassar este problema.[40]

5.11.3 Registrar

O Registo da situação de violência que motivou a vinda ao serviço de saúde

Quando se confirma a existência de violência, é fundamental documentá-la, o que implica registrar detalhadamente todos os dados da situação ocorrida.

Este registo deve incluir:[37]

- a identificação da vítima e do agressor;
- a data e hora do episódio de violência que motivou a vinda ao serviço de saúde, avaliando a frequência e severidade da violência, registando a existência ou não de episódios anteriores de violência;
- a informação dada pela vítima;
- detalhes específicos como o tipo e a natureza das ameaças, as lesões sofridas, a arma usada;
- a avaliação clínica realizada;
- os cuidados prestados;
- o plano de segurança definido;
- a referência e o encaminhamento da situação.

Sempre que a vítima conta uma situação de violência contraditória com o que é observado no exame físico pelo profissional de saúde, esta discrepância deve ser anotada.[37;40]

Outras sugestões para proceder à documentação do episódio de violência:[37]

- Tendo em conta que a vítima ao longo do “ciclo da violência” não auto-avalia a situação da mesma forma, é importante que fique registado que, nas situações em que a

vítima nega a existência de violência, “o *screening* para a VPI é negativo no momento presente” e não “a utente nega a situação de violência”;

- Registrar as afirmações espontâneas da utente, utilizando “aspas” antecedendo o registo com “a utente referiu” ou “a utente relatou”;

- Registrar o que viu e ouviu “a utente estava a tremer e a chorar enquanto descrevia o episódio em que o marido ameaçou matá-la”. Evitar frases com interpretação ambígua como “a utente estava histérica”.

- Descrever o que foi visto no exame objectivo, incluindo as localizações das lesões, o seu tamanho e forma, tal como a coloração. Evitar o registo “subjectivo”, porque isso poderá levar a contradições e dúvidas.

Registo das lesões traumáticas da situação de violência que motivou a vinda ao serviço de saúde

As lesões obedecem geralmente a determinado padrão: lesões centrais (cabeça e pescoço, tronco, região genital e mamas), bilaterais, múltiplas, em diferentes estádios de evolução (o exemplo das equimoses com diferentes colorações) e lesões figuradas (lesões que indicam o mecanismo da sua produção, por exemplo as que são produzidas por cinto, corda, mão, dentes).[1]

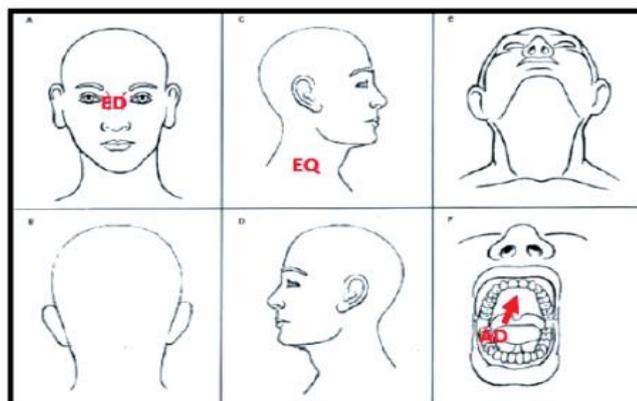
As lesões mais frequentes são as de natureza contundente (ex. equimoses, escoriações, feridas contusas, fraturas), sendo as mãos o instrumento mais utilizado.[1] Existem no entanto outro tipo de lesões, como as lesões cortantes (as produzidas por armas brancas) ou perfuro-cortantes (por disparo de armas de fogo), entre outras. [1]

Registo Fotográfico das lesões, quando a vítima as apresenta

A documentação fotográfica destina-se a complementar a informação escrita já recolhida, fornecendo evidências adicionais de abusos que podem ser utilizadas em processos judiciais.[37] As fotos devem ser tiradas, apenas se a vítima consentir, assinando o respectivo documento.[537] É importante seguir os seguintes passos:

- Assinalar as lesões em diagramas para esse efeito (4 A, 4 B e 4C) [37];
- Descrever as lesões e fotodocumentá-las (pedir o consentimento à vítima para o efeito);[37]
- Quando possível tirar fotografias antes de serem prestados cuidados médicos; [37]
- Fotografar de diferentes ângulos (de corpo inteiro e planos aproximados);[37]
- Usar objectos como moedas ou réguas, junto das lesões para dar uma ideia de escala;[37]
- Tirar pelo menos duas fotografias das áreas de lesões major;[37]
- Identificar as fotografias (nome da vítima, data e nome de quem as tirou).[37]

Para tal é necessário efectuar um registo das lesões apresentadas pela vítima, assinalando-as no respectivo diagramas de registo de lesões (Fig.2A e B), consoante a área afetada.



Legenda: Lesões □ Sim □ Não

Figura 2A. Diagrama de registo de lesões

(Redondo J, Pimentel I, Correia A, editors. Manual SARAR- Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar: Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos. Coimbra; 2012)

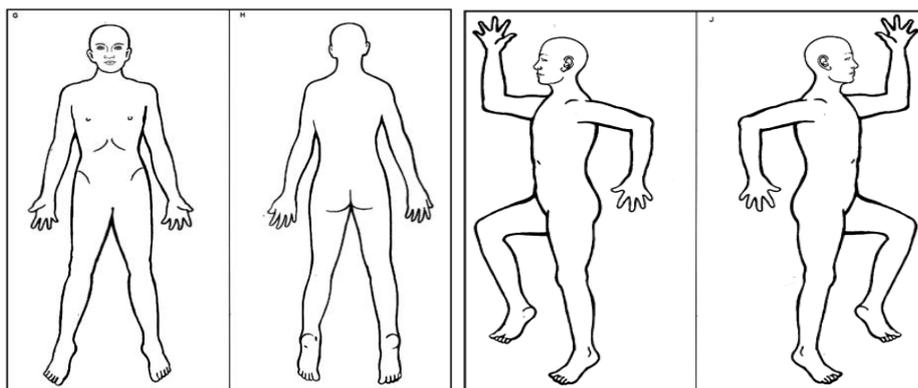


Figura 2B. Diagramas de registo de lesões

(Adaptado de Redondo J, Pimentel I, Correia A, editors. Manual SARAR- Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar: Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos. Coimbra; 2012)

Em caso de agressão sexual ou por armas, deve-se pedir a colaboração do Médico Legista ou encaminhar a vítima para os serviços médico-legais.[37]

Consoante as áreas afectadas e o tipo de lesão (Tabela 1), deve ser preenchido o quadro referente à caracterização da lesão (Tabela 2):

Tabela 1. Tipo de Lesão

Tipo de Lesão					
AD	Avulsão dentária	FC	Ferida contusa	L/FD	Luxação/fratura dentária
ED	Edema	FI	Ferida incisiva	M	Mordedura
EQ	Equimose	FR	fratura	OU	outras
ES	escoriação	HM	hematoma	Q	queimadura

Tabela 2. Caracterização da Lesão

Localização	Tipo de lesão	Descrição	Localização	Tipo de Lesão	Descrição

Principais cuidados a ter na Preservação da prova

- Se a agressão sexual ocorreu até às 72 horas[16]

Antes da chegada do médico legista, ter em atenção que a vítima:[16]

- deve evitar urinar ou defecar;

- não deve lavar as mãos, órgãos genitais ou outra parte do corpo;
- não deve lavar os dentes ou escovar o cabelo;
- não deve mudar de roupa nem lavá-la (se mudou de roupa conservar a que utilizou na data da agressão).

