



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

CRISTINA SOFIA SARAIVA DOS SANTOS COSTA

***A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: REALIDADE
PORTUGUESA NO CONTEXTO EUROPEU***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA LEGAL

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROF. DOUTORA HELENA TEIXEIRA
DRA. ROSÁRIO SILVA**

MARÇO DE 2012

ÍNDICE

I – Resumo/Abstract	2 - 5
II – Introdução	6 - 8
III – Objetivo	7
IV – Desenvolvimento	10 - 51
IV.1 – Perfil da vítima	10 - 12
IV.2 – Perfil do agressor	12 - 13
IV.3 – Incidência / Prevalência	14 - 17
IV.4 – Tipos de violência	18 - 24
IV.5 – Tipos mais comuns de violência	24 - 25
IV.6 – Etiologia / Fatores de risco	25 - 30
IV.7 – Consequências	30 - 36
IV.8 – Indicadores	37 - 41
IV.9 – Estratégias de intervenção e prevenção	42 - 51
V – Considerações Finais	52 - 54
VI – Agradecimentos	55
VII – Bibliografia	56 - 66

I – RESUMO

A violência doméstica é praticada no seio de uma relação familiar ou equiparada, independentemente do género e idade da vítima e do agressor. Embora esteja presente na nossa sociedade desde longa data, só a partir da década de oitenta passou a ser considerada como um problema social em Portugal. Desde então, tem sido alvo de estudo pela comunidade científica e tem suscitado o desenvolvimento de medidas, de forma a combatê-la. Nos anos noventa foram criadas as primeiras leis direcionadas para as vítimas de violência doméstica no nosso país e, atualmente, a sua prática é considerada crime público e punida como tal, segundo os termos previstos pela lei portuguesa.

Procedendo a uma revisão da literatura publicada no âmbito deste tema, procurámos comparar alguns dos aspetos mais relevantes associados à violência doméstica, não só em Portugal, mas também nos países latinos e nos países nórdicos.

Em todos eles, verificamos que as vítimas de violência doméstica são maioritariamente mulheres em idade adulta, embora esta também possa afetar crianças e idosos. Já os agressores são frequentemente os homens. Apesar da verdadeira incidência/prevalência deste problema ser ainda desconhecida e os valores encontrados variarem consoante os países em causa, observamos taxas de prevalência elevadas, muito provavelmente inferiores às taxas reais, qualquer que seja o país considerado. Os tipos de violência mais comumente exercidos são os do tipo psicológico, seguido do físico e, finalmente, do sexual. Os fatores de risco para a violência doméstica dependem das características das vítimas e seus agressores, bem como dos contextos socioculturais em que estes se inserem. As consequências da violência doméstica, na sua maioria, psicossociais e também físicas, podem ser traduzidas em indicadores que facilitam a sua deteção pelos profissionais de saúde. A gravidade com que a violência doméstica afeta a saúde das vítimas, motivou o desenvolvimento de estratégias de intervenção/prevenção deste problema,

primeiro em países nórdicos como a Suécia e posteriormente nos países latinos e em Portugal.

No nosso país, os profissionais de saúde têm o dever de denunciar qualquer suspeita de violência doméstica ao Ministério Público. Contudo, o diagnóstico clínico seguro de violência doméstica requer a intervenção de especialistas do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. Dada a complexidade deste fenómeno, o seu diagnóstico e intervenção devem ser sempre interdisciplinares, sendo essencial a atuação articulada e em rede dos diversos profissionais envolvidos, de modo a garantir uma correta investigação e orientação da vítima e evitar a sua vitimização secundária.

Palavras-chave: Violência Doméstica; Europa; Portugal; Mulheres; Crianças; Idosos.

ABSTRACT

Domestic violence is practiced within a family relationship or the equivalent, regardless of gender and age of the victim and of the perpetrator. Although present in our society since long, it only came to be regarded as a social problem in Portugal since the eighties. From then on, it has been studied by the scientific community and has sparked the development of measures, in order to fight it. The first laws directed to victims of domestic violence in our country were created in the nineties and, today, its practice is considered a public crime and punishable as such, under the terms laid down by the Portuguese law.

Proceeding to a review of published literature in this theme, we aimed to compare some of the most relevant aspects related to domestic violence, not only in Portugal but also in latin and nordic countries.

In all of them, we found that victims of domestic violence are mostly women in adulthood, although it may also affect children and the elderly. The perpetrators are often men. Despite the fact that the true incidence/prevalence of this problem is still unknown and its values vary depending on the countries concerned, we observed high prevalence rates most likely lower than the actual rates, whatever the country considered. The types of violence that are most commonly committed are the ones of the psychological type, followed by the physical and, finally, the sexual type. Risk factors for domestic violence depend on the characteristics of the victims and their abusers as well as the sociocultural contexts in which they belong. The consequences of domestic violence, mostly psychosocial as well as physical, can be translated into indicators that facilitate its detection by health professionals. The severity with which domestic violence affects the health of its victims, prompted the development of strategies for intervention/prevention of this problem, first in nordic countries like Sweden and later in latin countries and Portugal.

In our country, health professionals have the duty to report any suspicion of domestic violence to the Public Ministry. However, the safe clinical diagnosis of domestic violence requires the intervention of experts from the National Institute of Legal Medicine, I.P. Given the complexity of this phenomenon, its diagnosis and intervention should always be interdisciplinary, making essential an articulated and in network intervention of the several professionals involved, to ensure a proper investigation and orientation of the victim and to prevent secondary victimization.

Key-words: Domestic Violence; Europe; Portugal; Women; Children; Elderly.

II – INTRODUÇÃO

A violência doméstica está presente na nossa sociedade desde longa data (Araújo, 1991). Contudo, a sua ocorrência no espaço privado e íntimo das famílias portuguesas, foi contribuindo para que, ao longo dos anos, esta realidade passasse despercebida (Araújo, 1991; Nunes, 2003). Por outro lado, a sociedade portuguesa foi construída tradicionalmente com base numa hierarquia do tipo patriarcal, privilegiando o género masculino em detrimento do feminino (Machado *e col.*, 2007), o que se refletiu necessariamente nas famílias, nomeadamente na desigualdade do poder e dos papéis associados aos dois géneros nas relações familiares, levando a que a violência doméstica fosse negligenciada (pela aceitação e legitimação cultural da violência pela sociedade) e que as vítimas, sobretudo mulheres, tivessem receio ou vergonha de a denunciar (Araújo, 1991).

Consequentemente, apenas a partir da década de oitenta é que a violência doméstica passou a ser reconhecida como um problema social em Portugal (Nunes e Raminhos, 2010), de grande risco para a saúde pública (Coelho, 2005). Isto deveu-se maioritariamente à emergência dos movimentos feministas nessa altura (especificamente no caso da violência contra as mulheres – Araújo, 1991; Coelho, 2005) que, associados aos contributos de profissionais de diversas áreas disciplinares (por exemplo, médicos, psicólogos, professores, sociólogos e assistentes sociais), organizações de apoio às vítimas, meios de comunicação social, entre outros, levaram a que a violência doméstica fosse adquirindo progressivamente maior visibilidade perante o público e que fosse aumentando a sensibilização e a intolerância social face à mesma.

Desde então, este tema tem despertado a atenção da comunidade científica para o seu estudo, assim como o desenvolvimento de medidas de diversa ordem, de forma a combatê-lo.

O conceito de violência doméstica em Portugal prende-se com a sua definição em termos legais, tendo sofrido evoluções ao longo dos anos. Atualmente este conceito vem de encontro às últimas alterações legislativas, introduzidas ao artigo 152º - “Violência Doméstica” - do Código Penal.

Tendo em conta esta legislação, podemos definir a violência doméstica como a que envolve qualquer conduta (ativa ou passiva) de carácter físico e/ou psíquico (incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais), exercida de forma intencional e inapropriada, de modo reiterado ou não (i.e. único ou repetido), no contexto de uma relação assimétrica em que o agressor usufrui de uma posição de confiança e de poder (que exerce de forma exagerada e arbitrária) perante uma vítima que, normalmente, se encontra dependente física, emocional, psicológica e/ou economicamente do mesmo (Magalhães, 2010).

De acordo com a mesma lei, considera-se como agressor qualquer indivíduo que habite ou não no mesmo agregado familiar que a vítima e que seja cônjuge ou ex-cônjuge, companheiro(a) ou ex-companheiro(a), filho(a), pai, mãe, avô, avó ou outro familiar da mesma (Magalhães, 2010).

Resumindo, podemos dizer que a violência doméstica corresponde, de uma forma genérica, àquela que é praticada no seio de uma relação familiar ou equiparada, independentemente do género e idade quer da vítima, quer do agressor e que, geralmente, resulta de disfunções e/ou carências existentes nas relações interpessoais estabelecidas entre os indivíduos em causa (Magalhães, 2010).

De salientar ainda que, legalmente, a definição de violência doméstica difere da do crime de maus tratos (Lei nº 59/2007, artigo 152º-A do Código Penal Português), muitas vezes descritos na literatura em conjunto com esta.

Na década de 90 criaram-se as primeiras leis especificamente direcionadas para as vítimas de violência doméstica, das quais se destacam:

- a Lei nº 61/91, que surgiu a 13 de Agosto de 1991, para garantia da proteção adequada às mulheres vítimas de violência;

- a Lei nº 93/99, criada oito anos mais tarde, a 14 de Julho de 1999, para a regulação da aplicação de medidas de proteção de testemunhas em processo penal;

- as Leis nº 107/99, de 3 de Agosto e nº 147/99, de 1 de Setembro, ambas elaboradas ainda em 1999, para a criação de uma rede pública de casas de apoio a mulheres vítimas de violência e para a proteção de crianças e jovens em perigo, respetivamente.

Mais recentemente, pela Lei nº 59/2007, de 4 de Setembro de 2007, foram introduzidas alterações ao Código Penal Português que abrangeram os artigos 152º - “Violência Doméstica” e 163º a 179º - “Crimes contra a autodeterminação sexual – crianças e jovens e liberdade sexual – adultos”.

De acordo com este artigo 152º, importa destacar que a prática de violência doméstica é considerada como crime público e punida como tal, segundo os termos previstos pela lei, devendo ser denunciado ao Ministério Público, independentemente da vontade da vítima (artigo 48º do Código do Processo Penal).

Finalmente, a 16 de Setembro de 2009, foi criada a Lei nº 112/2009 que estabeleceu o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e à assistência das suas vítimas e que revogou a Lei nº 107/99, de 3 de Agosto, anteriormente mencionada, assim como o Decreto-Lei nº 323/2000, de 19 de Dezembro, que a regulamentava (IV PNCVD). Esta última lei representa “um marco importante” na medida em que veio introduzir, entre outros, a “consagração do estatuto da vítima, a natureza urgente dos processos de violência doméstica, o direito das vítimas serem indemnizadas e medidas de apoio judicial, médico, social e laboral” (IV PNCVD).

III – OBJETIVO

O principal objetivo deste trabalho é o de proceder a uma revisão da literatura respeitante aos aspetos mais relevantes associados à violência doméstica, não só em Portugal, mas também nos países latinos (Espanha, França e Itália) e nos países nórdicos (Dinamarca, Finlândia, Suécia e Noruega).

Consequentemente, procurou-se comparar aspetos como os perfis da vítima e do agressor, a incidência e a prevalência, os tipos de violência, os fatores de risco, as consequências, os indicadores e as estratégias de intervenção e prevenção da violência doméstica, entre os países considerados.

IV – DESENVOLVIMENTO

IV.1 – PERFIL DA VÍTIMA

No que diz respeito à idade, apesar deste tipo de violência poder abranger todas as faixas etárias das populações, é comum dividir-se as vítimas em três grandes grupos, consoante a sua idade. Assim, temos o grupo das crianças, o das mulheres em idade adulta e o dos idosos.

Em Portugal e nos países latinos, consideram-se como crianças todos os indivíduos cuja idade varia entre os 0 e os 18 anos; nos países nórdicos esta definição não é tão clara (Nilsson *e col.*, 2005; Kristensen e Lau, 2007; Lepistö *e col.*, 2011). Os idosos geralmente correspondem a pessoas de idade igual ou superior a 65 anos, na maioria dos países em questão.

Sobra assim o grupo dos indivíduos cuja idade se situa entre os 18 e os 65 anos. Referimo-nos a este grupo como sendo o das mulheres em idade adulta, uma vez que nesta faixa etária verifica-se um predomínio evidente de vítimas do género feminino em detrimento do masculino, facto que é comum a todos os países por nós considerados.

Relativamente ao género, o predomínio de vítimas do género feminino nem sempre é tão evidente, quando estas pertencem ao grupo das crianças (De Almeida *e col.*, 2002; Palazzi *e col.*, 2005) ou dos idosos (Pérez-Rojo *e col.*, 2009), embora geralmente apareçam representadas em maior percentagem, em comparação com as do género masculino. O género feminino aparece mais vezes implicado no caso das crianças vítimas de violência do tipo sexual de forma semelhante, tanto em Portugal (Magalhães *e col.*, 2009; Nunes e Raminhos, 2010), como em Itália (Cattaneo *e col.*, 2007) e nos países nórdicos (De Macedo, 2003; Reigstad *e col.*, 2006). No caso dos idosos, aparecem em maior número as vítimas do

género feminino, nomeadamente em Portugal (De Macedo, 2003; Condesso *e col.*, 2008) e em Espanha (Risco Romero *e col.*, 2005; Pérez-Cárceles *e col.*, 2009).

Uma vez que esta violência afeta maioritariamente mulheres em idade adulta (e é exercida atualmente ou foi no passado, consoante os estudos), seguidamente descrevemos as características sociodemográficas típicas das mesmas, que as distinguem das mulheres não vitimizadas, em Portugal, nos países latinos e nos nórdicos.

Não existe predileção no que diz respeito a determinadas idades, dentro deste grupo, quando comparadas as duas categorias de mulheres (Coelho, 2005; Garcia-Linares *e col.*, 2005; Torrecillas *e col.*, 2008, Leppäkoski *e col.*, 2011).

