

VIOLÊNCIA FAMILIAR: CONCEITOS, IMPACTO E INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

FAMILY VIOLENCE: CONCEPTS, IMPACT AND INTERVENTION OF HEALTH PROFESSIONALS.

VIOLENCIA FAMILIAR: CONCEPTOS, IMPACTO E INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Eliana Martins (eliana_m.gonc@hotmail.com)*

Marta Rato (enf.marta.rato@gmail.com)*

Ermelinda Marques (emarques@ipg.pt)**

RESUMO:

A violência familiar é caracterizada pela intimidade e pelas relações de proximidade, no seio familiar, podendo permanecer durante todo o ciclo vital. Os profissionais de saúde assumem um papel preponderante na prevenção, identificação e acompanhamento destes casos, pela sua proximidade com a família. Este trabalho, teve como objetivo abordar este fenómeno, tendo em conta o seu enquadramento familiar e as oportunidades de intervenção para os profissionais de saúde. Foi feita uma revisão da literatura nesta temática, enfatizando as linhas orientadoras das organizações internacionais e de manuais de intervenção de referência. A violência familiar surge em fases de crise e pode ser impulsionada por tradições culturais e silêncio social. Historicamente ultrapassou a situação de aceitação social e adquiriu o estatuto legal de crime público, sendo reconhecido o seu impacto na saúde pública. Abrange parceiros íntimos, heterossexuais ou homossexuais, conjugais ou em namoro, maus-tratos infantis e a idosos e a mutilação genital feminina, sendo a sua componente cíclica um risco para a mortalidade da vítima. As estatísticas do nosso país, indicam a mulher como vítima preferencial e o agressor como parceiro íntimo de relações atuais ou anteriores. A eficácia da intervenção dos profissionais de saúde implica a sua capacitação e formação, de forma a que possam Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar e Referenciar adequadamente.

Palavras-chave: violência familiar, família, profissionais de saúde.

ABSTRACT:

Intimacy and close relationships are the main characteristics of family violence, which grows from inside the family and can accompany all the vital cycle. Health professionals, because of their proximity to the family, have an important role in the prevention, detection and follow up of these cases. The objective of this is to understand more clearly this phenomenon, its specificity in the family context and the opportunities to intervene. It presents a review of the literature and follows the guidelines of international organizations and the main intervention guides of reference. Family violence happens usually in times of crises and can be stimulated by cultural traditions and social silence. Historically it has overcome the social acceptance and become legally a public crime. It affects couples, homo and heterosexual, married or dating, child and elderly abuse, female genital mutilation

and its cyclical feature is a risk factor for the mortality of the victim. In Portugal statistics show that women are the main victims and the aggressor is usually a former or ex-partner. The intervention of health professionals and their efficiency implies the knowledge and preparation to identify, support, record, evaluate, and refer these cases correctly.

Keywords: Domestic violence, family, health professionals.

RESUMEN:

La violencia familiar se caracteriza por la intimidad y las relaciones de proximidad en el seno familiar, pudiendo permanecer durante todo el ciclo vital. Los profesionales de la salud asumen un papel preponderante en la prevención, identificación y seguimiento de estos casos, por su proximidad a la familia. Este trabajo tuvo como objetivo abordar este fenómeno, teniendo en cuenta su entorno familiar y las oportunidades de intervención para los profesionales de la salud. Se hizo una revisión de la literatura en esta temática, enfatizando las orientaciones de las organizaciones internacionales y de manuales de intervención de referencia. La violencia familiar surge en fases de crisis y puede ser impulsada por tradiciones culturales y el silencio social. Históricamente sobrepasó la situación de aceptación social y adquirió el estatuto legal de crimen público, siendo reconocido su impacto en la salud pública. Se trata de parejas íntimas, heterosexuales u homosexuales, conyugales o en citas, malos tratos infantiles y a mayores y la mutilación genital femenina, siendo su componente cíclico un riesgo para la mortalidad de la víctima. Las estadísticas de nuestro país, indican a la mujer como víctima preferente y al agresor como pareja íntima de relaciones actuales o anteriores. La eficacia de la intervención de los profesionales de la salud implica su capacitación y formación para que pueda señalar, apoyar, registrar, evaluar y referenciar adecuadamente.