- Se a agressão sexual ocorreu há mais de 72 horas

Enviar a vítima aos Serviços Médico-Legais no horário normal de funcionamento (09:00 H às 12:30 H e das 14:00H às 17H30H).[16]

Agressão por armas

Caso haja necessidade de intervenção médica ou cirúrgica urgente, colher eventuais projéteis ou corpos estranhos, assegurando o acondicionamento e envio às autoridades competentes. É importante a descrição do número de lesões, localização, dimensões (comprimento, largura, profundidade), forma, cor, bordos e periferia.[16] É também importante fotografar as lesões (perto/longe) antes de suturar.[16]

- Se foi utilizada arma de fogo

Nestes casos, é importante que a vítima não lave as mãos, protegendo-as com sacos de papel; não desinfetar ou suturar os ferimentos antes da observação por parte de peritos; não cortar a roupa nos locais onde apresenta orifícios de entrada ou saída de projéteis; guardar a roupa em sacos de papel.[16]

- Se foi utilizada arma branca

Não desinfetar, ampliar ou suturar os ferimentos antes da observação pericial; não cortar a roupa nos locais onde apresenta orifícios de entrada ou saída de armas brancas; guardar a roupa em sacos de papel.[16]

Nos casos em que não existem sinais de violência, não significa que esta não tenha existido, pelo que é importante a indicação da vítima para um exame médico-legal.[16]

Machado, Gonçalves e Matos, em 2000, na Universidade do Minho, apresentaram o “Inventário de Violência Conjugal”, que se trata de uma lista de atos potencialmente violentos, que têm necessariamente de ser contextualizados e interpretados, dividindo-se em atos psicológicos, físicos e sexuais.[41]

5.11.4 Avaliação

Embora haja uma lista infindável de factores importantes causadores da violência, ainda há poucas informações sobre quais os factores mais importantes causadores da violência.[1]

Ainda assim, há um consenso em relação à interacção de factores individuais, relacionais, sociais e culturais, que se combinam para causa esta violência.[1]

Nível Individual:

Este nível coloca o enfoque nas características próprias da vítima ou do agressor, que podem associar-se a situações de VF/VPI. Podemos a este nível destacar:[1]

- Histórico de Violência na Família:

Segundo a OMS (2002), estudos realizados em vários continentes concluíram que a violência foi mais frequente em mulheres cujos maridos sofreram violência quando eram crianças, ou viram as suas mães sofrer.[1] Segundo Caeser (1998), no entanto, nem todos os homens que testemunham violência enquanto crianças se tornam violentos.[42]

- Consumo de álcool:

Segundo Flanzer (1993), a ingestão de álcool pode aumentar o risco de violência doméstica.[43] Muitos investigadores afirmam que o álcool reduz as inibições e diminui a capacidade do indivíduo para avaliar a situação, aumentando o risco de violência.[43] O álcool pode também aumentar a violência por parte do parceiro por fornecer fonte de problemas e discussão.[43] Outros argumentam que a ligação entre a violência e o

álcool acontece em locais onde a ingestão de álcool desculpabiliza determinadas situações.[44,45] Na África do Sul, por exemplo, entende-se o uso do álcool como acto premeditado de forma a tomarem coragem para agredirem as suas parceiras.[46] Para Rodgers (1994), as mulheres que vivem com indivíduos que bebem imoderadamente correm um risco cinco vezes maior de serem agredidas fisicamente, comparando com as mulheres que vivem com homens que não bebem.[47] Já segundo Johnson (1996), os homens que beberam são mais violentos no momento da agressão.[50]

- Psicopatologia/ Personalidade:

Segundo Kantor e Jasinski (1998), em estudos realizados no Canadá e nos Estados Unidos, é mais provável que os homens que agredem as esposas sejam emocionalmente dependentes, inseguros e com baixa auto-estima, sendo difícil controlar os seus impulsos.[51] Também é mais provável que, comparativamente com parceiros não violentos nas suas relações de intimidade, mostrem maior raiva e hostilidade, sejam depressivos e obtenham alta pontuação em determinadas escalas de distúrbios de personalidade, inclusive distúrbios da personalidade antissocial, agressiva e *borderline*. [51]

Segundo Dutton e Golant (1997), Echeburúa e Corral (2002) e Klein e Tobin (2008), cerca de 20% dos agressores sofrem de uma perturbação psiquiátrica.[52,53,54]

- Nível Relacional:

A nível relacional, o marcador importante para a VPI assenta na geração de conflitos e é normalmente precedida por um conflito, seguindo-se a agressão física do companheiro ou companheira.[1] Num estudo realizado na Tailândia, os conflitos

verbais entre parceiros íntimos permanecem significativamente relacionados com a agressão física da mulher.[55]

-Nível Comunitário:

O terceiro nível do modelo ecológico tenta compreender os conceitos em que a violência acontece e tenta procurar as características desses cenários.[1]

Factores comunitários que contribuem para a violência são: alto nível de mobilidade (pessoas não ficam muito tempo na mesma morada), heterogeneidade (população muito diversa, com pouco “vínculo” social que une as comunidades) e uma alta densidade populacional.[56] Existem outros factores, como tráfico de drogas, altos níveis de desemprego ou o isolamento social.[56] Segundo a OMS (2002), apesar de a violência estar presente em todos os grupos socioeconómicos, as mulheres que vivem em situações de pobreza são muito mais afectadas.[1] Para alguns homens a pobreza causa stress, frustração, sensação de inadequação, como é culturalmente esperado.[1] Já para a mulher a pobreza é um obstáculo ao abandono da relação, potenciando a violência doméstica [56]. Uma situação socioeconómica elevada oferece, em parte, protecção contra o risco de violência entre parceiros íntimos.[56]

- Nível Sociocultural:

Conforme é referido pela OMS (2002),[1] os principais factores sociais incluem: normas culturais que apoiam a violência como forma aceitável de solucionar conflitos; atitudes que consideram o suicídio como escolha individual, em vez de um acto de violência que pode ser evitado; normas que dão prioridade aos direitos dos pais sobre o bem-estar das crianças; normas que reafirmam o domínio masculino sobre mulheres e

crianças; normas que validam o uso abusivo de força pela polícia contra os cidadãos; normas que apoiam os conflitos políticos.[1]

História Clínica- Indicadores de Violência Familiar/entre parceiros íntimos

Uma elaboração correta e cuidada da história clínica é um dos passos mais importantes para uma boa investigação de sinais e sintomas de VF/VPI.