Em relação ao estado civil, as mulheres vítimas de violência doméstica (no presente e/ou no passado), estão mais vezes separadas ou divorciadas, comparativamente com mulheres não afetadas pela violência, nomeadamente em Portugal (Coelho, 2005) e em Espanha (Garcia-Linares *e col.*, 2005; Ruiz-Pérez *e col.*, 2006; Montero *e col.*, 2011). Contudo, as que são vítimas de violência apenas no presente, encontram-se frequentemente casadas ou a viver/numa relação com o seu companheiro (agressor), de acordo com Escribà-Agüir *e col.* (2006) e Leppäkoski *e col.* (2011).

Quanto ao grau de escolaridade das vítimas, nem sempre existem diferenças em relação a mulheres não vitimizadas (Garcia-Linares *e col.*, 2005; Torrecillas *e col.*, 2008; Leppäkoski *e col.*, 2011), embora em Espanha as primeiras possam apresentar mais vezes um nível educacional baixo, tendo realizado apenas uma formação primária ou secundária (Escribà-Agüir *e col.*, 2006; Ruiz-Pérez *e col.*, 2006; Montero *e col.*, 2011), em relação às segundas.

O mesmo acontece com o nível socioeconómico e profissional das vítimas que nem sempre difere do das mulheres não afetadas pela violência (Coelho, 2005; Garcia-Linares *e col.*, 2005; Torrecillas *e col.*, 2008), apesar destas poderem ter um rendimento mensal mais

elevado que as primeiras, novamente considerando mulheres espanholas (Ruiz-Pérez *e col.*, 2006; Montero *e col.*, 2011).

Em comparação com mulheres não afetadas pela violência, as mulheres portuguesas e espanholas vítimas de violência alguma vez na vida, estão mais vezes inseridas em famílias do tipo monoparental (Coelho, 2005; Garcia-Linares *e col.*, 2005) e outras vezes reconstruídas (Coelho, 2005) ou alargadas (Garcia-Linares *e col.*, 2005). Em Portugal, as famílias das quais as vítimas fazem parte apresentam disfuncionalidades moderadas a severas, relativamente a famílias altamente funcionais, em que se inserem a maior parte das mulheres não vitimizadas (Coelho, 2005).

Finalmente, quando comparados os números de filhos das mulheres espanholas vítimas e não vítimas de violência, as primeiras apresentam geralmente um número superior de filhos (3 ou mais) que as segundas (Ruiz-Pérez *e col.*, 2006).

IV.2 – PERFIL DO AGRESSOR

As características do agressor (idade e/ou género), dependem do tipo de relação que este estabelece com as vítimas e variam consoante a faixa etária das mesmas.

De uma maneira geral, quer em Portugal, quer nos países latinos e nórdicos, predominam os agressores do género masculino – cônjuges ou ex-cônjuges, companheiros ou ex-companheiros, no grupo das mulheres em idade adulta (Bengtsson-Tops *e col.*, 2005; Coelho, 2005; Ruiz-Pérez *e col.*, 2010; Leppäkoski *e col.*, 2011). No grupo das crianças, apesar do pai biológico ser mais comumente o agressor, aparecem com frequência implicadas como agressoras as mães biológicas (Machado *e col.*, 2007, Annerbäck *e col.*, 2010), isoladamente ou em conjunto com os pais (Mattila *e col.*, 2005; Nilsson *e col.*, 2005; Nunes e Raminhos, 2010), ambos seguidos, normalmente, dos padrastos ou das madrastas e

dos irmãos ou das irmãs (Helweg-Larsen e Larsen, 2005; Annerbäck *e col.*, 2010); a partir da adolescência (entre os 13 e os 18 anos) começam a aparecer também como agressores comuns especialmente das raparigas, os seus parceiros/namorados (Mattila *e col.*, 2005). No grupo dos idosos, para além dos cônjuges/companheiros serem os agressores mais comuns em relação às mulheres (Condesso *e col.*, 2008), não podemos deixar de referir que também o(a)s filho(a)s (Condesso *e col.*, 2008) ou outros familiares (Pérez-Rojo *e col.*, 2009) surgem como agressores neste grupo de indivíduos.

Dados referentes a outras características sociodemográficas típicas dos agressores no contexto das relações de intimidade são escassos na literatura, pelo que não os descrevemos.

É com base nesta divisão, por grupos de vítimas que conduziremos o resto do nosso trabalho, porque apesar da violência doméstica afetar maioritariamente o grupo das mulheres em idade adulta, não podemos descurar os outros dois, na medida em que este tipo de violência é comum aos três.

Por outro lado, alguns dos parâmetros que vamos abordar diferem em relação a estes grupos e, por conseguinte, achamos importante destacá-los quando relevantes.

Para além disso, utilizaremos os nomes dos grupos mencionados anteriormente para nos referirmos às vítimas (nomeadamente crianças, mulheres e idosos), tendo em conta os seus agressores e, conseqüentemente, o contexto (isto é, a relação) em que é praticada a violência sobre cada uma delas.

IV.3 – INCIDÊNCIA / PREVALÊNCIA

A verdadeira magnitude da violência doméstica na Europa é ainda desconhecida (Nunes, 2003; Garcia-Linares *e col.*, 2005; Leppäkoski *e col.*, 2011), apesar do facto de, a partir dos anos 90, a União Europeia ter incitado/ordenado a recolha, elaboração e publicação anual de dados sobre a mesma, em cada estado membro (Ruiz-Pérez *e col.*, 2006; Vives-Cases *e col.*, 2007).

Um grande obstáculo na obtenção da incidência ou prevalência da violência doméstica prende-se com a sua própria natureza que, infelizmente, ainda hoje dificulta a sua denúncia por parte das vítimas, o que faz com que muitos dos casos denunciados representem apenas a “ponta do iceberg” do total dos casos existentes, a nível europeu e também mundial (De Macedo, 2003; Coelho, 2005; Risco Romero *e col.*, 2005; Ruiz-Pérez *e col.*, 2006; Condesso *e col.*, 2008; Pérez-Rojo *e col.*, 2009).

Embora muitos dos países europeus estejam cientes desta problemática e a investigação nesta área tenha aumentado (Coelho, 2005; Ruiz-Pérez *e col.*, 2006; Machado *e col.*, 2007), existem outros obstáculos ao conhecimento destes dados, citados pela maioria dos autores dos países abordados, que se traduzem nas diferentes metodologias adotadas pelos estudos conduzidos pela comunidade científica no âmbito desta temática. São exemplos destes obstáculos, as diferenças nos critérios de definição da violência doméstica (Nunes, 2003; Helweg-Larsen e Larsen, 2005; Risco Romero *e col.*, 2005; Erlingsson *e col.*, 2006; Machado *e col.*, 2007; Vives-Cases *e col.*, 2007), a variabilidade das formas de violência abrangidas (Garcia-Linares *e col.*, 2005; Montero *e col.*, 2011), os intervalos de tempo entre os estudos e os intervalos de tempo usados na obtenção destes dados (Machado *e col.*, 2007; Montero *e col.*, 2011), as características das amostras das populações utilizadas, como falta de representatividade das mesmas (Ruiz-Pérez *e col.*, 2006), sobre representação de amostras convenientes aos autores (Machado *e col.*, 2007), entre outros, as fontes de

dados, com recurso a vítimas, agressores, profissionais de saúde, registos nacionais oficiais, ou outras (Figueiredo *e col.*, 2004), as estratégias de questionamento de algumas fontes (Svensson *e col.*, 2010, Ruiz-Pérez e Plazaola-Castaño, 2005) e, por outro lado, muitos dos estudos não correlacionam os diferentes grupos de vítimas de violência doméstica (Machado *e col.*, 2007). Todos eles se vão refletir na falta de dados homogêneos e fidedignos sobre esta violência, quer no mesmo país, quer entre países distintos e, por conseguinte, vão limitar a comparação direta entre eles (Garcia-Linares *e col.*, 2005; Coelho, 2005; Montero *e col.*, 2011).

Todos os obstáculos referidos, atuando em conjunto, vão fazer com que os dados atualmente encontrados na literatura correspondam apenas a meras estimativas ou especulações (Escribà-Agüir *e col.*, 2006) que, segundo os autores, tendem a subvalorizar a real extensão da violência, não só a nível europeu, mas também a nível mundial (De Macedo, 2003; Risco Romero *e col.*, 2005).

Não obstante do que foi dito, os trabalhos publicados nesta área nos últimos anos demonstram esforços no sentido de colmatar as falhas apontadas pelos mesmos e dão-nos já uma ideia da dimensão e da complexidade deste fenómeno, cuja prevalência é considerável. Portanto, achamos relevante destacar alguns dos valores mencionados pelos autores, embora não consigamos deixar de nos referir a eles em separado para cada grupo de vítimas e tenhamos a noção que a sua comparabilidade seja, no mínimo, forçada.

Violência doméstica nas crianças:

Um estudo realizado em 2004 (Machado *e col.*, 2007) com uma amostra representativa da população residente no Norte de Portugal, constituída por pais e mães pertencentes a famílias nucleares estimou uma taxa, relatada pelos próprios, de violência física e/ou emocional praticada pelos mesmos sobre os seus filhos (de idades inferiores a 18 anos) de cerca de 25,9% no geral, durante o ano anterior ao estudo. Segundo estes autores,

isto permite concluir que a violência nas crianças afetava cerca de 1 em 4 famílias dessa região, nessa altura.

Em Itália, um estudo demonstrou uma prevalência de violência doméstica física na criança na ordem dos 8%, próximo do ano de 2001 (Palazzi *e col.*, 2005).

Na Suécia, Annerbäck *e col.* (2010) efetuaram um estudo com crianças em idade escolar (dos 13 aos 17 anos), das quais 15% (n=1274, num universo de 8494 crianças) admitiram já terem sido vítimas de violência doméstica física. Os mesmos autores referem um valor na ordem dos 24% obtido por um estudo Dinamarquês semelhante.

Relativamente a um estudo realizado por Peltonen *e col.* (2010), com 5762 adolescentes finlandeses e 3943 adolescentes dinamarqueses (entre os 15 e os 16 anos de idade), concluiu-se a existência de uma taxa de violência doméstica física e psicológica de cerca de 40%, durante o ano prévio ao estudo, em ambas as amostras, relatada pelos mesmos.

Violência doméstica nas mulheres:

Na Europa, três estudos publicados entre 2001 e 2002, revelaram uma prevalência de violência doméstica nas mulheres desde 20 a 55% (Ruiz-Pérez *e col.*, 2006).

Dois estudos publicados em Portugal em 2002 demonstram uma prevalência de violência doméstica física entre os 6,7 e os 13,7% (Coelho, 2005).

Um estudo conduzido por Coelho (2005), numa população de 283 mulheres adultas inscritas num dos Centros de Saúde de Matosinhos (Norte de Portugal), em 2003, registou uma prevalência de violência doméstica física de 20,5%, relatada pelas mesmas. Destes 20,5%, 21,6% das agressões teriam sido praticadas há mais de um ano, 70,3% tanto no último ano como nos anos anteriores e 8,1% das situações eram referentes apenas ao último ano.

Outro estudo realizado no Norte de Portugal, desta vez em 2004 (Machado *e col.*, 2007), obteve uma prevalência de violência doméstica (física e/ou emocional) de 26,2% numa população de 2391 indivíduos adultos pertencentes a uma relação do tipo conjugal, reportada pelos próprios em relação ao último ano e considerada representativa dessa região, pelos mesmos autores.

No que diz respeito a Espanha em geral, são apontadas prevalências de violência doméstica nas mulheres de 11,1% e 22% em 2002 (Escribà-Agüir *e col.*, 2006 e Ruiz-Pérez *e col.*, 2007, respetivamente); entre 10,7 a 28,6% em 2005 (Ruiz-Pérez *e col.*, 2010); 9,6% em 2006 (Torrecillas *e col.*, 2008) e de 15,1% em 2007 (Ruiz-Pérez *e col.*, 2010).

Já no que toca à prevalência de violência doméstica nas mulheres espanholas (dos 18 aos 65 ou 70 anos de idade), exercida alguma vez na vida, pelos seus parceiros íntimos, encontramos valores que variam entre os 32% em 2003 (Ruiz-Pérez *e col.*, 2007) e os 17,27% entre 2006 e 2007 (Montero *e col.*, 2011), com um valor intermédio na ordem dos 24,8% também entre 2006 e 2007 (Ruiz-Pérez *e col.*, 2010), em amostras representativas da população feminina espanhola desta faixa etária.

Em relação a França, um estudo encontrou uma prevalência de violência doméstica nas mulheres francesas de 18%, em 2003 (Coelho, 2005).

Violência doméstica no idoso:

Segundo dados da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), do total de crimes de violência doméstica detetados por esta associação em Portugal, no ano de 2007, 7,4% foram exercidos em idosos (Condesso *e col.*, 2008).

Num universo total de 460 indivíduos com 65 anos ou mais, que visitaram Centros de Saúde de Murcia (Espanha), em 2006, verificou-se uma suspeita de violência doméstica em cerca de 44,6% dos mesmos (Pérez-Cárceles *e col.*, 2009).

IV.4 – TIPOS DE VIOLÊNCIA

A violência doméstica pode ser exercida de diversas formas. Na mesma vítima, podemos estar perante um único tipo de violência ou mais do que um tipo de violência, de forma sequencial, alternada ou simultânea. Por outro lado, a violência pode repetir-se ao longo do tempo e, normalmente, tende a aumentar em frequência e em intensidade (Lepistö *e col.*, 2011), principalmente se passar despercebida ou não for denunciada.

A abordagem e a definição dos vários tipos de violência diferem entre os autores, embora da literatura revista se destaquem, essencialmente, três tipos de violência comuns às diferentes vítimas por nós consideradas e que são a violência física, a violência sexual e a violência psicológica ou emocional.

A violência física engloba todos os tipos de ações/agressões passíveis de causar dano físico na vítima. Consoante o tipo de ação praticada e a sua intensidade, diferentes vão ser os danos por ela causados. Para além disso, uma mesma agressão numa ou noutra vítima pode resultar em danos distintos, dependendo do grau de suscetibilidade das mesmas (Magalhães, 2010). Apesar do que foi dito, a violência física geralmente é a forma de violência que mais frequentemente motiva a vítima a procurar as diversas fontes de auxílio ao seu dispor, nomeadamente os cuidados de saúde, pela sua maior visibilidade (Nunes, 2003) e por representar, por vezes, uma ameaça mais ou menos imediata à sua vida. Contudo, sabe-se que dela nem sempre resultam lesões ou marcas corporais/externas evidentes (Figueiredo *e col.*, 2004).