Palabras clave: Violencia familiar, familia, profesionales de la salud.

*Mestranda em Enfermagem Comunitária, Escola Superior de Saúde da Guarda do Instituto Politécnico da Guarda, ULS de Castelo Branco

**Unidade de Investigação para o Desenvolvimento do Interior do Instituto Politécnico da Guarda.

Submitted: 23th April 2017

Accepted: 15th September 2017

INTRODUÇÃO

A família é um espaço privilegiado para a aprendizagem e desenvolvimento das capacidades essenciais à interação e relacionamento, para a vivência das relações interpessoais e afetivas marcantes, como a filiação, a fraternidade, o amor e a sexualidade. A identidade pessoal vem, conseqüentemente, das emoções e afetos, positivos ou negativos, desenvolvidos dentro da família, tendo marcada importância na base da vida social da pessoa. Assim, é compreensível a dimensão do impacto, que a violência assume, quando presente neste sistema de tão grande importância para o desenvolvimento pessoal (Alarcão, 2006).

A violência familiar surge no seio da família, caracterizando-se pela intimidade e proximidade presentes na relação entre o agressor e a vítima, abrangendo todos os membros que constituem a família ou que anteriormente fizeram parte dela. No seu conceito inclui-se todos os tipos de abusos, temporários ou permanentes, ocorridos nas relações dentro da família, podendo esta situação acompanhá-la em todo o seu ciclo vital (Alarcão, 2006; Resolução do Conselho de Ministros nº 88/2003).

Os profissionais de saúde, assumem um papel preponderante no despiste, identificação e acompanhamento destes casos, participando num trabalho multidisciplinar, no sentido de promover a adoção de comportamentos positivos para a saúde e da proteção da integridade física e psicológica dos membros deste sistema (Fernandes, 2007; Azambuja, 2008).

Contudo para que os profissionais de saúde possam desempenhar o seu papel junto destas famílias é necessário formar e prepará-los adequadamente para a intervenção na violência familiar.

Assim, este trabalho, teve como objetivo abordar o fenómeno da violência, tendo em conta o seu enquadramento familiar e as oportunidades de intervenção para os profissionais de saúde. Abrangendo tanto os conceitos essenciais para a compreensão da violência familiar, sublinhando o seu impacto como problema de saúde pública, quer enfatizando as linhas orientadoras das organizações internacionais e de manuais de intervenção de referência que possibilitam uma intervenção mais fundamentada e eficaz dos profissionais de saúde.

ENQUADRAMENTO HISTÓRICO

Na perspetiva sistémica, o poder e o género são elementos essenciais à organização e estrutura familiar e também elementos chave na compreensão da violência dentro deste meio, tendo em conta a hierarquização das famílias (Redondo, Pimentel e Correia, 2012; Alarcão, 2006).

Contudo, considerando que a violência sempre esteve associada à experiência humana, e que o individuo se insere nos suprasistemas comunidade e sociedade, este é um fenómeno com raízes culturais e históricas, legitimado pelas tradições e acompanhado pelo silêncio, cúmplice, das testemunhas na comunidade e das vítimas (Krug et al., 2002; Lisboa, Vicente e Barroso, 2005).

Historicamente foram os maus tratos infantis que deram visibilidade à violência familiar, com o primeiro caso registado em 1874, nos Estados Unidos da América, sendo apenas em 1962, assumida pela comunidade científica a Síndrome da Criança Batida. A violência familiar, até aqui, tem sido vista como habitual e socialmente aceite em alguns círculos, com base numa sociedade profundamente católica e com raízes no modelo familiar paternal, em que a criança e a mulher são vistos como propriedade do homem. Assim, nos anos 70, embarcando nesta consciencialização social sobre a violência familiar, os movimentos feministas da época, evidenciaram esta problemática no seio familiar, surgindo os termos “violência conjugal” e “violência doméstica” (Correia, 2012; Redondo, Pimentel e Correia, 2012).