Classificação em Saúde consoante as Características do Indivíduo

Existem diversos instrumentos a serem utilizados, de forma a classificar as características indicadoras de potencial de VF/VPI.

Atendendo aos diversos problemas associados à violência, é fundamental o uso sistemático da Classificação Internacional das Doenças, para o registo das patologias (ICD-9-CM).[58] Embora a 10^a revisão já exista desde 1993, esta não tem utilização generalizada. Ao nível dos cuidados primários de Saúde, é adotada a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC-2).[58] Esta classificação foi desenvolvida pelo comité de classificações da Organização Mundial de Médico de Família (WONCA), permitindo classificar motivos de consulta, diagnósticos e procedimentos.[58] Existe também o DSM-IV-TR, sistema multiaxial do Manual de Diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais.[58] Uma pesquisa internacional feita em 2005 sobre a utilização destes sistemas classificativos, revelou que a CID-10 foi o sistema mais frequentemente utilizado pelo mundo para trabalho clínico enquanto a DSM IV-TR foi a mais utilizada na investigação.[59]

O Genograma Familiar

Desenvolvido por Bowen (1991), terapeuta familiar e mentor da escola transgeracional, é um instrumento de avaliação e intervenção familiar.[60] Esta escola defende que geração após geração a família tende a transmitir padrões de funcionamento, de relacionamento e estrutura que se apresentam de modo contínuo ou alterando de uma geração a outra.[60] Assim, a análise da história familiar ao nível transgeracional, fornece-nos muita informação para compreendermos as dificuldades que os indivíduos da família enfrentam.

Assim, o Genograma é entendido como uma representação gráfica de uma constelação (gestalt) familiar, multigeracional (três gerações), que, por meio de símbolos, permite recolher, registar, relacionar e expor categorias de informação do sistema familiar, num momento determinado da sua evolução, e utilizá-la para a resolução de problemas.[60]

Os vários objectivos da construção do Genograma (por vezes interrelacionados e concomitantes) podem ser os seguintes: recolher informação que nos facilite o diagnóstico familiar, descrever e gerir informação acerca de um indivíduo/uma família e intervir terapêuticamente, através do *insight* possível acerca dos padrões familiares inter ou transgeracionais.[61] As principais vantagens da construção de um genograma são as seguintes: representação visual da estrutura e dinâmica familiar, bem como eventos importantes da sua história, como a separação, o nascimento e a morte; permitir situar o problema num contexto amplo das relações familiares e possibilitar a análise de barreiras e padrões de comunicação, permitindo olhar para o problema como uma questão evolutiva, quer sejam eles aspectos emocionais ou comportamentais; ajudar a pontuar a interdependência entre os membros da família, sugerindo que, eventos ocorridos com um deles, afectam directa ou indirectamente outros membros; permitir discutir a adopção de intervenções na família, de forma a resolver-se o problema; mais do que um instrumento para recolher dados, é considerado um instrumento integrante do processo terapêutico; o facto de a recolha ser feita em contexto de “conversa”, mais do que sob a forma de “entrevista”, reflecte o significado que ela tem para cada um dos elementos da família; permitir, assim, contribuir para a promoção da saúde familiar, através de um diálogo menos ameaçador do que a própria entrevista face a face.[62]

A Construção do Genograma

A construção do Genograma pode ser feita de forma individual (com o paciente identificado) ou com toda a família (incluindo o paciente identificado), mas deverá ser sempre uma conversa entre o médico e o utente, com a criação progressiva de confiança e uma conversa em torno da família.[62] O entrevistador deve imprimir a ideia de uma conversa informal, descontraída e sem o carácter de pergunta-resposta, sobretudo quando estiverem envolvidas crianças.[62] Segundo Altshuler, neste caso, podem ser utilizados marcadores e códigos coloridos para registar as informações como os membros da família e as relações entre eles.[62]

Segundo o Manual SARAR, do projecto de intervenção em rede (2009-2012), uma proposta de introdução do Genograma na sessão pode ser:[16]

“Gostaria que me ajudassem a elaborar o desenho das vossas famílias de origem: dos pais, irmãos, tios e avós... Gostaria que me contassem quem são as pessoas que fazem parte da vossa família, quais as idades, ocupações... Gostaria de assinalar as pessoas que já morreram, que estão doentes ou que apresentam alguma situação especial... Podem começar por onde quiserem... Cada um fala da sua própria família... Quem quer começar?”.[16]

De seguida, faz-se o desenho da estrutura familiar, informações pertinentes e delineamento das relações entre os diferentes elementos.[16] Durante este processo, aproveita-se para a formulação de pequenos comentários, colocação de perguntas circulares e a circulação da informação é transversal a todo o processo.[16] No final da elaboração do Genograma, o entrevistador deverá questionar “Gostariam de acrescentar alguma coisa? Alguma informação que possam considerar relevante e de que ainda não tenhamos falado?”.[16]

A informação a ser recolhida num Genograma, como tentativa de analisar uma potencial violência familiar, é a seguinte:[63]

- **Informação Demográfica:** delineação dos agregados familiares, suas idades, profissões/ocupações, grau de escolaridade, locais onde as pessoas habitam, quem está vivo ou já faleceu; datas relevantes, relações de parentesco.[63]

- **Informação sobre a dinâmica familiar:** inclui dados sobre o funcionamento médico, emocional e comportamental dos diferentes membros da família. Hospitalizações, doenças relevantes, doenças mentais, medicação, uso de álcool/drogas ou grandes sucessos profissionais e pessoais (esta informação individual deve colocar-se junto ao símbolo representativo da mesma).[63]

- **Acontecimentos/momentos familiares críticos:** incluir mudanças importantes na família como alterações das relações, migrações, fracassos e êxitos.[63] É importante investigar também acidentes, nascimento de filhos com doença; adoção; aborto; afastamento temporário do filho; entrada e saída de pessoas na família (divórcios, emigração, etc.); mudança de cidade, mudança de casa; perda ou mudança de emprego; reforma; prisão; problemas com a justiça.[63] Estas informações devem ser registadas na margem do genograma ou numa folha separada.[16]

É realmente importante a pesquisa de inter e transgeracionalidade da violência interpessoal familiar: violência noutros agregados, violência conjugal na família de origem, conflitos graves na família, separação do casal, corte relacional com certas pessoas na família, etc.[63] É importante registar a data em que foi feito o inquérito que é elaborado com a família, pois pode ser modificado com o passar do tempo.[63]

Para o delinearmento das relações familiares, podemos utilizar os seguintes exemplos de perguntas, dadas como exemplo no Manual SARAR : “Como é o relacionamento entre as vossas famílias?” ou “Existe alguma ligação especial entre

eles?” ou ainda “Existe algum problema/conflito entre alguns familiares?” Poderão ser registadas relações fortes, conflituais, fusionais ou distantes. Nestes casos, poderão registar-se mais do que uma relação entre duas pessoas, ou porque a relação entre elas é marcada pela alternância de estados ou porque existem diferenças marcantes entre o passado e o presente (neste caso o delineamento da relação passada deve ser desenhado entre parêntesis). É muito importante delinear as relações mais significativas, sobretudo entre parceiros íntimos e os restantes elementos da sua família nuclear.[16]

Como sabemos, são utilizadas diferentes tipos de linhas para simbolizar os diferentes tipos de relações entre os membros da família.