Nesta categoria, as modalidades mais comumente praticadas, incluem atos como esbofetear, agarrar ou puxar os cabelos, as orelhas e os membros, empurrar, esmurrar, pontapear, morder, pisar, açoitar, embater contra uma parede ou outra superfície; os agressores podem, ainda, recorrer de vários objetos como cintos, chicotes ou paus para bater nas vítimas ou outros instrumentos para lhes atirar (De Almeida *e col.*, 2002; Figueiredo *e*

col., 2004; Coelho, 2005; Machado *e col.*, 2007; Rodrigues *e col.*, 2008; Leppäkoski *e col.*, 2011). Com menor frequência, encontramos os espancamentos (De Almeida *e col.*, 2002; Machado *e col.*, 2007; Rodrigues *e col.*, 2008; Costa *e col.*, 2009) e nas crianças os abanões (De Almeida *e col.*, 2002; Laurent-Vannier *e col.*, 2009). Nas agressões podem ser usadas as armas brancas e as armas de fogo (das quais, por sua vez, podem resultar agressões muito graves e até fatais) e ambas, também podem ser utilizadas como formas de ameaça (De Almeida *e col.*, 2002; Garcia-Linares *e col.*, 2005; Machado *e col.*, 2007). As cordas e/ou amarras têm como finalidade, maioritariamente, a contenção física da vítima, especialmente no caso das crianças e dos idosos (De Almeida *e col.*, 2002; Condesso *e col.*, 2008). São exemplos de outros tipos de violência a sufocação e o estrangulamento (De Almeida *e col.*, 2002; Garcia-Linares *e col.*, 2005; Machado *e col.*, 2007; Leppäkoski *e col.*, 2011), a imersão em água fria e as queimaduras nas crianças (De Almeida *e col.*, 2002), as intoxicações intencionais no caso dos idosos e das crianças, associadas frequentemente, nos primeiros, a uma administração abusiva de fármacos variados ou tóxicos não especificados (Costa *e col.*, 2009) e nos segundos, à administração excessiva ou inadequada de substâncias nocivas como o álcool, fármacos sedativos ou calmantes (De Almeida *e col.*, 2002).

A violência sexual é praticada sob diversas formas cujas características diferem consoante se trate de um adulto (com idade igual ou superior a 18 anos, segundo a lei Portuguesa) ou de uma criança (com idade inferior a 18 anos).

No caso dos adultos, a violência sexual inclui toda a prática sexual que o agressor imponha à vítima contra a sua vontade, isto é, sem o seu consentimento. Contudo, tal não se aplica no caso das crianças, uma vez que a sua maioria é incapaz de dar o seu consentimento informado, pois muitas delas são vítimas de práticas ilegais que não compreendem dado o seu desenvolvimento ser ainda limitado neste campo (Helweg-Larsen e Bøving Larsen, 2006; Cattaneo *e col.*, 2007; Magalhães, 2010).

No que diz respeito a adultos, constituem exemplos de práticas de violência sexual toda a relação sexual (oral, vaginal e/ou anal) forçada, o envolvimento da vítima em comportamentos sexuais específicos impostos pelo agressor, nomeadamente a reprodução de cenas pornográficas ou a obrigação em agir em resposta às suas fantasias sexuais (relações sexuais homossexuais, com animais, em público e outros), contra a vontade da mesma, o espancamento e/ou o insulto durante o ato sexual, por parte do agressor em relação à vítima, as ameaças com armas (brancas ou de fogo) ou as ameaças verbais à sua pessoa e/ou aos seus filhos, caso a vítima recuse estas práticas, entre outros (Nunes, 2003; Garcia-Linares *e col.*, 2005).

No que toca às crianças, as várias modalidades praticadas pelo agressor podem ou não envolver o contacto físico entre este e a vítima (Magalhães, 2010). Como exemplo de modalidade violenta que não envolve o contacto físico entre agressor e vítima, temos a exposição da criança a atos de exibicionismo por parte do agressor, mediante a amostragem, por exemplo, dos seus órgãos genitais. Por outro lado, modalidades como a manipulação (penetração com dedos ou objetos) ou a carícia dos órgãos genitais da criança pelo agressor (ou vice-versa) e a tentativa ou mesmo a prática de coito oral, vaginal e/ou anal, normalmente envolvem um contacto físico entre os dois (De Almeida *e col.*, 2002; Figueiredo *e col.*, 2004; Helweg-Larsen e Larsen, 2005; Magalhães *e col.*, 2009). De salientar que no nosso país as práticas de violência sexual intra-familiar são, geralmente, menos intrusivas a nível físico. Contudo do ponto de vista psicológico, são mais graves quando comparadas com as práticas de violência sexual por outro agressor que não um familiar (Magalhães *e col.*, 2009).

Este tipo de violência pode associar-se a outras formas de violência física e/ou emocional, na medida em que o agressor, de maneira a obter o que pretende, pode recorrer a ameaças verbais ou com armas e até partir para agressões físicas. Nas crianças, o agressor

pode tentar ainda aliciá-las com artigos da sua preferência, como doces ou dinheiro (Magalhães *e col.*, 2009; Magalhães, 2010).

A violência psicológica ou emocional representa um tipo de violência capaz de produzir dano psicológico na vítima. Está necessariamente presente em todos os outros tipos de violência até agora descritos, pelo que devemos apenas considerá-la em separado quando ela constituir a única forma de violência praticada (Magalhães, 2010).

Tal como os outros tipos de violência, é exercida intencionalmente pelo agressor que, desta vez, utiliza os sentimentos da vítima a seu favor, procurando obter domínio e controlo sobre ela, atingindo a sua integridade psíquica e afetando progressivamente a sua autoestima e sentido de valorização, de maneira a torná-la cada vez mais submissa e incapaz de reagir perante a violência de que é vítima (Nunes, 2003; Magalhães, 2010).

Ao contrário dos outros dois tipos de violência mais frequentemente visíveis, a violência psicológica ou emocional é difícil de detetar, dada a falta de lesões físicas com que se apresenta (Ruiz-Pérez e Plazaola-Castaño, 2005). Por outro lado, dada a sua subjetividade, nem sempre é tratada pelos autores, apesar de muitos reconhecerem a elevada frequência com que é praticada.

Pode exercer-se através da comunicação verbal, muitas vezes agressiva, autoritária, ruidosa ou inapropriada (De Macedo, 2003; Nunes, 2003), ou através de comportamentos ameaçadores ou intimidantes (Machado *e col.*, 2007). Salientam-se condutas como os insultos, as críticas, as humilhações, a intimidação (traduzida por ações, palavras ou olhares), as ameaças verbais de punição, agressão ou privação, as atitudes de ridicularização, desvalorização, desprezo, indiferença, rejeição ou discriminação, a negação do afecto, a privação do poder de decisão, a manipulação e chantagem afetivas, o abandono emocional, o isolamento e a marginalização familiares e sociais, a culpabilização, entre outros (De Almeida *e col.*, 2002; De Macedo, 2003; Nunes, 2003; Coelho, 2005; Garcia-Linares *e col.*, 2005; Machado *e col.*, 2007; Condesso *e col.*, 2008; Costa *e col.*, 2009).

Por ser uma forma de violência emocional que, por si só, condiciona uma maior vulnerabilidade da vítima, dado que a pode privar do apoio de terceiros, bem como pode facilitar a ocorrência da violência de forma contínua e proteger o agressor, na medida em que a mantém oculta (De Macedo, 2003), achamos importante destacar o isolamento social. Este caracteriza-se pelo afastamento progressivo da vítima do seu meio social e pode concretizar-se pelo impedimento ou restrição do contacto da vítima com a restante família e com os seus amigos, pela negação do acesso ao telefone, pela proibição em sair à rua ou de realizar atividades fora de casa (Condesso *e col.*, 2008; Coelho, 2005) e, especialmente nas crianças, de frequentar a escola, mantendo-as retidas em casa (De Almeida *e col.*, 2002).

Outro tipo de violência emocional, desta vez exercida na criança e que tem adquirido alguma importância nos últimos anos, diz respeito à exposição da mesma a cenas de violência entre os membros da sua família (De Almeida *e col.*, 2002; Roustit *e col.*, 2009; Peltonen *e col.*, 2010; Lepistö *e col.*, 2011), cujas consequências abordaremos mais à frente. De notar que, em França, esta ainda não é reconhecida como forma de violência na criança, mas apenas como fator de risco para a violência na mesma (Roustit *e col.*, 2009).

No caso específico das mulheres, temos também os comportamentos persecutórios por parte do agressor e as ameaças de agressão não só a estas, mas também aos seus filhos e restantes familiares, como outras formas de violência emocional (Nunes, 2003; Garcia-Linares *e col.*, 2005).

Para além destes três tipos de violência até agora descritos, existem outros aos quais nos vamos referir à parte, embora possam estar incluídos na definição dos anteriores.

Um destes exemplos é a violência económica, exercida fundamentalmente nas relações de intimidade (sobretudo na mulher) e/ou sobre o idoso e que pode representar um tipo de violência emocional/psicológica.

Geralmente, este tipo de violência é considerado quando o agressor impede a vítima de usar e/ou controlar o seu próprio dinheiro (Coelho, 2005; Costa *e col.*, 2009), quando lhe

nega os bens necessários à sua sobrevivência/subsistência (Nunes, 2003; Garcia-Linares *e col.*, 2005; Condesso *e col.*, 2008), quando a explora financeiramente, utilizando o seu rendimento, posses ou outros bens sem o seu conhecimento ou autorização (Nunes, 2003; Condesso *e col.*, 2008; Costa *e col.*, 2009), ou quando a chantageia economicamente (Garcia-Linares *e col.*, 2005; Costa *e col.*, 2009), coagindo-a a assinar contratos ou atribuir procurações, alterar testamentos ou comprar bens, principalmente no caso do idoso (Condesso *e col.*, 2008). A proibição da mulher em participar no mercado de trabalho e/ou de obter uma educação (Coelho, 2005), bem como a privação da mesma em usufruir de bens comuns ao casal (Nunes, 2003), por parte do seu companheiro, podem também ser consideradas formas de violência económica.

Outro exemplo é o da negligência. Porém esta só poderá ser designada de violenta caso seja cometida de forma intencional. Por conseguinte, é fundamental que tenhamos em consideração o contexto em que é exercida.

Fala-se deste tipo de violência em particular na criança e/ou no idoso, quando o(s) adulto(s) de quem estão dependentes é incapaz (por vontade própria) de lhes satisfazer ou assegurar as suas necessidades básicas de alimentação, cuidados de higiene, habitação, segurança, cuidados médicos, afeto (De Almeida *e col.*, 2002; Condesso *e col.*, 2008; Costa *e col.*, 2009; Nunes e Raminhos, 2010), vigilância/supervisão e educação, especificamente na criança (De Almeida *e col.*, 2002; Nunes e Raminhos, 2010), com consequências a nível da sua saúde e bem estar físico, psíquico e social.

Podemos estar, assim, perante uma negligência física, psico-afetiva ou emocional em ambos, financeira ou material no idoso (Condesso *e col.*, 2008) e na criança (De Almeida *e col.*, 2002) e intra-uterina ou escolar, na criança (De Almeida *e col.*, 2002).

No idoso, também existe a “auto-negligência” como um sub-tipo de negligência, quando este é incapaz de cuidar de si próprio, por alguma razão, podendo pôr em risco a sua saúde ou segurança (De Macedo, 2003; Magalhães, 2010). O abandono físico temporário ou

permanente na criança representa outra modalidade de negligência na mesma (De Almeida *e col.*, 2002; Nunes e Raminhos, 2010).

Finalmente, ainda no caso da criança, encontramos mais raramente dois outros tipos de violência física, que são a sobrecarga de trabalho e a mendicidade (De Almeida *e col.*, 2002).

IV.5 – TIPOS MAIS COMUNS VIOLÊNCIA

Em Portugal, ao longo dos últimos anos, prevalecem as formas de violência emocional, seguidas das de violência física e sexual, no caso das mulheres (Machado *e col.*, 2007) e dos idosos (Condesso *e col.*, 2008). Contudo, a negligência constitui o tipo de violência mais comum nas crianças, quando considerados todos os tipos de violência descritos e a ela seguem-se a violência emocional, física e sexual (De Almeida *e col.*, 2002; Figueiredo *e col.*, 2004; Machado *e col.*, 2007; Nunes e Raminhos, 2010).

O panorama em Espanha é semelhante ao de Portugal, com a violência psicológica ou emocional a ocupar o primeiro lugar como forma de violência maioritariamente praticada no caso das mulheres, frequentemente seguida da violência física e, por último, da violência sexual (Ruiz-Pérez e Plazaola-Castaño, 2005; Ruiz-Pérez *e col.*, 2006; Ruiz-Pérez *e col.*, 2007; Torrecillas *e col.*, 2008; Escribà-Agüir *e col.*, 2010; Ruiz-Pérez *e col.*, 2010). É frequente, ainda nas mulheres, encontrar a associação de dois ou três destes tipos de violência (Ruiz-Pérez e Plazaola-Castaño, 2005; Ruiz-Pérez *e col.*, 2006; Ruiz-Pérez *e col.*, 2007). Porém, quando consideramos os idosos, a negligência exercida sob a forma de abandono, constitui segundo Pérez-Cárceles *e col.* (2009), um tipo de violência mais comum que a psicológica e as restantes.

No que toca a Itália e a França, não nos é possível tecer comentários neste sentido, dada a escassez de artigos encontrados.

De entre os países nórdicos, apenas nos podemos referir a três deles. Na Finlândia, sobressai a violência física, tanto nas mulheres como nas crianças, embora a psicológica apareça, por vezes, à frente da primeira (Peltonen *e col.*, 2010; Leppäkoski *e col.*, 2011). As crianças na Dinamarca são mais vezes sujeitas à violência psicológica em comparação com a violência física (Peltonen *e col.*, 2010). Das formas de violência física na criança, quer na Finlândia, quer na Dinamarca, predominam as de menor gravidade (Peltonen *e col.*, 2010). Finalmente, na Suécia, a violência psicológica é, também a mais comum, no caso das mulheres e das crianças, seguida das violências física e sexual (Bengtsson-Tops *e col.*, 2005) ou sexual e física (Nilsson *e col.*, 2005), consoante os estudos considerados.