Em Portugal, em 1910, com a implantação da República, o conceito de família no país foi abalado e surgiram ideais de igualdade entre os conjugues e surgiu a primeira lei do divórcio. Contudo com o Estado Novo e com a trilogia da propaganda do salazarismo – *Deus, Pátria e Família* – estes ideais foram deturpados e a lei do divórcio é revogada por Salazar. No seio deste idealismo fascista a violência familiar é, novamente, aceite como habitual e até um meio de repor a ordem na estrutura e funcionalidade familiar, tal como se lia no Código de Processo Civil de 1939 (Portugal, 1939; Correia, 2012; Dec. Lei nº 22:241, 1933).

Apenas após o 25 de Abril de 1974 foi possível regressar aos ideais da igualdade de conjugues e de respeito entre os mesmos e, por fim, em 1976 na Constituição da República Portuguesa estes voltam a ser legislados, conjuntamente com vários pontos essenciais para a emancipação da mulher na sociedade atual. No sentido de englobar todas as relações íntimas que sofrem com esta problemática, surgem os termos “violência no casal” ou “violência entre parceiros íntimos” (Correia, 2012).

COMPREENDER A VIOLÊNCIA

Segundo a OMS a violência é definida pela utilização de força ou poder, intencional, por ato ou ameaça, contra o próprio ou o outro, um grupo ou comunidade, provocando, ou tendo a probabilidade de provocar, danos físicos ou psicológicos, privação, morte e a destruturação do desenvolvimento. Deste conceito surgem cinco pontos essenciais: o seu impacto, a sua intencionalidade, o poder, os alvos e a sua natureza (Krug et al., 2002).

O seu impacto na saúde e na qualidade de vida (morte, lesões, etc.), é retratado pelas estatísticas, com mais de 4000 mortes causadas por violência, sendo que 1500 são na sequência de lesões traumáticas infligidas por outra pessoa (Krug et al., 2002; Redondo, Pimentel e Correia, 2012).

Contudo, é na sua intencionalidade (excluem-se os incidentes/acidentes) que a violência familiar se diferencia sendo o seu objetivo o controle e poder sobre o outro, definindo papéis complementares nesta relação: o vitimador e a vítima, sendo a violência utilizada, muitas vezes, como uma resolução de conflitos, reforçando a posição de domínio do agressor e a sua identidade dentro do sistema.

Consecutivamente, a utilização da palavra “poder” no conceito de violência aumenta o seu espectro de abrangência, não visando apenas os atos em si mas também as relações de poder, como a ameaça, a intimidação, a negligência e a omissão, também elas demonstrações de violência e de hierarquização, entre a vítima e o agressor (Redondo, Pimentel e Correia, 2012; Krug et al., 2002).

O alvo da violência, no contexto familiar, é interpessoal, ocorrendo entre os membros da família ou entre parceiros íntimos e geralmente dentro de casa. A violência familiar destaca-se dos outros tipos de agressões, também, pela presença da intimidade e da proximidade nas relações entre o agressor e a vítima.

Relativamente, à sua natureza, a violência pode assumir-se como: direta, indireta, ações, omissões, física, sexual, verbal, psicológica e negligência ou abandono. Contudo, vários estudos indicam, que normalmente, neste tipo de violência, os maus tratos físico estão associados à violência psicológica, e que quase metade dos casos reportados são acompanhados de violência sexual. Neste âmbito o Modelo de Duluth, através da roda do exercício do poder e do controlo, foi desenhado de forma a evidenciar as estratégias que o agressor pode utilizar contra a vítima, como maus-tratos físicos, emocionais, verbais e psicológicos, isolamento social, intimidação, ameaças, violações e mutilação genital, controlo económico, entre outras (Redondo, Pimentel e Correia, 2012).