O **Genograma** pode ser interpretado segundo dois níveis:[63]

1. A partir do eixo **horizontal**: deve colocar-se a atenção na família nuclear do parceiro íntimo. As diferentes fases do ciclo vital encerram tarefas e necessidades que devem ser cumpridas.[63] Cada mudança de fase pode levar a um momento de crise (crise normativa), sendo uma ameaça, exigindo reorganização do sistema, para este continuar a evoluir.[63] Existem outras crises, as chamadas crises acidentais que podem afectar, também, o funcionamento do sistema.[63] As tensões sentidas pelas famílias em determinadas fases podem ser reflexo de desequilíbrios que necessitam de intervenção, de forma a ultrapassar esses momentos de crise.[63]
2. A Partir do Eixo **vertical**: A análise transgeracional é extremamente importante, pois permite avaliar os padrões de relação e funcionamento que se transmitem historicamente de geração em geração.[16] Foi realizado um estudo-caso por Pereira (2002), em que há um desfecho fatal para um dos elementos da família, que insiste na utilização do Genograma como intervenção terapêutica útil para

prevenir e interromper o ciclo transgeracional de violência nas gerações seguintes.[64] Para isto é importante a observação dos seguintes factores: coincidências, recorrências de datas, idades, acontecimentos significativos.[64] A forma como a pessoa enfrentou crises passadas (abandonos, mortes, separações, etc.), ajuda na resolução de crises presentes.[64] Através do genograma, podemos também perceber os padrões de vinculação estabelecidos na família, relações de proximidade ou distância, conflitos e quais os triângulos de lealdade.[64] Bowen (1991) considerava como um dos principais padrões de transmissão de violência ao longo de gerações o “triângulo emocional” que assenta na base de que quando há tensão entre dois elementos do triângulo, para aliviar esta tensão a tendência é desviar a atenção para um terceiro elemento, levando a que essas duas pessoas fiquem contra a terceira, fora do triângulo.[60]

Elkaind (2007) chegou a propor que uma interpretação bastante complexa do Genograma levaria a uma melhor evolução e intervenção terapêutica, de forma a que mitos transgeracionais não aprisionem no passado o desenvolvimento da família.[65]

A termo de curiosidade, segundo uma investigação no Serviço de Violência Familiar, partindo da análise de Genogramas de 9 casais identificados com problemas de violência conjugal e a partir das informações recolhidas, concluiu-se que em quase todos eles havia história de violência conjugal na família e em muitos deles de violência parental. O álcool estava entre as principais razões e as triangulações eram frequentes nas diversas gerações. A autora denota a dificuldade de estabelecer limites flexíveis com as famílias de origem: ou são rígidos ou difusos, dificultando assim a intervenção.[16]

O mapa de rede: instrumento de avaliação da rede social pessoal

Segundo Sluzki (1996), o mapa de rede é um instrumento de avaliação da rede social pessoal, que possibilita o registo sistematizado de informação relativa ao conjunto de relações que o utente percepção como significativas ou diferenciadas da massa anónima da sociedade.[66] Ainda segundo a mesma fonte, a relação entre a saúde e a rede social pode consistir em ciclos virtuosos ou ciclos viciosos.[66] Nos ciclos virtuosos existe uma rede social adequada que promove a saúde e contribui para a manutenção e melhoramento dos relacionamentos sociais.[66] Já os ciclos viciosos consistem numa rede social pobre que influencia negativamente a saúde e as doenças, particularmente as crónicas.[66] Estas redes são caracterizadas por dois elementos fundamentais: 1) nódulos (usualmente pessoas) e 2) laços (usualmente as relações que conectam as pessoas). Esta trata-se de uma rede social pessoal ou egocêntrica que permite visualizar a constelação de pessoas que o rodeia, o seu universo de relações.[66]

Este mapa de rede encontra-se dividido em quatro quadrantes, correspondentes ao tipo de relacionamento que o indivíduo mantém com o elemento da rede identificado: 1. Família (relações familiares: nuclear e alargada); 2. Amizades (relações de amizade e/ ou vizinhança); 3. Relações de trabalho ou estudo (relações com colegas de trabalho e/ou estudo; chefias ou professores); 4. Rede secundária (relações com profissionais e/ou serviços, instituições, organizações e associações).[66]

Os três primeiros quadrantes constituem a rede primária, que consiste no conjunto de figuras com quem o sujeito mantém uma relação informal, pontuada pela afinidade pessoal. O quarto quadrante reporta para uma rede secundária, isto é, o conjunto de organizações e instituições com os quais se mantêm relações de visam cumprir uma determinada função ou fornecer um serviço. Segundo Sluzki (1996), sobre

os quatro quadrantes encontram-se delimitadas três áreas, representadas por círculos de diâmetros diferentes, que correspondem aos níveis de proximidade e intimidade.[66]

1. Círculo interior das relações íntimas (familiares e amigos próximos);
2. Círculo Intermédio de relações pessoais (menor grau de intimidade, como relações sociais ou profissionais com contacto pessoal);
3. Círculo externo de conhecidos e relações ocasionais (conhecidos da escola ou do trabalho, bons vizinhos e familiares longínquos);

Para a elaboração do mapa de rede é importante seguir determinados passos fundamentais, como a introdução da tarefa, o preenchimento da folha de registo, e a recolha da informação complementar.[66]

Há variáveis importantes que podem ser avaliadas a partir deste mapa de rede: na dimensão estrutural, existem variáveis como o tamanho, a densidade, a composição, a dispersão, a frequência de contactos, a homogeneidade ou heterogeneidade e atributos do vínculo. Já a dimensão funcional é constituída pelo apoio emocional, apoio financeiro, apoio técnico ou de serviços, guia cognitivo e aconselhamento, acesso a novos contactos, companhia social e regulação social.[66]