Na maior parte dos países mencionados podemos observar, dentro da mesma família, a prática conjunta de violência doméstica nas mulheres e nas crianças, pelos mesmos agressores (Bengtsson-Tops *e col.*, 2005; Machado *e col.*, 2007; Annerbäck *e col.*, 2010; Svensson *e col.*, 2010; Lepistö *e col.*, 2011).

IV.6 – ETIOLOGIA / FATORES DE RISCO

Não existe propriamente uma causa única para a violência doméstica. De facto, o que existe são múltiplos fatores de risco, que dependem não só da vítima e do seu agressor, mas também dos contextos familiar, comunitário, cultural e socioeconómico em que estes se inserem e que, combinados entre si, a diversos níveis, podem contribuir para que este tipo de violência ocorra com maior probabilidade em determinados grupos específicos da população. Tais fatores devem ser sempre considerados em conjunto, ou seja, de acordo com as vítimas e seus agressores, sem nunca desprezar o contexto que as envolve. Isto porque

nem todos eles vão condicionar, por si só, um aumento do risco para a ocorrência de violência. A importância dos mesmos prende-se com o facto de, através do seu conhecimento, podermos intervir preventivamente sobre eles, caso estejam presentes, como veremos mais à frente.

Os fatores de risco são classificados de forma semelhante na maioria dos países, em fatores de risco dependentes de características individuais da vítima e do seu agressor e de características socioeconómicas, culturais, comunitárias e familiares próprias dos mesmos. Consequentemente, é assim que passaremos a enunciá-los.

1) Fatores de risco relacionados com a vítima:

Nas crianças, salientam-se como fatores relacionados com uma maior probabilidade de ocorrência de violência neste grupo, a existência de doenças crónicas que possam contribuir para uma maior exigência, a nível físico, psicológico e/ou financeiro, nos cuidados a ter com elas, por parte dos familiares por elas responsáveis (Annerbäck *e col.*, 2010), como défices visuais, auditivos, da linguagem e motores (Svensson *e col.*, 2010), deficiência mental (Matos e Figueiredo, 2001), doenças psiquiátricas (Annerbäck *e col.*, 2010; Svensson *e col.*, 2010), ainda que de forma controversa (Matos e Figueiredo, 2001), entre outras. Estudos em Portugal, em países latinos e nos países nórdicos são ainda concordantes em apontar que, o facto das crianças serem testemunhas de atos de violência entre os vários membros da sua família (principalmente entre os pais), poderá associar-se a um maior risco de elas próprias virem a ser vítimas de violência doméstica, por extensão dessa violência às mesmas (De Almeida *e col.*, 2002; Helweg-Larsen e Bøving Larsen., 2006; Roustit *e col.*, 2009; Annerbäck *e col.*, 2010; Svensson *e col.*, 2010; Lepistö *e col.*, 2011). No que diz respeito a fatores como a idade e/ou o género das crianças, são grandes as diferenças encontradas entre estudos do mesmo país ou de países diferentes, sem grande possibilidade de estabelecermos comparações entre eles. Por outro lado, estas duas características não

representam propriamente fatores de risco para a violência, estando apenas associadas de forma mais ou menos significativa a diferentes tipos de violência.

Nas mulheres, constitui um fator de risco para a violência na idade adulta, a exposição a formas de violência na infância, nomeadamente em países latinos (Nunes, 2003; Garcia-Linares *e col.*, 2005) e nórdicos (Bengtsson-Tops *e col.*, 2005).

Nos idosos, são vistos como propiciadores da violência (de uma forma mais ou menos concordante entre os diferentes países) maioritariamente fatores capazes de causar um aumento da fragilidade e suscetibilidade já existente nesta faixa etária, bem como fatores que condicionem um aumento das necessidades a ter nos seus cuidados, pelos respetivos familiares, tais como: o isolamento social do idoso (Condesso *e col.*, 2008; Costa *e col.*, 2009) e a dependência emocional, psicológica e/ou física em relação ao agressor (maior risco quanto mais dependente for o idoso), traduzida pela presença de patologia médica (comorbilidades médicas), de limitação funcional, existência de deterioração cognitiva ou de psicopatologia, entre outros (Condesso *e col.*, 2008; Costa *e col.*, 2009; Pérez-Cárceles *e col.*, 2009). Também as alterações comportamentais decorrentes de patologias no idoso e que este pode manifestar, nomeadamente sob a forma de comportamentos agressivos e/ou provocativos, podem resultar num risco acrescido de ocorrência de violência sobre os mesmos, dado que requerem uma maior capacidade de compreensão por parte do seu cuidador que nem sempre este possui (De Macedo, 2003), para além de contribuírem para uma maior sobrecarga psicológica no mesmo (Pérez-Rojo *e col.*, 2009).

2) Fatores de risco dependentes do agressor:

Como fatores de risco comuns para a prática de violência doméstica sobre crianças, mulheres e idosos temos o consumo excessivo de álcool pelo agressor (De Almeida *e col.*, 2002; Coelho, 2005; Costa *e col.*, 2009), a presença de patologia psiquiátrica (depressão, distúrbios de personalidade ou outras doenças mentais) e a toxicod dependência por parte do

mesmo (De Almeida *e col.*, 2002; Condesso *e col.*, 2008; Costa *e col.*, 2009; Pérez-Cárceles *e col.*, 2009; Pérez-Rojo *e col.*, 2009; Kauppi *e col.*, 2010; Muchata e Martins, 2010; Nunes e Raminhos, 2010), bem como os antecedentes pessoais de violência doméstica (Condesso *e col.*, 2008; Costa *e col.*, 2009; Magalhães *e col.*, 2009), ainda que estes três últimos suscitem mais controvérsia entre os autores do que o primeiro. Os antecedentes pessoais de violência são fator de risco mais ou menos comprovado para a violência nas mulheres e nas crianças, embora no idoso isso ainda não esteja provado (Condesso *e col.*, 2008). De salientar que o alcoolismo no agressor, em Portugal, é visto como um fator de risco estatisticamente muito mais significativo que a toxicod dependência, principalmente para a violência nas crianças (De Almeida *e col.*, 2002).

No caso específico da violência exercida sobre o idoso, outros fatores de risco incluem a dependência económica do agressor em relação ao idoso (Condesso *e col.*, 2008; Costa *e col.*, 2009), o facto do agressor viver sozinho com o idoso, proporcionando uma maior oportunidade de ocorrência da violência (De Macedo, 2003) e, finalmente, de forma controversa (De Macedo, 2003), o stress resultante duma sobrecarga física, psicológica e económica nos cuidados a ter com o idoso, de que o agressor poderá vir a sofrer, aumentando a probabilidade deste se tornar negligente ou violento para com o outro (Condesso *e col.*, 2008; Costa *e col.*, 2009; Pérez-Rojo *e col.*, 2009).

3) Fatores de risco familiares:

Neste campo as famílias de risco para a violência nas crianças são, muitas vezes, as do tipo monoparental e reconstruídas (De Almeida *e col.*, 2002; Palazzi *e col.*, 2005), embora ocorra violência em famílias nucleares e alargadas (Nilsson *e col.*, 2005; Nunes e Raminhos, 2010; Lepistö *e col.*, 2011). Famílias moderada a severamente disfuncionais, com relações conflituosas entre os familiares, proporcionam um maior risco de violência não só nas crianças (De Almeida *e col.*, 2002; Kauppi *e col.*, 2010; Svensson *e col.*, 2010; Lepistö *e*

col., 2011), mas também nas mulheres e nos idosos, em comparação com as altamente funcionais (Coelho, 2005; Pérez-Cárceles *e col.*, 2009).

4) Fatores de risco comunitários:

Em relação à comunidade que envolve as famílias, o risco de se observar violência no seio das mesmas poderá ser maior quanto menos recursos e serviços de apoio comunitário existirem ao dispor dessas famílias (Matos e Figueiredo, 2001; Costa *e col.*, 2009). Também aqui adquirem importância as relações sociais estabelecidas pelas vítimas e/ou suas famílias com outros familiares, amigos ou vizinhos que, quanto mais limitadas ou inadequadas forem, maior risco poderá existir de ocorrência e/ou perpetuação da violência nas mesmas. Isto verifica-se tanto para Portugal, como para outros países latinos e para países nórdicos, em que a escassez de apoio social, principalmente das vítimas, representa um fator de risco relevante para a existência de violência nas mesmas (Matos e Figueiredo, 2001; Ruiz-Pérez *e col.*, 2006; Costa *e col.*, 2009; Annerbäck *e col.*, 2010; Montero *e col.*, 2011).

5) Fatores de risco culturais:

Fatores como a tolerância, aceitação ou legitimação da violência doméstica por parte das sociedades em que estão inseridas as famílias, apresentam ainda alguma relevância atual, tanto em Portugal como em Espanha, na medida em que a sua prevalência poderá favorecer a ocorrência e a perpetuação da violência nas mesmas, nomeadamente em relação às mulheres (Nunes, 2003; Vives-Cases *e col.*, 2007; Machado *e col.*, 2009) e às crianças (Matos e Figueiredo, 2001; Machado *e col.*, 2007; Nunes e Raminhos, 2010). Tal não se verifica nos países nórdicos, para a violência nas crianças (Annerbäck *e col.*, 2010).

6) Fatores de risco dependentes do nível socioeconómico e educacional das famílias:

Ainda que controversos, são fatores de risco possíveis para a violência nas crianças, um baixo estatuto socioeconómico das famílias em que estas se inserem, em Portugal (De Almeida *e col.*, 2002; Machado *e col.*, 2007; Nunes e Raminhos, 2010) e em Itália (Palazzi *e col.*, 2005), assim como uma categoria profissional e um nível educacional reduzidos dos seus pais, designadamente em Portugal (De Almeida *e col.*, 2002; Machado *e col.*, 2007; Nunes e Raminhos, 2010).

Ruiz-Pérez *e col.* (2006) concluíram que em mulheres espanholas, um nível socioeconómico desfavorável das famílias seria fator de risco para a violência física e sexual, mas não para a violência emocional.

IV.7 – CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA

As consequências da violência doméstica são inúmeras. A sua gravidade vai depender, essencialmente, do tipo de violência praticado e das suas características (modalidade, intensidade, duração no tempo, entre outras), mas também do perfil da vítima e do seu agressor, da relação entre estes e, finalmente, dos diversos tipos de apoio que a vítima tem ao seu dispor. Geralmente, as consequências serão mais graves quando forem praticados mais do que um tipo de violência, em separado ou em simultâneo (Ruiz-Pérez *e col.*, 2007; Escribà-Agüir *e col.*, 2010; Leppäkoski *e col.*, 2011), quanto maior for a duração da violência (Ruiz-Pérez e Plazaola-Castaño, 2005; Helweg-Larsen e Bøving Larsen, 2006; Ruiz-Pérez *e col.*, 2007; Escribà-Agüir *e col.*, 2010), quanto maior for o seu grau de intensidade (Ruiz-Pérez e Plazaola-Castaño, 2005; Ruiz-Pérez *e col.*, 2007; Kristensen e Lau, 2007) ou quando este for aumentando com o tempo, quando a violência tiver início em idades precoces, no caso das crianças (De Almeida *e col.*, 2002; Magalhães *e col.*, 2009) e

quanto menor for a rede de apoio familiar (Escribà-Agüir *e col.*, 2010) ou social (Ruiz-Pérez *e col.*, 2006) que a vítima possui. Não obstante, a consequência de maior gravidade será, sempre, a morte da vítima.

Geralmente, as consequências podem apresentar-se de forma imediata ou a curto-prazo, ou originar sequelas a médio ou a longo-prazos. Independentemente do momento em que aparecem, todas elas têm potencial para aumentar a fragilidade/suscetibilidade das vítimas e diminuir a sua capacidade de recuperação, principalmente no caso das crianças e dos idosos que, já por si, representam grupos de maior vulnerabilidade, dadas as suas idades e capacidade físicas e mentais. Algumas podem mesmo resultar em danos irreversíveis nas vítimas e, em última instância, como já foi dito, podem provocar a sua morte.

As consequências podem ser divididas em físicas, psicológicas ou emocionais e socioeconómicas, na medida em que vão afetar, respetivamente, o bem-estar físico, psíquico e/ou socioeconómico da vítima.

Uma vez que as suas características normalmente diferem segundo os três grupos de vítimas anteriormente considerados (crianças, mulheres e idosos), resolvemos descrevê-las em separado para cada um deles.

1) Consequências nas crianças:

Começando pelo grupo das crianças, as consequências imediatas ou a curto-prazo podem resultar de diferentes formas de violência. A violência física pode causar lesões traumáticas que vão desde ligeiras até mortais. Como exemplos de lesões corporais ligeiras estão descritas as equimoses, as escoriações e os hematomas (Palazzi *e col.*, 2005), as feridas e as queimaduras (De Almeida *e col.*, 2002). Já as fraturas ósseas (Palazzi *e col.*, 2005), as lesões orais e da face (Manea *e col.*, 2007) e as lesões neurológicas, por traumatismos cranianos ou por abanões violentos (Síndrome do “ShakenBaby” – Laurent-Vannier *e col.*, 2009; Nunes e Raminhos, 2010), entre outras, representam consequências mais graves. As

intoxicações intencionais, praticadas pela criança como tentativa de suicídio ou por terceiros, e geralmente provocadas pela ingestão abusiva de substâncias como o álcool, fármacos sedativos ou calmantes (De Almeida *e col.*, 2002) podem ter consequências letais. A violência sexual, apesar de muitas vezes envolver práticas menos intrusivas a nível físico nas crianças (Magalhães *e col.*, 2009), pode deixar lesões nas áreas genitais e/ou ano-rectais, mais comumente sob a forma de equimoses, abrasões ou fissuras (Cattaneo *e col.*, 2007). A negligência, por exemplo por abandono temporário da criança, pode resultar em acidentes como quedas, queimaduras e intoxicações medicamentosas ou por cáusticos, com consequências físicas e orgânicas variadas (De Almeida *e col.*, 2002). A negligência nos cuidados de higiene, alimentação e saúde da criança pode predispor-la por exemplo a infeções e outras doenças facilmente evitáveis (De Almeida *e col.*, 2002).