Contudo a avaliação do risco associado a estas situações depende não só da sua identificação mas também da compreensão do movimento circular, característico da violência familiar. O primeiro “modelo” de compreensão desta dinâmica foi o Ciclo da Violência, sendo constituído por três fases: a da tensão (acumulação de tensão), a da violência/agressão (fase do ataque violento) e a do arrependimento/ “lua de mel”. Na primeira fase surgem pequenos episódios geradores de conflitos e ameaças, intensificando a tensão e frustração no agressor e o medo na vítima, culminando na segunda fase, em que ocorre a agressão (libertação de tensão) e a subjugação da vítima, acompanhada de sentimentos de humilhação, impotência e desespero, no entanto, na terceira fase, surge a negação, por parte do agressor, a culpabilização da própria vítima, e a tentativa de “sedução” pelo agressor, provocando sentimentos de esperança na vítima, comprometendo-se a não repetir, o que leva ao reatar da relação e ao início do ciclo. A repetição deste ciclo ao longo do tempo vai aumentar a probabilidade de que as tensões, conflitos e agressões sejam cada vez mais intensos, pondo em risco a vida da vítima (Alarcão, 2006; Redondo, Pimentel e Correia, 2012).

Assim, a coesão dentro destas famílias é reforçada pela proximidade excessiva entre cada um dos elementos do sistema, surgindo a violência como um delimitador dos espaços individuais. O “segredo” é uma das ferramentas fundamentais nestas famílias para consolidar as alianças interfamiliares e a dependência relacional (Alarcão, 2006).

A FAMÍLIA E A VIOLÊNCIA

A família só pode ser compreendida quando observada de uma forma global, tendo em conta tanto a sua estrutura como o seu desenvolvimento, os elementos e os seus comportamentos, as relações e as regras estabelecidas (Cavaco, 1999; Alarcão, 2006).

De acordo com o modelo ecológico de Corsi (1995; cit. por Alarcão, 2006), a leitura da violência na família, inicia-se pelo microssistema da pessoa, pela família e pelas interações entre os seus membros, tendo em conta fatores como a resolução violenta de conflitos, o autoritarismo, a baixa auto-estima e o isolamento, sendo necessário enquadrá-los no exossistema social, económico e cultural, ou comunidade, em que o individuo se insere.

Assim, juntamente com os fatores de risco externos como o stresse, económico, o desemprego, o alcoolismo entre outros, também o macrossistema em que a família se insere e os valores intrínsecos à cultura, normas patriarcais e à religião, base de conceitos como o poder, obediência, uso da força e a definição dos papéis de género, podem pôr em risco o equilíbrio familiar e potenciar o aparecimento da crise (Alarcão, 2006).

Este contexto pode ser assumido pela família como uma oportunidade para crescer e evoluir, ou como um impasse, entrando em disfunção, dependendo o fim da crise da flexibilidade do sistema familiar e das suas experiências no passado. Consecutivamente na violência familiar, o comportamento violento, pode ser um ponto de bifurcação, podendo a família orientar-se para a mudança, iniciando um percurso de libertação e reestruturação que lhe permite construir novas relações mais saudáveis (Minuchin, 1982; Alarcão, 2006).

No entanto as famílias, na presença da violência, tendem a procurar o equilíbrio no limiar do tolerável, através do ciclo da violência, e adiando o ponto de quebra, aumentando o risco para a vítima e para a família, num crescente de violência e de sofrimento.

O comportamento da família face a violência como crise pode ser previsto através do estudo de padrões anteriores, sendo comum encontrar, durante a elaboração da história dessa família situações anteriores em que o agressor assistiu a violência conjugal ou sendo ele próprio, ou alguém da fratria, vítima de maus-tratos ou de abusos sexuais (Minuchin, 1982; Rolland, 2000; Alarcão, 2006).