Abaixo apresenta-se o Ciclo de Proximidade (Fig.3), para uma melhor compreensão da integração dos componentes do mapa de rede:

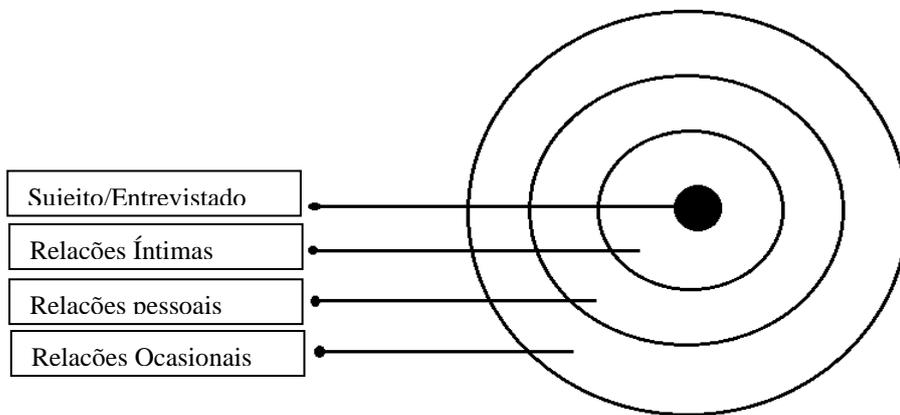


Figura 3. Círculo de Proximidade/Intimidade

(Adaptado de Redondo J, Pimentel I, Correia A, editors. Manual SARAR- Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar: Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos. Coimbra; 2012)

5.11.5 Referenciar

Para abordar a VPI é importante uma abordagem multidisciplinar, multissetorial e em rede (envolvendo redes primárias e secundárias), que juntamente com a intervenção e apoio às vítimas e com a intervenção junto do agressor, promove a não-violência. As redes primárias constituem redes menos estruturadas e mais frágeis, onde se definem e elaboram as necessidades; já as redes secundárias são mais estruturadas e estáveis, sendo responsáveis pela produção de serviços, destinados a responder a tais necessidades. As redes secundárias incluem as redes secundárias não formais, que são simultaneamente fornecedoras e consumidoras dos serviços que produzem, e as redes secundárias formais, que são essencialmente fornecedoras de serviços.

A intervenção em rede permite ajudar as pessoas a criarem laços de partilha e conforto afectivo de forma a ajudar as vítimas a enfrentarem a crise presente, crises futuras e inevitabilidades da vida.

Conforme foi referido pela Organização Mundial de Saúde em 2008, “ na prática, os clínicos raramente falam sobre os seus doentes, sobre as suas necessidades, as suas crenças e a sua compreensão da doença, e raramente põem à sua apreciação as suas abordagens terapêuticas possíveis para o problema de saúde. Limitam-se a prescrições técnicas simples, ignorando dimensões humanas complexas que são críticas para a adequação e a efectividade dos cuidados que prestam”. [1] Ainda segundo a mesma fonte, “a falta de consideração à pessoa na sua totalidade, na sua especificidade familiar e no contexto da sua comunidade, leva a que, frequentemente, não sejam reconhecidos pelos técnicos de saúde aspectos importantes do problema de saúde que não são facilmente classificados em categorias reconhecidas de doenças”. [1] Importa pois “garantir uma abordagem holística que considere aspectos físicos, emocionais e

sociais, o passado e o futuro de cada um e as realidades do contexto em que cada indivíduo vive”.[1]

Os profissionais dos serviços de saúde “têm que assumir a responsabilidade de cuidar das pessoas durante o decurso das suas vidas, como indivíduos e como membros de uma família e de uma comunidade cuja saúde deve ser protegida e potenciada, e não cuidar, unicamente, de partes do corpo com sintomas ou de enfermidades que exigem tratamento”.[1]

Assim, são definidas como estratégias fundamentais a adotar pelos profissionais de saúde:[1]

- Centrarem-se nas necessidades da saúde;
- Defenderem a compreensão, continuidade e orientação para a pessoa;
- Assumirem a responsabilidade pela saúde de todos na comunidade durante o ciclo de vida; responsabilidade pelo combate aos determinantes da doença;
- Reconhecerem que as pessoas são parceiras na gestão da sua própria doença e da saúde da sua comunidade.

É importante lembrarmo-nos do que se passa na “alma” de quem é vítima de violência de forma a conseguirmos chegar mais facilmente ao núcleo do problema e de forma a aproximarmo-nos da vítima, com o objectivo último de criar laços mais fortes que potenciem a capacidade de compreender os silêncios, os medos e a ambivalência associados às grandes decisões a tomar pela vítima quando esta pretende pôr fim à violência.

Segundo Miller, Duncan e Hubble (1997, 2004) existem quatro características comuns que contribuem para uma mudança bem-sucedida e previsível:[67]

- 40% da mudança deve-se a factores extra-terapêuticos tais como: história de vida, resiliência, motivação para a mudança, rede de suporte;
- 30% deve-se à relação utente/terapeuta;
- 15% deve-se à atitude do terapeuta para transmitir esperança a quem sofre;
- 15% é atribuída à técnica adoptada no processo de mudança.

Segundo Fiscella, colocar perguntas sobre o sofrimento da vítima e como é que este problema afecta as vidas de quem o sofre, em vez de centrar a atenção directamente na “construção da síndrome”, aumenta a confiança de quem conta com o profissional de saúde e o potencial para cumprir com a estratégia terapêutica definida.[73]

Da sinalização à Intervenção na fase aguda da situação de crise[16]

Perante uma situação de violência, para uma resposta adequada e atempada a vítimas e agressores é importante:

- a sinalização e a avaliação precoces;
- estratégias que possibilitam a obtenção do máximo de informação possível, incluindo a avaliação dos factores de protecção (redes);
- informar a vítima sobre os seus direitos e sobre as respostas existentes na comunidade relativamente à problemática da VPI;
- poder dispor de uma elevada gama de serviços;
- intervenção imediata;
- na continuidade da intervenção, reforçar a importância de garantir a acessibilidade e personalização dos cuidados, para vítimas e agressores.