A médio-prazo encontramos os atrasos de crescimento e de desenvolvimento psicomotor da criança (De Almeida *e col.*, 2002; Palazzi *e col.*, 2005), fruto de consequências orgânicas severas, algumas delas referidas anteriormente. Contudo, é nesta fase que surgem as consequências psicossociais, associadas praticamente a todos os tipos de violência de que a criança pode ser vítima e que adquirem uma grande relevância na literatura pela frequência com que nela são mencionadas. São exemplos destas consequências os défices cognitivos e mentais (De Almeida *e col.*, 2002; Laurent-Vannier *e col.*, 2009), o insucesso escolar por absentismo ou baixo rendimento escolares (De Almeida *e col.*, 2002; Olofsson *e col.*, 2011), a baixa autoestima (Nilsson *e col.*, 2005; Fosse e Holen, 2007), uma fraca perceção da própria saúde (Lepistö *e col.*, 2011), a diminuição do grau de satisfação com a vida (Lepistö *e col.*, 2011), as alterações comportamentais, com manifestações de medo ou angústia (Nilsson *e col.*, 2005), irritabilidade e agressividade (Fosse e Holen, 2007; Kristensen e Lau, 2007; Peltonen *e col.*, 2010), deficientes reações de ajustamento psicossocial (Kristensen e Lau, 2007; Roustit *e col.*, 2009; Peltonen *e col.*, 2010), deterioração das relações familiares e dificuldade noutras relações interpessoais, com problemas em fazer ou manter amigos ou

estabelecer relações de intimidade (Nilsson *e col.*, 2005; Kristensen e Lau, 2007; Lepistö *e col.*, 2011), envolvimento em práticas sexuais de risco (Steel e Herlitz, 2005; Lepistö *e col.*, 2011), das quais podem resultar, por exemplo, a gravidez na adolescência (Nunes e Raminhos, 2010) ou a aquisição de doenças sexualmente transmissíveis, o abuso ou dependência de substâncias como o álcool ou drogas ilegais (De Almeida *e col.*, 2002; Kristensen e Lau, 2007; Roustit *e col.*, 2009; Nunes e Raminhos, 2010), a delinquência pela prática de pequenos furtos ou outros crimes (De Almeida *e col.*, 2002), a transformação em agentes ou vítimas de “bullying” na escola (Lepistö *e col.*, 2011), doenças psiquiátricas como ansiedade, depressão, perturbações alimentares, personalidade antissocial e outros distúrbios de personalidade (Kristensen e Lau, 2007; Roustit *e col.*, 2009; Peltonen *e col.*, 2010), tentativas (ou realização) de suicídio (Reigstad *e col.*, 2006; Kristensen e Lau, 2007), entre outras.

A longo-prazo, para além de se poderem manter e/ou agravar muitas das consequências até agora citadas, existe o risco destas crianças, quando enveredarem em relações de intimidade ou constituírem família, passarem a ser elas próprias vítimas ou agentes de violência conjugal ou de exercem atos de violência doméstica para com os seus filhos (Roustit *e col.*, 2009). Isto pode dever-se, não só ao facto de terem sido vítimas de diversas formas de violência doméstica na sua infância/juventude/adolescência, mas também ao facto de nessa altura poderem ter testemunhado comportamentos violentos entre outros membros da família, aumentando o seu grau de aceitação face à violência (Lepistö *e col.*, 2011). Putkonen *e col.* (2011) referem, ainda, que a exposição à violência doméstica enquanto criança pode aumentar a probabilidade desta vir a ser homicida no futuro.

Ainda a respeito das sequelas a longo prazo, uma breve nota para a violência (deliberada) *in utero* que pode estar na origem da prematuridade, infeção por HIV, sífilis ou tétano neonatal, com as respetivas sequelas neurológicas (De Almeida *e col.*, 2002).

2) Consequências nas mulheres:

Quanto ao grupo das mulheres, as consequências derivam das várias modalidades de violência praticadas pelos agressores no contexto das relações de intimidade estabelecidas entre ambos.

Tal como referido para as crianças, salientam-se como consequências imediatas ou a curto-prazo resultantes de violência física, as lesões corporais traumáticas ligeiras, mais uma vez, como as equimoses, as escoriações, os hematomas, as lacerações, as feridas e as queimaduras, frequentemente na face e extremidades (Nunes, 2003; Leppäkoski *e col.*, 2011). Outras mais graves aparecem sob a forma de fraturas ósseas, luxações articulares, traumatismos cranianos, dentários, oftalmológicos e timpânicos e hemorragias internas (Nunes, 2003; Leppäkoski *e col.*, 2011). Também nas mulheres, diferentes formas de violência física podem ter como consequência a sua morte (Vives-Cases *e col.*, 2007; Vives-Cases *e col.*, 2008).

A médio e a longo prazo surgem, com maior frequência, consequências a nível psicológico, como resultado dos vários tipos de violência considerados, isoladamente ou em conjugação. Encontram-se alterações do sono (Nunes, 2003), sentimentos de angústia, medo do agressor ou pela sua vida (Garcia-Linares *e col.*, 2005; Torrecillas *e col.*, 2008), baixa autoestima e uma fraca perceção da própria saúde (Ruiz-Pérez e Plazaola-Castaño, 2005; Torrecillas *e col.*, 2008; Escribà-Agüir *e col.*, 2010; Montero *e col.*, 2011). É comum existirem distúrbios de ansiedade e/ou de pânico e patologia psiquiátrica depressiva (Nunes, 2003; Torrecillas *e col.*, 2008), muitas vezes com recurso ao consumo exagerado de tranquilizantes, álcool ou drogas recreativas e uso de medicação antidepressiva (Nunes, 2003; Ruiz-Pérez e Plazaola-Castaño, 2005; Escribà-Agüir *e col.*, 2010; Montero *e col.*, 2011). São também frequentes as queixas somáticas (Nunes, 2003; Montero *e col.*, 2011). As tentativas (ou mesmo o ato) de suicídio podem também estar presentes (Nunes, 2003). A nível de patologia pré-existente, podemos encontrar um agravamento de doenças crónicas

como a Hipertensão Arterial, a Diabetes Mellitus, a Asma e outras (Nunes, 2003; Ruiz-Pérez *e col.*, 2007). A nível ginecológico, as mulheres podem apresentar-se com infeções genito-urinárias recorrentes, doenças sexualmente transmissíveis, dor pélvica crónica e dispareunia (Nunes, 2003).

Importa referir que a violência exercida sobre as mulheres, para além de resultar em consequências diretas nas mesmas, pode afetar indiretamente/secundariamente a sua descendência. As mulheres vítimas de violência física durante a gravidez podem ter consequências como o aborto espontâneo e o parto pré-termo (Rodrigues *e col.*, 2008), entre outras. Quando esta violência se estende para o período pós-parto, a mulher pode vir a sofrer com maior probabilidade de sintomatologia depressiva, o que pode ter consequências no desenvolvimento do recém-nascido (Romito *e col.*, 2009). Finalmente, filhos de mães vítimas de violência doméstica manifestam, com maior frequência, sintomas físicos e/ou psicológicos, dificuldades na aprendizagem, problemas comportamentais e outros, em relação a filhos de mães em que este tipo de violência não se aplica (Olofsson *e col.*, 2011).

3) Consequências nos idosos:

No caso dos idosos, a violência pode ocorrer de variadas formas, como nas crianças e/ou nas mulheres, porém importa referir que as suas consequências podem confundir-se com muitos dos sinais ou sintomas resultantes de patologias tipicamente presentes nesta idade (Costa *e col.*, 2009).

A curto-prazo, observamos lesões traumáticas semelhantes àquelas que descrevemos nos dois grupos anteriores (desde as equimoses às fraturas ósseas), como consequência de vários tipos de violência física (Condesso *e col.*, 2008; Costa *e col.*, 2009). Contudo, estas lesões poderão ter consequências de maior gravidade no idoso, em relação aos outros indivíduos, dada a maior vulnerabilidade física a ele associada e a sua menor capacidade de recuperação perante uma determinada lesão (De Macedo, 2003; Condesso *e col.*, 2008). Da

violência sexual podem resultar dor, irritação ou sangramento das áreas vaginal ou anal, equimoses dos genitais ou faces internas das coxas ou o aparecimento de doenças sexualmente transmissíveis ou infeções genito-urinárias (De Macedo, 2003; Condesso *e col.*, 2008). Como consequências da negligência podem existir desidratação e desnutrição, entre outras (Pérez-Cárceles *e col.*, 2009). Não esquecer, ainda, a possibilidade de intoxicação intencional, mais frequentemente, por sobredosagem de medicação neste grupo (Costa *e col.*, 2009).

A médio-prazo são descritas perturbações do sono (insónias ou pesadelos) e do apetite, sintomatologia depressiva, confusão, agitação emocional, comportamentos regressivos, autodestrutivos ou de medo (Condesso *e col.*, 2008).

Não podemos deixar de salientar que, em último caso, também a violência doméstica no idoso pode ter consequências letais, como verificado por Coelho *e col.* (2010). Segundo estes autores, entre 1992 e 2007, no Norte de Portugal, dos 78 casos de suspeita de homicídio em idosos, 36% eram devido a consequências de violência doméstica.

A grande maioria das consequências até aqui mencionadas são observadas de forma mais ou menos equiparada, dentro dos grupos considerados, nos diversos países tidos em conta. De uma forma geral, aparecem descritas predominantemente as consequências do tipo psicossocial, às quais se seguem as consequências físicas e, mais raramente, as consequências letais (maioritariamente associadas a tipos de violência física). Tal pode dever-se (ou não) ao facto das consequências psicossociais serem, efetivamente, as mais comumente encontradas como resultado da violência doméstica em Portugal e nos outros países ou, simplesmente, por serem as mais frequentemente estudadas até ao momento.

IV.8 – INDICADORES DA VIOLÊNCIA

Existem indicadores ou sinais de alerta sugestivos de violência que, tomados em consideração pelos profissionais envolvidos nesta área, podem orientá-los e contribuir para uma deteção mais atempada e eficaz destes casos. Englobam múltiplas manifestações ou apresentações e a sua maioria está relacionada com as consequências dos vários tipos de violência anteriormente descritas para cada grupo de vítimas. É importante não esquecer que, sendo esta uma violência exercida no seio familiar, estes indicadores ou sinais podem estar presentes quer na vítima quer no seu agressor e, por conseguinte, torna-se fundamental avaliar não só a vítima, mas também os seus familiares, sempre que possível.

São exemplos de posturas ou comportamentos suspeitos característicos da vítima:

- O atraso na procura dos cuidados de saúde em situações agudas (Costa *e col.*, 2009; Magalhães *e col.*, 2009). De notar que este atraso, para além de suscitar a suspeição, pode constituir um obstáculo à deteção e/ou diagnóstico da violência (Cattaneo *e col.*, 2007);

- Uma utilização exagerada dos serviços de saúde (Erlingsson *e col.*, 2006; Olofsson *e col.*, 2011), nomeadamente, um elevado número de consultas médicas (Nunes, 2003) ou a recorrência frequente aos serviços de urgência (Costa *e col.*, 2009), por diversos motivos.

No que depende do agressor, os comportamentos ou posturas suspeitas envolvem:

- Atitudes extremistas de hipercriticismo ou, pelo contrário, de solicitude exagerada em relação à vítima e, também, formas de comunicação gestual intimidante a ela direcionadas, principalmente no caso da violência conjugal (Nunes, 2003);

- Recusa por parte do familiar (provável agressor) em deixar a vítima sozinha com o profissional de saúde (Costa *e col.*, 2009);

- Domínio da comunicação com os profissionais de saúde pelo familiar (agressor) que acompanha o doente (vítima), impedindo-o de falar com os mesmos (Erlingsson *e col.*, 2006).

Sintomas suspeitos próprios da vítima:

- Agitação psicomotora com manifestações de medo, ansiedade, pânico ou agressividade, esta última no caso das crianças (Nunes, 2003; Condesso *e col.*, 2008), muitas vezes motivada pela presença concomitante do agressor no decurso da avaliação (Condesso *e col.*, 2008);

- Apatia e/ou Depressão (Nunes, 2003; Erlingsson *e col.*, 2006; Costa *e col.*, 2009; Condesso *e col.*, 2008);

- Insónias e/ou pesadelos (De Macedo, 2003; Nunes, 2003; Condesso *e col.*, 2008);

- Descontrolo emocional, com choro fácil ou até convulsivo (De Macedo, 2003; Erlingsson *e col.*, 2006; Condesso *e col.*, 2008);

- Queixas somáticas (epigastralgias, dor abdominal difusa, pré-cordialgia, lombalgias, dores pélvicas crónicas e outras), particularmente no caso das mulheres (Nunes, 2003; Ruiz-Pérez e Plazaola-Castaño, 2005; Montero *e col.*, 2011);

- Comportamentos regressivos nas crianças, como atraso de desenvolvimento psicológico (Palazzi *e col.*, 2005), enurese ou encoprese (Nunes, 2003) e nos idosos (De Macedo, 2003; Condesso *e col.*, 2008);

- Comportamentos autodestrutivos (Condesso *e col.*, 2008), nomeadamente por intermédio de tentativas de suicídio (Nunes, 2003) e abuso de substâncias ilícitas (Nunes, 2003);

- Sintomas incorretamente atribuídos a demência, no caso dos idosos (De Macedo, 2003, Condesso *e col.*, 2008).