A VIOLÊNCIA CONJUGAL/ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS

No início da relação, o casal, tem de aprender a ser autónomo e a diferenciar-se, sendo esta a fase de definição da sua conjugalidade, ou seja, do seu modelo de funcionamento e da sua estrutura, tal como, dos papéis que cada um ocupará na dinâmica do sistema, sendo estes influenciados pela cultura e sociedade que envolve o casal e pelas expectativas tradicionais para cada um dos géneros.

Contudo esta construção irá depender de vários fatores como o nível socioeconómico, escolaridade, experiência sexual anterior, desempenho do papel doméstico e parental, o

tempo disponível para a convivência do casal, a capacidade de negociação e comunicação e a definição de amor, sendo o reflexo do futuro da família. Quando a negociação e a comunicação entre o casal não é bem-sucedida, rapidamente ocorre uma escalada nos conflitos intrafamiliares, no entanto, não é o conflito em si que provoca a violência mas sim a inevitabilidade, aceite por um dos pares, de que a violência é a sua resolução, normalmente associada a conceitos de disciplina, obediência, hierarquia, verticalidade, castigo e respeito (Alarcão, 2006; Figueiredo, 2012; Lino, 2012).

A violência entre parceiros íntimos é a mais comum, ocorrendo na envolvimento da intimidade e afetividade, num contexto de envolvimento pessoal profundo, constante e contínuo, normalmente desenvolvido em privado (Krug et al., 2002; APAV, 2009).

A mulher é a vítima mais comum, uma em cada três mulheres, no mundo, foram espancadas, forçadas a ter relações sexuais, ou abusadas de uma forma ou de outra, nas suas vidas, sendo o agressor, normalmente, alguém próximo da mulher, verificando-se que 40% a 70% dos homicídios, em que a vítima é do sexo feminino, o culpado é o seu marido ou namorado (Krug et al., 2002).

Contudo, também os casais homossexuais, são atingidos por este problema, sendo o nível de stresse, nestes casos, aumentado pelo preconceito social e pela violência psicológica, através do medo da exposição social da sua orientação sexual e da consequente perda de relações importantes da sua vida afetiva, tornando a vítima mais vulnerável a ameaças e impulsionando-a a permanecer no relacionamento e no ciclo de violência. A homofobia e o heterossexismo juntamente com o silêncio das vítimas têm condicionado a visibilidade deste tipo de contexto, dificultando a Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transsexuais o acesso ao apoio às vítimas de violência conjugal e aos serviços de apoio, sendo a falta de preparação dos profissionais para lidar com estas vítimas, também, um fator de risco (Shipway, 2004; Redondo, Pimentel e Correia, 2012).

Independentemente da orientação sexual, a violência conjugal, tem consequências severas para as suas vítimas como lesões traumáticas, invalidez, depressão e ansiedade, stresse pós-traumático, entre outras, sendo um fator de risco para várias patologias, crónicas e agudas, podendo levar à morte da vítima, sendo em casos extremos a causa do seu homicídio às mãos do agressor ou do seu suicídio pelas suas próprias mãos (Krug et al., 2002; Alarcão, 2006).

Especificamente, nas mulheres, as alterações que pode provocar a nível reprodutivo como a esterilidade, complicações na gravidez, aborto, gravidez indesejada e a aquisição de doenças sexualmente transmissíveis, são devastadoras não só para a vida da vítima, mas também a da criança, estando associada ao aumento do risco de mortalidade da mãe e do feto na gravidez e/ou lesões fetais. Os danos provocados por este tipo de violência, quer físicos, sexuais, mas principalmente os psicológicos influenciam a vida das vítimas com tal gravidade que pode ser considerada, por alguns autores como uma síndrome crónica (OMS, 2012; Redondo, Pimentel e Correia, 2012).