Partindo da informação disponível, importa agora definir a estratégia que irá pôr fim à violência e possibilitar o encaminhamento e intervenção junto das vítimas e dos

agressores. Na figura seguinte, referente ao *screening* da vítima apresenta-se o resumo das várias fases deste processo:

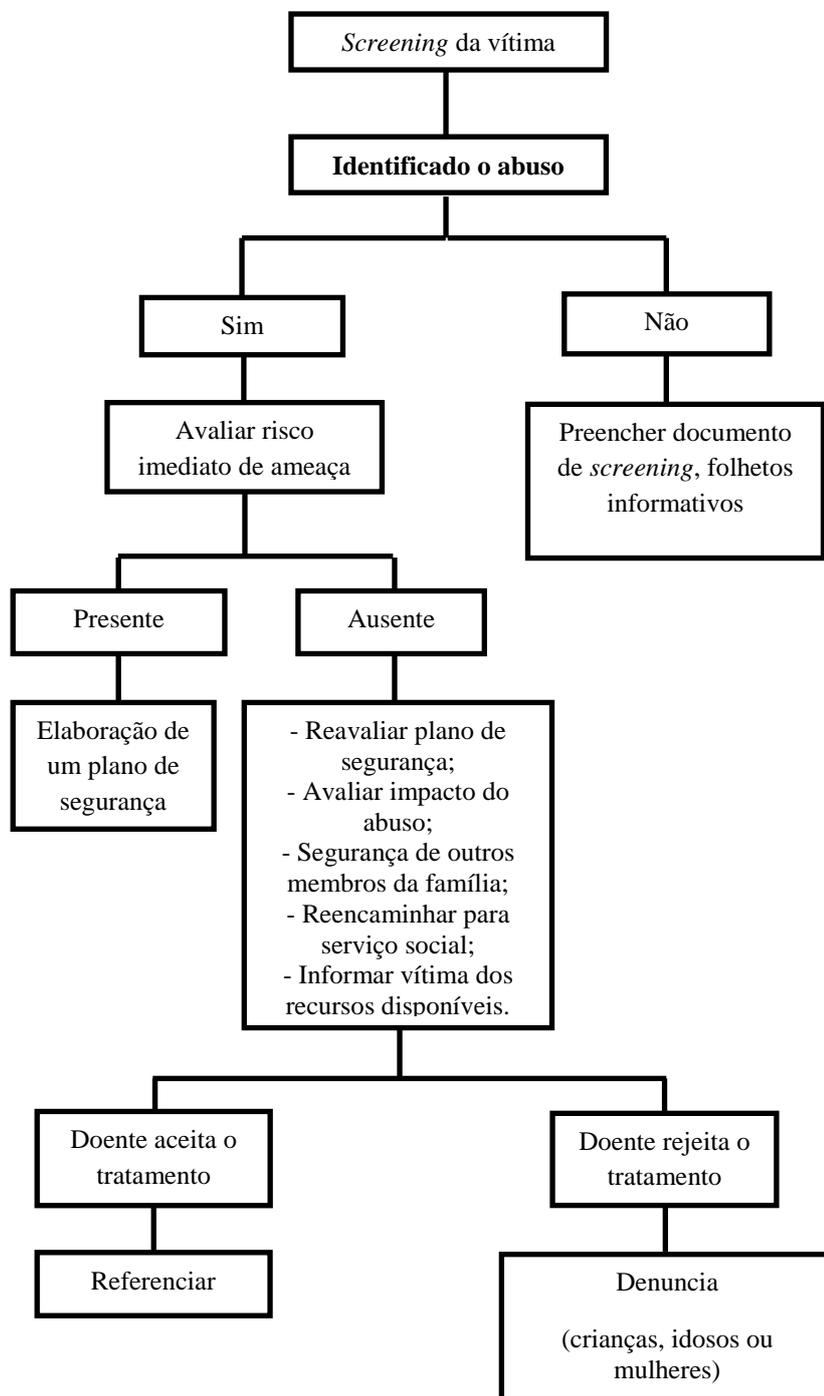


Figura 4. “Screening” de violência doméstica

(Adaptado de Brigham and Women’s Hospital, Domestic Violence. A guide to Screening and Intervention. [document on the internet]. Boston; 2004)

É importante reavaliar:[16]

- o que sabemos acerca da situação que motivou a vinda ao serviço de saúde? Quem são os “atores sociais” envolvidos? Quem, no sistema em crise, reconhece que há violência familiar/entre parceiros íntimos? Quem achas que é vítima? E agressor?

- A vítima e/ou agressor sofrem de alguma doença? Do foro psiquiátrico? Do foro orgânico?

- A situação comporta risco? Perigo?

Os filhos (menores) estão expostos à violência? Direta ou Indiretamente?

- Estrategicamente o que é que foi já concretizado com vista a pôr fim à violência?

Quem são as instituições e/ou serviços envolvidos? E os técnicos? Temos os contactos?

Que facilidades e dificuldades foram encontradas?

- Etc.

Já com a informação recolhida na totalidade e visando agora definir, no caso-a-caso, a estratégia a implementar, é importante reflectir nos seguintes aspectos:[16]

- Quais as necessidades que foram diagnosticadas?

- Quais os serviços/instituições da comunidade que lhes poderão responder?

Conhecemos os profissionais já envolvidos e a envolver? Temos os contactos?

Podemos, a qualquer momento, contactá-los telefonicamente e trocarmos impressões sobre o caso?

- Nas redes primárias com quem poderemos contar?

- O que nos diz o nosso mapa de rede? E o genograma?

6 Conclusão

Tanto o comportamento violento, como as suas consequências, podem ser evitados, levando-nos a defender a importância de investir sobretudo na prevenção, de forma a oferecer o maior número de benefícios para as pessoas. É importante colocar o enfoque nos Serviços de Saúde de forma a efectuar uma prevenção eficaz, sobretudo através de uma intervenção multidisciplinar e multisectorial: em rede. Tudo isto vai levar ao aparecimento de uma nova sociedade menos violenta, conhecedora dos Direitos Humanos e é um dever da Sociedade e do Estado desenvolver adequadas políticas, estratégias e acções de forma a evitar a mesma [1].

Segundo a OMS (2002) [1], este é um crime público de intervenção urgente, tanto a nível comunitário, como nacional e internacional. A nível comunitário o Grupo Violência: Informação, Investigação e Intervenção (Grupo V!!!), o Serviço de Violência Familiar (SVF) do Centro Hospitalar Psiquiátricos de Coimbra (Unidade Sobral Cid), o Grupo Violência e Escola e os Serviços e Instituições da nossa comunidade são de importância extrema na prevenção deste crime muitas vezes escondido. Relativamente a uma dimensão nacional, são exemplos: os Planos Nacionais Contra a Violência Doméstica e as alterações legislativas no âmbito desta problemática, os Núcleos de Apoio a Jovens e Adolescentes em risco, as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, entre outros. Estes constituem um grande apoio à redução da frequência de casos de violência. A nível internacional, existem iniciativas globais para além das da OMS que são as associadas ao Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos e o Fundo das Nações Unidas para a Infância.

Assim sendo, é possível através desta intervenção (macro e micro) responder eficazmente a este problema da Violência, sobretudo a Violência Doméstica na qual assenta sobretudo este trabalho.