Sinais presentes à inspeção ou ao exame físico da vítima:

- Higiene oral e/ou corporal deficitárias, particularmente relevantes no caso das crianças (Manea *e col.*, 2007) e do idoso (De Macedo, 2003; Costa *e col.*, 2009; Pérez-Cárceles *e col.*, 2009);

- Atrasos de crescimento ou desenvolvimento físico clinicamente significativos nas crianças (Palazzi *e col.*, 2005);

- Alterações de peso, desidratação e/ou desnutrição não atribuíveis a causas orgânicas, especialmente relevantes no idoso (De Macedo, 2003; Condesso *e col.*, 2008; Costa *e col.*, 2009; Pérez-Cárceles *e col.*, 2009);

- Equimoses, hematomas, fraturas ou outras lesões traumáticas (Nunes, 2003; Palazzi *e col.*, 2005; Erlingsson *e col.*, 2006; Costa *e col.*, 2009), múltiplas (Nunes, 2003), bilaterais (Condesso *e col.*, 2008), de diferentes colorações, em diferentes estadios de cura ou cicatrização (Nunes, 2003; Palazzi *e col.*, 2005; Condesso *e col.*, 2008; Costa *e col.*, 2009). É frequente que as vítimas não consigam explicar a origem destas lesões (Erlingsson *e col.*, 2006; Costa *e col.*, 2009), que as explicações não sejam plausíveis (Nunes, 2003; Palazzi *e col.*, 2005; Costa *e col.*, 2009), isto é, não condizem com o tipo de lesões apresentadas ou com os exames complementares efetuados, ou que exista incongruência nos relatos ou explicações para as lesões, dados pela vítima e pelo suposto agressor (Nunes, 2003; Costa *e col.*, 2009). Para além destas características, o local onde se apresentam as lesões também pode sugerir uma origem violenta das mesmas, por exemplo: lesões traumáticas da pele, das regiões oral (Manea *e col.*, 2007) e genito-perineal e os traumatismos cranianos, nas crianças (Palazzi *e col.*, 2005); lesões traumáticas do crânio, tais como alopecia traumática ou perda de audição (Leppäkoski *e col.*, 2011), da face e das extremidades (Nunes, 2003) e fraturas do osso nasal, coluna cervical e costelas (Leppäkoski *e col.*, 2011), nas mulheres; nos idosos, é de suspeitar de equimoses dos genitais ou das faces internas das coxas, das que formam

círculos à volta dos braços, pernas ou tórax ou de marcas de cordas ou qualquer tipo de amarras, principalmente nas mãos, braços ou pernas do indivíduo (De Macedo, 2003);

- Intercorrências durante a gravidez (aborto espontâneo, parto prematuro, hemorragias) ou após o nascimento dos filhos (baixo peso à nascença, sequelas traumáticas) de mulheres vítimas de violência nesse período (Nunes, 2003; Rodrigues *e col.*, 2008);

- Infecções genito-urinárias frequentes e recorrentes (Nunes, 2003) ou doenças sexualmente transmissíveis (De Macedo, 2003; Nunes, 2003; Condesso *e col.*, 2008), ambas surgindo de forma inexplicável.

Relativamente a patologias pré-existentes na vítima e à medicação por ela solicitada, são indicadores de suspeita de violência:

- Agravamento de doenças crónicas, principalmente se bem controladas anteriormente e na ausência de causas orgânicas (Nunes, 2003; Costa *e col.*, 2009; Olofsson *e col.*, 2011);

- Pedidos de medicação tranquilizante, pela vítima, para si ou para o seu companheiro (Nunes, 2003);

- Consumo (muitas vezes excessivo) de medicação antidepressiva e/ou tranquilizante (Nunes, 2003; Ruiz-Pérez e Plazaola-Castaño, 2005; Montero *e col.*, 2011);

- Aumento do consumo de fármacos anti-asmáticos ou anti-alérgicos, antibióticos ou analgésicos nas crianças (Olofsson *e col.*, 2011);

- Esgotamento “ultra-precoce” da medicação prescrita no idoso (Erlingsson *e col.*, 2006);

- Fraca adesão ou resposta à terapêutica instituída no idoso (Costa *e col.*, 2009), possivelmente por sub-medicação.

Outros indicadores específicos do idoso são: o agravamento súbito/recente do seu estado de saúde (Pérez-Cárceles *e col.*, 2009), as quedas frequentes (Costa *e col.*, 2009), o facto do idoso estar evidentemente a receber cuidados precários, apesar de possuir recursos financeiros suficientes e/ou o familiar insistir que os cuidados são adequados ou vão melhorar (De Macedo, 2003; Condesso *e col.*, 2008).

Outros sinais específicos da criança englobam comportamentos anómalos ao exame físico (Palazzi *e col.*, 2005) ou atitudes de proteção relativamente às mães vítimas de violência pelos pais (Nunes, 2003).

Embora perante a presença destes indicadores ou sinais de alerta se possa colocar a hipótese de violência, é importante ter a noção que muitos destes sinais podem surgir num indivíduo sem que este seja vítima de violência. Por exemplo, o idoso, pode apresentar várias lesões como consequência de características próprias do envelhecimento (pele frágil) e/ou associadas aos seus problemas de saúde, tais como perda de equilíbrio ou diminuição da acuidade visual (Costa *e col.*, 2009). Isto é válido não só para o idoso, mas também para as mulheres e para as crianças. Por conseguinte, profissionais de saúde como os médicos devem ter o cuidado de não confundir sinais ou sintomas sugestivos de violência doméstica com aqueles originados por patologias ou outras especificidades inerentes a cada indivíduo e vice-versa. Como falamos em violência doméstica e já referimos, é fundamental que toda a avaliação não seja apenas centrada na suposta vítima, mas que englobe todo o seu seio familiar, sempre que haja oportunidade para tal. Assim, é essencial integrar todos estes dados no contexto que envolve as vítimas, pois só desta forma se poderá suspeitar corretamente da existência de violência doméstica.

IV.9 – ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO E PREVENÇÃO POR PARTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E OUTROS

De acordo com o que foi exposto até agora, podemos compreender que a violência doméstica é um problema que pode afetar todos os membros de uma família (Coelho, 2005), com consequências importantes para a saúde física e mental das vítimas e cuja evolução pode por vezes ser fatal (Ferrão, 2003). Para além disso, a magnitude das consequências que a ela se associam, aliadas aos gastos socioeconómicos com os cuidados médicos que elas acarretam, fazem dela um importante problema de saúde pública (Nunes, 2003; Escribà-Agüir e col., 2006).

Por conseguinte, facilmente se entende o foco que tem sido dado nos últimos anos a respeito da necessidade de intervir nesta área, sendo que todas as estratégias de intervenção, segundo os autores, devem ser elaboradas tendo em conta uma perspetiva preventiva face à violência doméstica.

Para que tal aconteça, é fundamental que todos os profissionais envolvidos na abordagem desta problemática conheçam quais os aspetos relacionados com a violência doméstica, muitos dos quais foram salientados ao longo deste trabalho. Só assim será possível intervir eficazmente de forma a que a violência doméstica não ocorra ou que, no mínimo, não se perpetue. Ou seja, torna-se essencial identificar os fatores de risco associados à violência, criando estratégias na tentativa de os modificar, bem como detetar precocemente a violência, para podermos instituir medidas que evitem a sua continuidade (protegendo a vítima e punindo o agressor).

Contudo, dada a complexidade deste fenómeno, são múltiplos os obstáculos que se vão opondo ao desenvolvimento de estratégias interventivas perfeitas, o que se reflete na prevalência significativa com que a violência ainda se apresenta, mesmo em sociedades

sensibilizadas e conscientes da sua existência (Annerbäck *e col.*, 2010; Svensson *e col.*, 2010).

Estas dificuldades foram existindo numa maneira global em todos os países considerados, nomeadamente no que respeita:

- A fatores relacionados com as vítimas: sentimentos de embaraço, vergonha, culpa, medo, dependência física e emocional face ao agressor (Erlingsson *e col.*, 2006; Reigstad *e col.*, 2006; Condesso *e col.*, 2008; Lepistö *e col.*, 2011; Leppäkoski *e col.*, 2011), desconhecimento dos seus direitos e dos recursos disponíveis para seu auxílio e proteção (Leppäkoski *e col.*, 2011), muitas subestimam a severidade da violência ou não a reconhecem como tal (Kristensen e Lau, 2007) e outros, que as impedem de denunciar a violência de que são alvo e favorecem a sua negação e/ou ocultação (Coelho, 2005).

- A fatores relacionados com os profissionais envolvidos: falta de conhecimento da verdadeira extensão do problema (Erlingsson *e col.*, 2006; Condesso *e col.*, 2008), falta de formação em como detetar e lidar com estas situações (Manea *e col.*, 2007; Coll-Vinent *e col.*, 2008; Torrecillas *e col.*, 2008; Montero *e col.*, 2011), desconforto com a responsabilidade de atuação perante a violência (Nunes, 2003), escassez ou desconhecimento dos instrumentos e recursos disponíveis, limitando a sua intervenção (Nunes, 2003; Romito *e col.*, 2009; Roustit *e col.*, 2009), crenças e atitudes erradas face à violência e as vítimas (Machado *e col.*, 2009; Leppäkoski *e col.*, 2011), entre outros.

- A fatores relacionados com o contexto social que envolve as famílias: instabilidade socioeconómica dos países (Nunes e Raminhos, 2010), tolerância e cumplicidade para com a violência (Coelho, 2005), desigualdade entre os géneros nas sociedades portuguesa e espanhola (Nunes, 2003; Vives-Cases *e col.*, 2007), mas não nas nórdicas (Loewenberg, 2005; Svensson *e col.*, 2010), entre outros.

Consequentemente, os autores são da opinião de que é necessário que todos os esforços no combate à violência doméstica abranjam diversas áreas de intervenção e diversos

profissionais dos serviços de saúde, serviços sociais, educação, autoridades policiais, serviços políticos e legais para que, em articulação uns com os outros, tal combate seja progressivamente mais eficaz (Bengtsson-Tops *e col.*, 2005; Nilsson *e col.*, 2005; Ruiz-Pérez *e col.*, 2006; Machado *e col.*, 2009; Escribà-Agüir *e col.*, 2010; Lepistö *e col.*, 2011; Leppäkoski *e col.*, 2011). Para além disso, salientam a importância de uma investigação científica permanentemente atualizada, de forma a fomentar o conhecimento cada vez mais aprofundado sobre o tema (Ruiz-Pérez *e col.*, 2006; Vives-Cases *e col.*, 2008). Por outro lado, evidenciam a necessidade da criação de mais e melhores medidas legislativas (Vives-Cases *e col.*, 2008; Peltonen *e col.*, 2010), no sentido de fornecer maior disponibilidade de recursos nas comunidades, maior proteção às vítimas e uma punição mais eficaz dos seus agressores.

Assim sendo, ao longo dos últimos anos, os governos dos diversos países foram dando resposta a estes problemas de forma a reduzir as dificuldades apontadas.

Em Portugal, têm vindo a ser feitos esforços no sentido da intervenção e da prevenção deste fenómeno, desde que a violência doméstica foi considerada como um problema social e de saúde pública no nosso país.

O aumento da sensibilização e consciencialização da sociedade portuguesa neste sentido reflete-se, ao longo dos anos, na implementação de medidas legislativas e criação de iniciativas públicas para combater a violência doméstica e proteger as suas vítimas (Machado *e col.*, 2007). Atualmente, a violência doméstica é considerada um crime de natureza pública e funcionários públicos como os médicos têm a obrigação legal de a denunciar, de acordo com o artigo 242º do Código do Processo Penal Português – “a denúncia é obrigatória, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos, para os funcionários públicos, quanto a crimes que tomaram conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas”.

Por outro lado, Portugal já conta com a criação e aprovação de 4 Planos Nacionais Contra a Violência Doméstica. O IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica, 2011-2013 (IV PNCVD), é aquele que se encontra de momento em vigor no país, é resultado da Lei nº 112/2009, de 16 de Setembro, previamente mencionada e foi aprovado a 17 de Dezembro de 2010, como consta na Resolução do Conselho de Ministros nº 100/2010.

Este Plano foi realizado tendo em conta, não só “uma perspetiva criminal na definição e abordagem da violência doméstica”, mas também “as dinâmicas socioculturais e valores civilizacionais que têm sustentado os desequilíbrios e desigualdades de género e que estão na origem da sua emergência e reprodução”.

Como já foi dito, não representa o primeiro esforço nacional para combater este problema, mas vem dar continuidade a políticas prévias de prevenção e intervenção da violência, reforçar e consolidar estratégias bem sucedidas, anteriormente desenvolvidas pelos Planos I, II e III. Apesar de continuar a privilegiar a abordagem da violência contra as mulheres no contexto doméstico, introduz medidas de intervenção inovadoras e específicas para outras vítimas de violência doméstica, nomeadamente pessoas jovens e idosas (entre outras) e inclui ainda, medidas de intervenção junto dos agressores.

O Plano contempla cinco áreas estratégicas de intervenção cada uma abrangendo diversas medidas com vista a:

- reforçar a informação, sensibilização e educação da comunidade em geral e dos públicos estratégicos, de forma a promover a cidadania e a igualdade de género, alterando perceções, práticas e comportamentos face às situações de violência doméstica em função do género e abolindo a legitimação e a tolerância social face à mesma;

- alargar e melhorar a proteção às vítimas, a promoção da sua segurança e a sua integração social a todo o território nacional, incluindo vítimas jovens e idosas, destacando-se nesta área a criação de uma base de dados de denúncias (com possibilidade de verificação do número de denúncias por ano, trajetória e desfecho das mesmas), a implementação de

protocolos de atendimento standardizados para vítimas de violência doméstica (diagnóstico, encaminhamento e intervenção) nas urgências hospitalares e cuidados de saúde primários e a aplicação de um rastreio nacional de violência doméstica nas grávidas, entre outros;

- prevenir a reincidência da violência doméstica nas vítimas atuais ou nas relações futuras, intervindo de forma inovadora, desta vez sobre os agressores, na tentativa de reduzir e alterar os seus comportamentos e de forma a garantir que lhe seja atribuída eficazmente a responsabilidade penal pelos seus atos, sem prejuízo para a segurança das vítimas;

- melhorar a qualificação técnica e pessoal dos profissionais que trabalham com as vítimas e com os agressores, com o intuito de tornar a sua intervenção nesta área cada vez mais eficaz, promover a inclusão do tema da violência doméstica nos planos curriculares de cursos e formações relacionadas com a intervenção neste domínio, criar ou atualizar módulos disciplinares sobre a violência doméstica nos planos curriculares das áreas das ciências humanas, sociais, criminais e da saúde;

- incrementar a investigação científica no âmbito da violência doméstica (procurando um conhecimento cada vez mais aprofundado da mesma), monitorizar o fenómeno e avaliar o impacto e a eficácia das medidas de prevenção e intervenção implementadas junto das vítimas, com vista a um aperfeiçoamento progressivo das mesmas, à luz de uma informação permanentemente atualizada.