Assustadoramente, esta violência, desenvolve-se inicialmente na adolescência e acompanha os primeiros anos da vida adulta, principalmente em contextos de namoro ou de casamento, sendo que 3 a 24% das mulheres, no mundo, relatam que a sua primeira experiência sexual

foi forçada e durante a adolescência. Neste contexto, a violência, vem camuflada socialmente de amor e de proteção, não sendo identificada pelos jovens dado o seu caracter estar associado a afeto e dedicação, podendo ter como consequências o aumento do risco de gravidez na adolescência, a depressão e a ideação suicida, o insucesso escolar, o consumo abusivo de substâncias, os distúrbios alimentares e o stresse pós-traumático (OMS, 2012; Redondo, Pimentel e Correia, 2012).

A VIOLÊNCIA FAMILIAR E OS MAUS TRATOS INFANTIS

A violência contra a criança, dentro do contexto familiar, foi vista durante muito tempo como um problema familiar, e mascarado como educação da criança pelos pais, no entanto os maus tratos infantis, são qualquer ação ou omissão (dos pais ou substitutos), não acidental, que impeça ou ponha em perigo a segurança da criança e a satisfação das suas necessidades humanas básicas e psicológicas/afetivas (Alarcão, 2006; Gabatz et al., 2013).

Consequentemente, vários estudos referem que o agressor é na maioria das vezes um progenitor, utilizando tanto o abuso como o abandono, contra a criança, incorrendo em danos físicos (hematomas, contusões e lesões mortais ou crónicas), abuso sexual da criança e o abuso emocional (hostilização contínua da criança, isolamento e prisão). O abandono físico diferencia-se do abuso mas é também um tipo de agressão, passiva, em que não são satisfeitas as necessidades humanas básicas da criança enquanto que no abandono emocional são as suas necessidades psicológicas e emocionais que são negligenciadas (Alarcão, 2006; Redondo, Pimentel e Correia, 2012; Gabatz et al., 2013; UNICEF, 2014).

A criança que é vítima de violência familiar, direta ou indiretamente, tem um risco aumentado no futuro de apresentar problemas emocionais e comportamentais como: perturbações da conduta, terrores noturnos, abuso de álcool, consumo de drogas, depressão e ansiedade, stresse pós-traumático, distúrbios psicossomáticos, tentativas de suicídio, automutilação, entre outras.

No entanto o testemunho da violência entre o casal pela criança precede, muitas vezes, os maus tratos, afetando o seu desenvolvimento físico, social, emocional, comportamental, cognitivo e a sua saúde em geral, verificando-se que crianças que foram testemunhas de violência familiar podem apresentar as mesmas perturbações que as que foram abusadas. A exposição da criança à violência familiar pode vir a demonstrar-se no futuro um fator de risco para que elas próprias assumam padrões comportamentais agressivos e abusivos nas suas relações de intimidade (Alarcão, 2006; OMS, 2012; Redondo, Pimentel e Correia, 2012; UNICEF, 2014).

Assim, iniciativas como a campanha do laço azul, realizadas no mês de abril, deste ano, mês internacional da prevenção dos maus-tratos na infância são essenciais para que a sociedade não esqueça o real quadro nacional da violência contra as crianças, destacando a elaboração de laços azuis por várias entidades, tanto da saúde como de outras áreas, de forma a sensibilizar as pessoas para esta temática.

A VIOLÊNCIA FAMILIAR E OS MAUS TRATOS AO IDOSO

Os maus tratos ao idoso destacaram-se como problema social nos anos oitenta, sendo que a violência contra a mulher idosa só foi socialmente reconhecida nos anos 90. No seu conceito engloba-se qualquer ato, contínuo ou isolado, dentro de uma relação de intimidade e que cause dano ou incômodo a uma pessoa idosa, englobando todos os atos e omissões, de qualquer elemento da família, que provoque dano físico ou psicológico ao idoso, tal como: agressões físicas, desrespeito, negligência no seu cuidado, falta de cuidados médicos, abuso verbal, emocional e financeiro, entre outras (WHO, 2002; Alarcão, 2006; Dias, 2009).