7 Referências Bibliográficas

- [1] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB & Lozano R. World report on violence and health. Geneva:WHO;2002
- [2] Mercy JA, Rosenberg ML, Powell ML, Broome CV, Roper WL. Public health policy for preventing violence. Health Affairs. 1993;12:7-29.
- [3] Foege WH, Rosenberg ML, Mercy JA. Public health and violence prevention. Current Issues in Public Health. 1995;1:2-9.
- [4] World Health Organization [document on the internet]. 10 facts about violence prevention; a2011 [updated 2014 25 Aug; cited 2014 12 Sep]. Available from <http://www.who.int/features/factfiles/violence/en/index.html>
- [5] Murray CJL, Lopez AD, Mathers CD, Stein C. [document on the internet]. The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources. World Health Organization; 2001 [updated 2014 25 Aug; cited 2014 12 Sep]. Available from <http://www.who.int/healthinfo/paper36.pdf>
- [6] Quaresma C, editor. Violência Doméstica: Da Participação da ocorrência à investigação criminal [e-book]. Lisboa: Direção Geral da Administração Interna; 2012 [cited 2014 20 Sep]. Available from http://popdesenvolvimento.org/images/ficheiros-pt/genero/Publicacao_VD_dez_2012_v1.pdf
- [7] III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2007-2010). Resolução do Conselho de Ministros. nº 83/2007. Diário da República 119, Série I de 22 de Junho de 2007;3387-4002.
- [8] Lisboa M, Barros PP & Cerejo, SD. Custos Sociais e Económicos da Violência Exercida Contra as Mulheres em Portugal: dinâmicas e processos socioculturais. VI Congresso Português de Sociologia- Mundos Sociais: Saberes e Práticas. 2008;1-9

- [9] Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent–child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978;49:604–16.
- [10] Tolan PH & Guerra NG. What works in reducing adolescent violence: an empirical review of the field. PhD [dissertation]. Boulder, CO: University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence; 1994.
- [11] Chaulk R, King PA. Violence in families: assessing prevention and treatment programs.[dissertation] Washington, DC: National Academy Press; 1998.
- [12] Heise LL. Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women*. 1998;4:262–90.
- [13] Schiamberg LB, Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 1999;11:79–103.
- [14] Carp RM. Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research. [dissertation] New York, NY: Springer; 2000.
- [15] Tolan PH, Guerra NG. Prevention of juvenile delinquency: current status and issues. *Journal of Applied and Preventive Psychology*. 1994;3:251–73.
- [16] Redondo J, Pimentel I, Correia A, editors. Manual SARAR- Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar: Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos. Coimbra; 2012
- [17] I Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2000 – 2003). Resolução do Conselho de Ministros nº 55/1999. *Diário da República* 137, Série I–B de 155 15 de Junho de 1999;3426-28.
- [18] Heise L, Ellsberg M & Gottemoeller M. Ending Violence against Women. *Population Reports*. 1999;série L,11.

- [19] Amnesty International. Making Violence against Women Count, Facts and Figures - a Summary [document on the internet]; 2004 [updated 2014 Aug 25; cited 2014 Sept 25]. Available from: <http://www.amnesty.org/en/library/info/ACT77/034/2004>.
- [20] Kempe C, Silverman F, Steele B, Droegemueller W, & Silver H. The battered-child syndrome. *Journal of the American Medical Association*. 1962;181(1):17-24.
- [21] Jouriles EN, Norwood WD, McDonald R, Vincenti JP, & Mahoney A. Physical violence and other forms of marital aggression: Links with children's behavioral problems. *Journal of Family Psychology*. 1996;10(2);223-34.
- [22] Rogosch FA, Cicchetti D & Abner JL. The role of child maltreatment in early deviations in cognitive and affective processing abilities and later peer relationship problems. *Development and Psychopathology*. 1995;7:591-609.
- [23] WHO/INPEA. Missing voices: views of older persons on elder abuse [document on the internet]. Geneva; 2002 [updated 2014 June 23; cited 2014 Aug 30]. Available from: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/missing_voices/en/
- [24] International Network of Women with Disabilities. Violence against women with disabilities [document on the internet]. 2011 [updated 2014 June 23; cited 2014 Aug 30]. Available from: <http://www.centerwomenpolicy.org/programs/waxmanfiduccia/2011OnlineSeriesBarbaraWaxmanFiduccia.asp>
- [25] Minayo MC, editors. *Violência contra Idosos: O avesso do respeito à sabedoria*. 2nd ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2005
- [26] Alves JF. Abuso e Negligência de pessoas idosas: 149 Contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos. In Gonçalves R & Machado C, editors. *Psicologia Forense*. Coimbra: Quarteto Editora; 2005. p. 319-42

- [27] Júnior NF. Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais [e-book]. 1st ed. São Paulo: CODEPPS; 2007 [cited 2014 Aug 30]. Available from <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/12/CADERNO-DE-VIOLENCIA.pdf>
- [28] Lachs MS, Pillemer KA. Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*. 1995;332:437–43.
- [29] Sociedade Portuguesa de Suicidologia. Dados Estatísticos Actualizados sobre os comportamentos suicidários em Portugal e no mundo [document on the internet]. 2004 [updated 2014 June 2; cited 2014 Jun 30]. Available from: <http://www.spsuicidologia.pt/sobre-o-suicidio/estatistica>
- [30] Beauvoir S. A velhice: a realidade incómoda. [e-book]. São Paulo: Difusão Editorial; 1976 [cited 2014 Aug 15]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14613.pdf>
- [31] Lisboa M, Vicente LB & Barroso Z. Saúde e Violência Contra as Mulheres. Estudo sobre as relações existentes entre a saúde das mulheres e as várias dimensões de violência de que tenham sido vítimas. PhD [dissertation]. Lisboa: SociNova – FCSH-UNL/Direcção-Geral da Saúde; 2005.
- [32] Glass NE, Dearwater S & Campbell JC. Intimate partner violence screening and intervention: Data from eleven Pennsylvania and California community hospital emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*. 2001;27:141-49.
- [33] Hamberger LK & Phelan MB. Spousal abuse in primary care settings. In: Hamberger LK & Phelan MB, editors. *Domestic violence screening and intervention in medical and mental healthcare settings*. New York, NY: Springer Publishing Company; 2004. p. 58-79

- [34] Sharps PW, Koziol-McLain J, Campbell J, McFarlane J, Sachs C, & Xu X. Health care providers' missed opportunities for preventing femicide. *Preventive Medicine*. 2001;33:373–80.
- [35] McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. The “battering syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*. 1995;123:737-46.
- [36] Anglin D & Sachs, C. Preventive care in the emergency department: screening for domestic violence in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*. 2003;10(10):1118-27.
- [37] Brigham and Women's Hospital, Domestic Violence. A guide to Screening and Intervention. [document on the internet]. Boston; 2004 [updated 2014 Aug 15; cited 2014 Sept 26]. Available from http://www.oconnorhouse.org/ngo/toolkit/start_dv_center/SAMPLE%20DV%20%20Guide%20to%20Screening%20and%20Intervention%20-%20English.pdf
- [38] World Health Organization. The World Health Care Report 2008: Primary Health Care - Now More Than Ever [document on the internet]. Geneva: WHO; 2008 [update 2014 June 27; cited 2014 August 27]. Available from http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf
- [39] Rhodes K & Iwashyna, T. Male Perpetrators of Intimate Partner Violence: support for health care interventions targeted at level of risk. *Behaviour Change*. 2009;26(3): 174-89.
- [40] Ohio Domestic Violence Network. The Ohio Domestic Violence protocol for Health Care Providers: Standards of Care. [document on the internet] Ohio: The Ohio Domestic Violence Network; 2003 [updated 2014 Aug 15; cited 2014 Sept 26].