Em relação aos outros países, a literatura revista dá conta de alguns dos esforços efetuados também neste sentido, dos quais se destacam:

ESPAÑA

Desde meados dos anos 90, têm-se criado medidas e políticas de intervenção e prevenção para a violência doméstica:

- Em 1998 e em 2001 surgiram os I e II Planos de Acção contra a Violência Doméstica, em vigor entre 1998-2000 e 2001-2004, respetivamente (Vives-Cases *e col.*, 2008);

- Através de uma iniciativa de defesa da saúde das mulheres, criada na internet, Espanha conta com a publicação mensal do Índice Epidémico de mortes por violência conjugal, desde 2003, com o objetivo de aumentar a consciencialização pública face à violência doméstica nas mulheres espanholas (Vives-Cases *e col.*, 2005);

- Em 2004, foi elaborada a Lei Orgânica 1/2004 de proteção integral contra a violência de género (Vives-Cases *e col.*, 2007) que, entre outras medidas, introduziu penas mais elevadas para os agressores, diminuiu o tempo requerido para a obtenção de um divórcio, aumentou o financiamento das casas de abrigo, promoveu programas de treino para médicos, psicólogos e juízes e campanhas em instituições públicas de educação e nos órgãos de comunicação social (Loewenberg, 2005; Vives-Cases, 2006), de forma a incrementar a sensibilização e consciencialização da sociedade para a violência e a proteção das mulheres vítimas da mesma (Vives-Cases, 2006) e a melhorar a deteção da violência e o acompanhamento das vítimas, por parte dos profissionais envolvidos nesta área (Loewenberg, 2005);

- A realização e implementação de um modelo único para declaração, por parte de profissionais de saúde, de casos de violência conjugal, em Valencia - “Informe Médico por presunta violencia doméstica (adultos)” - com vista a homogeneizar dados epidemiológicos e a torná-los mais fidedignos e que inclui um original que serve de documento legal para enviar às autoridades judiciais, de maneira a agilizar todo o processo (Escribà-Agüir *e col.*, 2006);

- A validação e extrapolação para a população espanhola de rastreios para a deteção mais eficaz da violência conjugal – “Woman Abuse Screening Tool” (Plazaola-Castaño *e*

col., 2008) e da violência nos idosos – “Índice de suspeita de maus-tratos a pessoas idosas” (Pérez-Rojo *e col.*, 2008), no âmbito dos cuidados de saúde primários;

- A obrigação legal de denúncia de casos de violência doméstica em adultos às autoridades judiciais, pelos profissionais de saúde (Escribà-Agüir *e col.*, 2006).

ITÁLIA

- Em 1996, surgiu a Lei nº 66/96 que passou a encarar a violência sexual na criança como crime contra a liberdade pessoal (Cattaneo *e col.*, 2007);

- No mesmo ano, criou-se o Centro “Soccorso Violenza Sessuale” para assistência e avaliação médico-legal de crianças vítimas de violência sexual (Cattaneo *e col.*, 2007);

- A denúncia obrigatória de casos de violência sexual na criança (Cattaneo *e col.*, 2007; Manea *e col.*, 2007).

NOS PAÍSES NÓRDICOS EM GERAL

- A violência doméstica e os maus-tratos já contam com definições oficiais e com legislação de forma a combatê-los;

- Já estabeleceram programas nacionais de registo sanitário como fontes de informação fundamentais para a investigação de resultados a nível da saúde (Muslera-Canclini *e col.*, 2009).

DINAMARCA

- Existem registos nacionais para estudos epidemiológicos que cobrem toda a população de dados de violência sexual na criança – “Registo criminal” e “Registo nacional de doentes” (Helweg-Larsen e Larsen, 2005);

- A violência sexual na criança (<15 anos) e no adolescente (<18 anos) é considerada crime público, segundo o Código Penal Dinamarquês (Helweg-Larsen e Bøving Larsen, 2006);

- As formas de castigo corporal na criança estão proibidas por lei desde 1997, de acordo com o Código Penal Dinamarquês (Peltonen *e col.*, 2010).

FINLÂNDIA

- O castigo corporal na criança é proibido desde 1984, de acordo com o Código Penal deste país (Peltonen *e col.*, 2010);

- Desde 1 de Setembro de 1995 (Lei nº 578/1995 do Código Penal Finlandês), a violência doméstica constitui um crime público (Leppäkoski *e col.*, 2011);

- Os profissionais de saúde que atendam mulheres vítimas de violência doméstica são obrigados por lei a verificar a segurança dos seus filhos e a contactar os serviços sociais, caso estes se encontrem em perigo (Leppäkoski *e col.*, 2011);

- Os Departamentos de Pedopsiquiatria e os Serviços de Saúde desenvolveram unidades psiquiátricas para crianças com idade inferior a 3 anos e seus pais, para auxiliar a interação precoce entre ambos e para permitir intervenções rápidas em famílias disfuncionais (Kauppi *e col.*, 2010);

- A violência doméstica tem sido o foco de muitos projetos nacionais de maneira a que as autoridades identifiquem prontamente situações nas quais crianças vítimas de violência estejam em perigo (Kauppi *e col.*, 2010).

NORUEGA

- Os profissionais de saúde são obrigados a denunciar casos de violência na criança aos serviços de proteção da mesma e às autoridades policiais (Reigstad *e col.*, 2006).

SUÉCIA

- Os profissionais de saúde são obrigados, de acordo com o “Children and Young Persons Act”, a denunciar casos de suspeita de violência nas crianças aos serviços sociais e à polícia, desde 1924 (Borres e Hägg, 2007);

- O “Social Services Act” de 1968, obriga a denúncia pelos profissionais de saúde de qualquer suspeita de situações em que as crianças se encontrem em risco (Borres e Hägg, 2007);

- Em 1979, a Suécia foi o primeiro país do mundo a proibir o castigo corporal na criança; desde então, todas as restantes formas de violência na mesma foram também proibidas legalmente (Annerbäck *e col.*, 2010);

- A Suécia conta com uma lei semelhante à Lei espanhola de proteção integral contra a violência de género de 2004 (Vives-Cases *e col.*, 2008).

“A diversificação e a ampliação dos recursos e das medidas disponíveis” entre várias nações, “resultam provavelmente de uma maior consciência social, política e científica” face à violência doméstica (Machado *e col.*, 2009). Efetivamente, a literatura dá conta de um conhecimento cada vez mais aprofundado sobre o assunto (traduzido pelo aumento da investigação nesta área) e de uma crescente consciencialização e sensibilização das sociedades acerca do mesmo. Contudo, a violência doméstica não é uma realidade do passado...

Uma última nota apenas para os médicos, que são considerados de uma forma geral, por todos os países em questão, elementos-chave na deteção precoce das várias formas de violência, pois encontram-se na primeira linha de atendimento das vítimas, seja a nível dos cuidados primários ou a nível hospitalar e, como tal, devem estar aptos para suspeitar, detetar e lidar com estas situações.

Por outro lado, devem ser capazes de tratar das consequências da violência, informar as vítimas sobre as várias opções de ajuda ao seu dispor, avaliar a sua segurança, fornecer suporte psicossocial às mesmas, entre outros. Finalmente, todos os médicos têm o dever de sinalizar/denunciar o caso às autoridades competentes, tal como foi referido anteriormente.

V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por ser um crime de natureza pública, as situações de violência doméstica devem ser denunciadas ao Ministério Público, independentemente da vontade da vítima (artigo 48º do Código do Processo Penal), o qual inicia a sua intervenção com o objetivo de proteger a vítima e de proceder à investigação criminal. A denúncia da suspeita destes crimes é obrigatória, mesmo que os agentes do crime não sejam conhecidos, para os funcionários (na aceção do artigo 386º do Código Penal) quanto a crimes de que tomarem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas (artigo 242º do Código do Processo Penal).

Podem ser as próprias vítimas a denunciar a situação à autoridade judiciária, ao órgão de polícia criminal ou dirigirem-se diretamente às Delegações e Gabinetes Médico-Legais para procederem à denúncia, de acordo com o legislado (nº1 do artigo 4º da Lei 45/2004, de 19 de Agosto, que estabelece o regime jurídico das perícias médico-legais), sendo neste caso de imediato transmitida ao Ministério Público juntamente com o envio do relatório do exame médico-legal de avaliação do dano corporal realizado.

Sabemos que denunciar a violência doméstica não é fácil, a maioria das vezes por fatores culturais e sentimentos de medo, estando estes relacionados quer com a vulnerabilidade da vítima quer com as suas dependências afetivas, socioeconómicas e, por vezes, físicas.

Acontece que muitas das vítimas nunca chegam a expor abertamente a situação em que se encontram. No entanto, recorrem de forma repetida, às unidades de saúde para tratamento das lesões e doenças resultantes da violência, pelo que os profissionais de saúde desempenham um papel crucial na sinalização destes casos.

Contudo, a identificação de possíveis casos de violência doméstica ou a suspeita da sua existência por parte dos profissionais de saúde ou outros não faz, por si só, o diagnóstico. É necessário que esta suspeita seja confirmada, o que requer a intervenção de especialistas

capazes de elaborar um diagnóstico clínico seguro, responsabilidade que, em Portugal, é cometida ao Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. (Magalhães, 2010).

É essencial a eficaz e atempada deteção destes casos e o correto encaminhamento das vítimas para que se possa proceder ao exame médico-legal, realizado quer nas Delegações e Gabinetes Médico-Legais do INML, quer em Instituições de Saúde (ao abrigo do artigo 13º da Lei 45/2004, de 19 de Agosto) quando se torna necessário observar com brevidade a vítima, tendo como objetivo fundamental proceder à colheita de vestígios ou amostras suscetíveis de se perderem ou alterarem rapidamente. Torna-se particularmente importante nos casos de crimes sexuais em que é fulcral a realização do exame médico-legal o mais precocemente possível, tendo em vista a obtenção de uma prova científica através das evidências físicas e biológicas.

Convém, contudo, sublinhar que dada a complexidade deste fenómeno, o seu diagnóstico e intervenção são interdisciplinares, sendo essencial a atuação articulada e em rede, com conhecimento e respeito pelo papel e competências de cada um dos interlocutores, de modo a que a investigação e orientação da vítima seja correta para evitar intervenções repetidas e subsequentemente a vitimização secundária.

Importante referir que o exame médico-legal pode ser solicitado quer pelas entidades judiciais ou judiciárias, outro médico para uma segunda opinião, assistentes sociais ou outros profissionais de outras áreas, quer pelas próprias vítimas ou o seu representante legal.

A perícia forense constitui um meio de prova obrigatória, desempenhando um papel decisivo na averiguação da existência deste tipo de situações, sendo fundamental para o enquadramento jurídico-penal. Para além da atividade probatória, os serviços médico-legais realizam ainda atividades do foro assistencial, que inclui o acolhimento, acompanhamento e orientação clínica, psicológica e social das vítimas de violência e de formação e investigação, perspectivadas no sentido da prevenção.

A perícia médico-legal é constituída por uma entrevista, passo fundamental no reconhecimento destas situações, a qual para além da colheita de informação sobre o caso, é importante para estabelecer a urgência da situação em termos clínicos e médico-legais, fornecer informação sobre a preservação de eventuais vestígios biológicos e/ou não biológicos, da necessidade de contactar outros profissionais da rede e orientar/proteger a vítima e, de um rigoroso e minucioso exame objetivo, onde são avaliados e descritos os danos provocados na integridade psicofísica da vítima.

O diagnóstico das situações de violência doméstica exige o conhecimento dos sinais e sintomas, os quais variam segundo o tipo de abuso – físico, sexual, psicológico, embora existam regras gerais que podem ser aplicadas na avaliação sistemática destas situações.

O abuso físico, muitas vezes associado à violência psicológica, representa o motivo mais frequente de denúncia e subsequente avaliação médico-legal, podendo ser identificado através de indicadores ou sinais de alerta. São sinais que correspondem às lesões, as quais obedecem, regra geral, a um determinado padrão - lesões centrais, bilaterais, múltiplas, em diferentes estadios de evolução e lesões modeladas, bem como sintomas, tais como inadequação da explicação sobre o mecanismo de produção da lesão, mudanças na explicação ou recusa em explicar, inadequação do intervalo de tempo entre a lesão e a procura de tratamento e história de lesões repetidas.

VI – AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à Prof. Doutora Helena Teixeira e à Dra. Rosário Silva, minhas orientadora e co-orientadora, respetivamente, cuja orientação, colaboração e disponibilidade foram fundamentais na elaboração do presente trabalho. Os meus maiores agradecimentos por todo o conhecimento partilhado e auxílio prestado ao longo deste tempo.

Ao Exmo. Prof. Doutor Duarte Nuno Vieira, Presidente do Instituto Nacional de Medicina Legal, os meus sinceros agradecimentos, por desde cedo ter motivado o meu interesse académico pela área de Medicina Legal e ter tornado possível a realização deste trabalho na referida área científica.

Desejava também agradecer ao Exmo. Prof. Doutor Francisco Corte Real, Diretor da Delegação Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, pela permissão em usufruir deste espaço e respetivos recursos.

Finalmente, não posso deixar de agradecer ao restante corpo docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, sem o qual não me teria sido possível chegar até aqui.

VII – BIBLIOGRAFIA

Annerbäck EM, Wingren G, Svedin CG; Gustafsson PA (2010) Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden - findings from a population-based youth survey. *Acta Paediatr* 99: 1229-1236.

Araújo HS (1991) A violência na família. *Rev Port Pedopsiq* 1: 43-55.

Artigo 48º do Código do Processo Penal Português, 29 de Agosto de 2007 – Diário da República, série I – N.º 166.

Artigo 242º do Código do Processo Penal Português, 25 de Agosto de 1998 – Diário da República, I série-A – N.º 195.