Available from

<http://www.odh.ohio.gov/~media/HealthyOhio/ASSETS/Files/SADV/DV%20Medical%20Protocol.ashx>

[41] Machado C, Gonçalves M & Matos M. IVC – Inventário de Violência Conjugal. Texto policopiado. PhD [dissertation]. Braga: Universidade do Minho; 2000.

[42] Caeser P. Exposure to violence in the families of origin among wife abusers and maritally nonviolent men. *Violence and Victims*. 1998;3:49-63.

[43] Flanzer JP. Alcohol and other drugs are key causal agents of violence. In: Gelles RJ & Loseke DR editors. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1993. p. 171-81

[44] Gelles R. Alcohol and other drugs are associated with violence – they are not its cause. In: Gelles RJ, Loseke DR, editors. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1993. p. 182–96

[45] MacAndrew D, Edgerton RB. *Drunken comportment: a social explanation*. PhD [dissertation]. Chicago: IL, Aldine; 1969.

[46] Abrahams N, Jewkes R, Laubsher R. I do not believe in democracy in the home: men's relationships with and abuse of women. PhD [dissertation]. Tyberberg: Centre for Epidemiological Research in South Africa, Medical Research Council; 1999.

[47] Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin*. 1994; 14:1-22.

[50] Johnson H. *Dangerous domains: violence against women in Canada*. PhD [dissertation]. Ontario: International Thomson Publishing; 1996.

[51] Kantor GK & Jasinski JL. Dynamics and risk factors in partner violence. In: Jasinski JL & Williams LM, editors. *Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1998.

- [52] Dutton DG & Golant SK. El golpeador. Un perfil psicológico. [e-book]. 1st ed. Buenos Aires: Paidós; [cited 2014 Aug 20]. Available from <http://www.casadellibro.com/libro-el-golpeador-un-perfilpsicologico/9789501231700/574618>
- [53] Echeburúa E & Corral P. Violencia en la pareja. In: Urra J, editors. Tratado de Psicología Forense. Madrid: Siglo XXI; 2002.p.377-97.
- [54] Klein A & Tobin T. Longitudinal Study of Arrested Batterers, 1995-2005: Career Criminals. *Violence Against Women*. 2008; 14(2):136-57.
- [55] Hoffman KL, Demo DH, Edwards JN. Physical wife abuse in a non-Western society: an integrated theoretical approach. *Journal of Marriage and the Family*. 1994; 56:131-46.
- [56] Counts DA, Brown J & Campbell J. Sanctions and Sanctuary: Cultural Perspectives on the Beating of Wives. [e-book]. 1st ed. Colorado: Westview Press; 1992 [cited 2014 Aug 20]. Available from <http://www.amazon.com/Sanctions-Sanctuary-Perspectives-Cross-Cultural-Perspective/dp/0813378974>
- [57] Schuler SR, Hashemi SM, Riley AP & Akhter S. Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*. 1996; 43:1729-42.
- [58] American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. 4th ed. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, editors. Lisboa: Climepsi Editores; 2002
- [59] Zimmerman K. Plates in a basket will rattle: domestic violence in Cambodia. A summary. PhnomPenh: Project Against Domestic Violence; 1995
- [60] Bowen M. De la familia al individuo: diferenciación del si mismo en el sistema. Paidós: Barcelona; 1991

- [61] Martins C, Fonseca IM & Costa P. Uma avó e dois netos adolescentes: um “agregado” de problemas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2000;16:313-28.
- [62] Altshuler SJ. Constructing genograms with children in care: implications for casework practice. *Child Welfare*. 1999;78(69):777-90.
- [63] McGoldrick M & Gerson R. *Genogramas en la evaluación familiar* [e-book]. Barcelona: Ed. Gedisa; 1987 [cited 2014 Sep 28]. Available from <http://www.casadellibro.com/libro-genogramas-en-la-evaluacion-familiar/9788474324938/515590>
- [64] Pereira AC. Genograma como Instrumento Diagnóstico na Transmissão Multigeracional da Violência em Familiares Vítimas de Violência na Cidade de São Paulo. *Psikhê – Revista do Curso de Psicologia do Centro Universitário FMU*. 2002;7(2):1-56.
- [65] Elkaim M. *Como sobreviver à própria família*. Lisboa: Sinais de Fogo; 2007.
- [66] Sluzki CE. *La red social: Frontera de la practica sistematica*. Barcelona: Gedisa Editorial; 1996.
- [67] Wilson M, Daly M & Wright C. Uxoricide in Canada: demographic risk patterns. *Canadian Journal of Criminology*. 1993;35:263- 291.
- [68] Le Blanc M, Quimet M & Szabo D. (2003). *Tratado de Criminologia Empírica de Crimonologia*. [e-book] 1st ed portuguesa, Climepsi. Lisboa; 2008 [cited 2014 Aug 20]. Available from <http://www.wook.pt/ficha/tratado-de-criminologia-empirica/a/id/203356>
- [69] União de Mulheres Alternativa e Resposta. OMA – Observatório de mulheres assassinadas da UMAR. [document on the internet]; 2011 [updated 2014 Aug 25; cited 2014 Sep 30]. Available from http://umarfeminismos.org/index.php?option=com_content&view=article&id=488&Itemid=150

- [70] Watt KA. Understanding risk factors for intimate partner femicide: The role of domestic violence fatality review teams. In: Baldry AC & Winkel FW, editors. Intimate partner violence prevention and intervention: The risk assessment and management approach. New York: Nova Science Publishers; 2008.p. 45-60
- [71] Miller SD, Duncan B & Hubble M. Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice. New York: Norton Professional Books;1997.
- [72] Miller SD, Duncan BL & Hubble MA. Beyond integration: The triumph of outcome over process in clinical practice. *Psychotherapy In Australia*. 2004;10(2), 2-19.
- [73] Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH & Epstein RM. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Medical Care*. 2004;42(11):1049–55.