Artigo 386º do Código Penal Português, 15 de Março de 1995 – Diário da República, I série-A – N.º 63.

Bengtsson-Tops A, Markström U, Lewin B (2005) The prevalence of abuse in Swedish female psychiatric users, the perpetrators and places where abuse occurred. *Nord J Psychiatry* 59: 504-510.

Borres MP, Hägg A (2007) Child abuse study among Swedish physicians and medical students. *PediatrInt* 49: 177-182.

Cattaneo C, Ruspa M, Motta T, Gentilomo A, Scagnelli C (2007) Child sexual abuse: an Italian perspective. *Am J Forensic Med Pathol* 28: 163-167.

Coelho L, Ribeiro T, Dias R, Santos A, Magalhães T (2010) Elder homicide in the north of Portugal. *J Forensic Leg Med* 17: 383-387.

Coelho P (2005) Violência conjugal: violência física conjugal nas mulheres que recorrem aos cuidados de saúde primários. *Rev Port Clin Geral* 21: 343-351.

Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs U, Rodríguez D, Millá J, Santiñà M (2008) El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit* 22: 7-10.

Condesso D, Silva C, Mateus MA, Nogueira O (2008) Abuso e negligência no idoso. *Anamnesis* 17: 4-7.

Costa I, Pimenta A, Brigas D, Santos L, Almeida S (2009) Maus tratos nos idosos: abordagem nos cuidados de saúde primários. *Rev Port Clin Geral* 25: 537-542.

De Almeida HN, André IM, De Almeida AN (2002) Maus tratos às crianças na família. *Acta Med Port* 15: 257-267.

De Macedo AV (2003) Violência contra idosos. *Rev Port Clin Geral* 19: 175-181.

Erlingsson CL, Carlson SL, Saveman BI (2006) Perceptions of elder abuse: voices of professionals and volunteers in Sweden - an exploratory study. *Scand J Caring Sci* 20: 151-159.

Escribà-Agüir V, Barona-Vilar C, Calvo-Mas C, Carpio-Gesta ML, Fullana-Montoro A (2006) Lesiones por violencia doméstica en la Comunidad Valenciana. *Gac Sanit* 20: 510-512.

Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Montero-Piñar MI, Vives-Cases C, Plazaola-Castaño J, Martín-Baena D, G6 for the Study of Gender Violence in Spain (2010) Partner violence and

psychological well-being: buffer or indirect effect of social support. *Psychosom Med* 72: 383-389.

Ferrão A (2003) Violência Familiar. *Rev Port Clin Geral* 19: 133-137.

Figueiredo B, Bifulco A, Paiva C, Maia A, Fernandes E, Matos R (2004) History of childhood abuse in Portuguese parents. *Child Abuse Negl* 28: 669-682.

Finnilä-Tuohimaa K, Santtila P, Sainio M, Niemi P, Sandnabba K (2005) Connections between experience, beliefs, scientific knowledge, and self-evaluated expertise among investigators of child sexual abuse in Finland. *Scand J Psychol* 46: 1-10.

Fosse GK, Holen A (2007) Reported maltreatment in childhood in relation to the personality features of Norwegian adult psychiatric outpatients. *J NervMent Dis* 195: 79-82.

Garcia-Linares MI, Pico-Alfonso MA, Sanchez-Lorente S, Savall-Rodriguez F, Celda Navarro N, Blasco-Ros C, Martinez M (2005) Assessing physical, sexual, and psychological violence perpetrated by intimate male partners toward women: a Spanish cross-sectional study. *Violence Vict* 20: 99-123.

Helweg-Larsen K, Bøving Larsen H (2006) The prevalence of unwanted and unlawful sexual experiences reported by Danish adolescents: results from a national youth survey in 2002. *ActaPaediatr* 95: 1270-1276.

Helweg-Larsen K, Larsen HB (2005) A critical review of available data on sexual abuse of children in Denmark. *Child Abuse Negl* 29: 715-724.

IV Plano Nacional contra a Violência Doméstica, 17 de Dezembro de 2010 – Diário da República, 1.ª série – N.º 243, 5763-5773.

Kauppi A, Kumpulainen K, Karkola K, Vanamo T, Merikanto J (2010) Maternal and Paternal Filicides: A Retrospective Review of Filicides in Finland. *J Am Acad Psychiatry Law* 38: 229-238.

Kristensen E, Lau M (2007) Women with a history of childhood abuse. Long-term social and psychiatric aspects. *Nord J Psychiatry* 61: 115-120.

Laurent-Vannier A, Toure H, Vieux E, Brugel DG, Chevignard M (2009) Long-term outcome of the shaken baby syndrome and medicolegal consequences: a case report. *Ann PhysRehabil Med* 52: 436-447.

Lei n.º 61/91, 13 de Agosto de 1991 – Diário da República, I série-A – N.º 185, 4100-4102.

Lei n.º 93/99, 14 de Julho de 1999 – Diário da República, I série-A – N.º 162, 4386-4391.

Lei n.º 107/99, 3 de Agosto de 1999 – Diário da República, I série-A – N.º 179, 4994.

Lei n.º 147/99, 1 de Setembro de 1999 – Diário da República, I série-A – N.º 204, 6115-6132.

Lei n.º 45/2004, 19 de Agosto de 2004 – Diário da República, I série-A – N.º 195, 5362-5368.

Lei n.º 59/2007, 4 de Setembro de 2007 – Diário da República, 1.ª série – N.º 170, 6181-6258.

Lei n.º 112/2009, 16 de Setembro de 2009 – Diário da República, 1.ª série – N.º 180, 6550-6561.

Lepistö S, Luukkaala T, Paavilainen E (2011) Witnessing and experiencing domestic violence: a descriptive study of adolescents. *Scand J Caring Sci* 25: 70-80.

Leppäkoski T, Paavilainen E, Åsted-Kurki P (2011) Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective. *International Emergency Nursing* 19: 27-36.

Loewenberg S (2005) Domestic violence in Spain. *Lancet* 365: 464.

Machado C, Gonçalves M, Matos M, Dias AR (2007) Child and partner abuse: self reported prevalence and attitudes in the north of Portugal. *Child Abuse Negl* 31: 657-670.

Machado C, Pereira M, Rato A, Pereira I, Carvalho C, Capitão L (2009) Crenças e atitudes dos profissionais face à violência conjugal: estudos com profissionais de saúde, polícias e professores. *Acta Med Port* 22: 735-742.

Magalhães T (2010) *Violência e Abuso*. Imprensa da Universidade de Coimbra.

Magalhães T, Ribeiro CS, Jardim P, Vieira DN (2011) Procedimentos forenses no âmbito da recolha de informação, exame físico e colheita de vestígios em crianças e jovens vítimas de abuso físico e/ou sexual. *Acta Med Port* 24: 339-348.

Magalhães T, Taveira F, Jardim P, Santos L, Matos E, Santos A (2009) Sexual abuse of children. A comparative study of intra and extra-familial cases. *J Forensic Leg Med* 16: 455-459.

Manea S, Favero GA, Stellini E, Romoli L, Mazzucato M, Facchin P (2007) Dentists' perceptions, attitudes, knowledge, and experience about child abuse and neglect in northeast Italy. *J ClinPediatr Dent* 32: 19-25.

Matos R, Figueiredo B (2001) Maus tratos à criança: factores de risco e factores protectores. *Psiquiatr Clin* 22: 273-280.

Mattila VM, Parkkari J, Lintonen T, Kannus P, Rimpelä A (2005) Occurrence of violence and violence-related injuries among 12-18 year-old Finns. *Scand J Public Health* 33: 307-313.

Montero I, Escriba V, Ruiz-Pérez I, Vives-Cases C, Martín-Baena D, Talavera M, Plazaola J (2011) Interpersonal Violence and Women's Psychological Well-Being. *Journal of Women's Health* 20: 295-301.

Muchata T, Martins C (2010) Impacto da toxicodependência na parentalidade e saúde mental dos filhos: uma revisão bibliográfica. *Toxicodependências* 16: 47-56.

Muslera-Canclini E, Natal C, García V, Fernández-Muñoz P (2009) Description of registration of episodes of gender violence in medical records in the Principality of Asturias, Spain. *GacSanit* 23: 558-561.

Nilsson G, Bengtsson-Tops AB, Persson L (2005) Childhood abuse in Swedish female users of psychiatric services. *J PsychiatrMent Health Nurs* 12: 365-371.

Nunes AS (2003) Violência conjugal: o papel do médico de família. *Rev Port Clin Geral* 19: 141-147.

Nunes P, Raminhos I (2010) Maus tratos infantis - a realidade de um hospital distrital. *Acta Med Port* 23: 413-418.

Olofsson N, Lindqvist K, Gådin KG, Bråbäck L, Danielsson I (2011) Physical and psychological symptoms and learning difficulties in children of women exposed and non-exposed to violence: a population-based study. *Int J Public Health* 56: 89-96.

Palazzi S, De Girolamo G, Liverani T (2005) Observational study of suspected maltreatment in Italian paediatric emergency departments. *Arch Dis Child* 90: 406-410.

Peltonen K, Ellonen N, Larsen HB, Helweg-Larsen K (2010) Parental violence and adolescent mental health. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 19: 813-822.

Pereda N, Forns M (2007) Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse Negl* 31: 417-426.

Pérez-Cárceles MD, Rubio L, Pereninguez JE, Pérez-Flores D, Osuna E, Luna A (2009) Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: the extent and risk factors. *Arch GerontolGeriatr* 49: 132-137.

Pérez-Rojo G, Izal M, Montorio I, Penhale B (2009) Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Arch GerontolGeriatr* 49: 17-21.

Pérez-Rojo G, Sancho Castiello MT, ArandaJaquotot MT (2008) Spanish contribution to international advances in the linguistic and cultural adaptation of a screening tool for elder abuse. *Rev EspGeriatrGerontol* 43: 180-188.

Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E (2008) Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. *Gac Sanit* 22: 415-420.

Priebe G, Svedin CG (2009) Prevalence, characteristics, and associations of sexual abuse with sociodemographics and consensual sex in a population-based sample of Swedish adolescents. *J Child Sex Abus* 18: 19-39.

Putkonen H, Weizmann-Henelius G, Lindberg N, Rovamo T, Häkkänen-Nyholm H (2011) Gender differences in homicide offenders' criminal career, substance abuse and mental health care. A nationwide register-based study of Finnish homicide offenders 1995-2004. *Criminal Behaviour and Mental Health* 21: 51-62.

Reigstad B, Jørgensen K, Wichstrøm L (2006) Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: prevalences and correlates. *Nord J Psychiatry* 60: 58-66.

Risco Romero C, PaniaguaViciosoMdel C, Jiménez Mendoza G, PobladorCurtó MD, Molina Martínez L, Buitrago F (2005) Prevalence and risk factors of suspicion abuse in elder population. *Med Clin (Barc)* 125: 51-55.

Rodrigues T, Rocha L, Barros H (2008) Physical abuse during pregnancy and preterm delivery. *Am J ObstetGynecol* 198: 171.e1-171.e6.

Romito P, Pomicino L, Lucchetta C, Scrimin F, Turan JM (2009) The relationships between physical violence, verbal abuse and women's psychological distress during the postpartum period. *J PsychosomObstetGynaecol* 30: 115-121.

Romito P, Turan JM, Neilands T, Lucchetta C, Pomicino L, Scrimin F (2009) Violence and Women's Psychological Distress After Birth: An Exploratory Study in Italy. *Health Care Women Int* 30: 160-180.

Roustit C, Renahy E, Guernec G, Lesieur S, Parizot I, Chauvin P (2009) Exposure to interparental violence and psychosocial maladjustment in the adult life course: advocacy for early prevention. *J Epidemiol Community Health* 63: 563-568.

Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J (2005) Intimate Partner Violence and Mental Health Consequences in Women Attending Family Practice in Spain. *Psychosomatic Medicine* 67: 791-797.

Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Alvarez-Kindelán M, Palomo-Pinto M, Amalte-Barrera M, Bonet-Pla A, De Santiago-Hernando ML, Herranz-Torrubiano A, Garralón-Ruiz LM, Gender Violence Study Group (2006) Sociodemographic associations of physical, emotional, and sexual intimate partner violence in Spanish women. *Ann Epidemiol* 16: 357-363.

Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Del Río-Lozano M (2007) Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *European Journal of Public Health* 17: 437-443.

Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Del Río-Lozano M, and the Gender Violence Study Group (2006) How do women in Spain deal with an abusive relationship? *J Epidemiol Community Health* 60: 706-711.

Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C, Montero-Piñar MI, Escribà-Agür V, Jiménez-Gutiérrez E, Martín-Baena D, G6 para el Estudio de la Violencia de Género en

España (2010) Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gac Sanit* 24: 128-135.

Steel JL, Herlitz CA (2005) The association between childhood and adolescent sexual abuse and proxies for sexual risk behavior: a random sample of the general population of Sweden. *Child Abuse Negl* 29: 1141-1153.

Svensson B, Bornehag CG, Janson S (2010) Chronic conditions in children increase the risk for physical abuse – but vary with socio-economic circumstances. *ActaPædiatrica* 100: 407-412.

Torrecillas JMG, Durántez JT, Pereira Mdel CL, Tirado Mdel CG, Tejero RA (2008) Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 40: 455-461.

Vives-Cases C (2006) Intimate partner violence against woman in Spain. *J Epidemiol Community Health* 60: 652-653.

Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Carrasco-Portiño M, Torrubiano-Domínguez J (2007) El impacto de la desigualdad de género en la violencia del compañero íntimo en España. *Gac Sanit* 21: 242-246.

Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Colomer C, Bertomeu A (2005) Una experiencia de defensa de la salud en violencia contra las mujeres. *Gac Sanit* 19: 262-264.

Vives-Cases C, Carrasco-Portiño M, Álvarez-Dardet C (2007) La epidemia por violencia del compañero íntimo contra las mujeres en España. Evolución temporal y edad de las víctimas. *Gac Sanit* 21: 298-305.

Vives-Cases C, Torrubiano-Domínguez J, Álvarez-Dardet C (2008) Distribución temporal de las denuncias y muertes por violencia de género en España en el período 1998-2006. Rev Esp Salud Pública 82: 91-100.