Efetivamente, os maus tratos a idosos têm tido destaque nos organismos internacionais, principalmente pelo aumento das denúncias, sendo a violência familiar uma das suas primordiais causas, verificando-se que 90% dos casos de violência e de negligência contra idosos normalmente decorrem na sua casa. A fragilidade dos vínculos afetivos entre familiares, o isolamento social, relações agressivas anteriores entre o idoso e o agora agressor, historial de violência na família, os cuidadores terem sido vítimas de violência conjugal, entre outros, são situações de risco para a ocorrência de maus tratos (Minayo, 2005; Dias, 2009; Redondo, Pimentel e Correia, 2012).

As vítimas são, em ambos os sexos, o elemento mais vulnerável e dependente física e psicologicamente, como nos casos das demências e nos doentes com limitações motoras e de desempenho das suas atividades de vida diárias. O idoso, vítima, apresenta normalmente apatia, medo e dificuldade em ser autónomo, consequência da diminuição da sua autoestima e da sua dignidade pelo agressor/es, através dos maus tratos (Dias, 2009).

Contudo são as próprias vítimas que tornam estes casos mais difíceis de detetar, pois são elas na maioria das vezes que tentam esconder o sucedido, por dependerem dos cuidadores, por serem os filhos ou pessoas de quem dependem emocional e afetivamente, porque a própria sociedade não a assume como violência em certos casos, sendo que esta na sua estrutura base destituiu o idoso do seu estatuto, poder e controlo socioeconómico, logo à partida (Redondo, Pimentel e Correia, 2012). Por outro lado muitos dos idosos, vítimas de maus tratos, não têm capacidade cognitiva para reportar tais eventos de forma adequada.

A MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

A Mutilação Genital Feminina (MGF) é o termo que designa todos os procedimentos realizados em meninas entre os 0 e os 15 anos, fora do contexto médico, que levem à remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos externos ou da sua lesão. Este ato de violência é uma violação grave dos direitos humanos, no entanto, continua a ser realizado com base em práticas culturais e religiosas, e em alegadas crenças de benefícios para a saúde da mulher (OMS, 2008; III PAEMGF, 2014).

Mundialmente estima-se que entre 100 e 140 milhões de meninas e mulheres, tenham sido submetidas a estes processos e que, anualmente, 3 milhões de meninas corram o risco de

sofrer mutilação genital. Varias organizações internacionais em 2011 pressionaram os países em que se verificaram casos de MGF para que esta fosse criminalizada e que fossem assumidas medidas para a sua prevenção e punição de quem as realiza, incita ou fornece os meios para que esta se realize (III PAEMGF, 2014; OMS, 2008).

Relativamente ao seu contexto cultural e geográfico, a MGF está enraizada predominantemente nas regiões do Oeste, Este e Nordeste de África, em algumas zonas na Ásia e Médio Oriente, mas também a encontramos na América do Norte e na Europa, incluindo no nosso país, devido à emigração das comunidades por todo o mundo (Piedade, 2008; Redondo, Pimentel e Correia, 2012).

A MGF encontra-se classificada em quatro tipos de lesões, que passam pela remoção parcial ou total do clítoris, pequenos lábios e/ou grandes lábios, estreitamento do orifício vaginal, entre outras intervenções nefastas sobre os órgãos genitais femininos por razões não médicas, sendo estas lesões provocadas de acordo com crenças tradicionais e normalmente em contexto da comunidade, utilizando pedaços de vidro, canivetes, lâminas de barbear, tesouras entre outros materiais que não são esterilizados e decorrendo sem qualquer tipo de anestesia (OMS, 2008).

As consequências físicas, entre as complicações associadas a este ato estão desde os traumatismos, as hemorragias e as complicações do foro infeccioso, com a transmissão de tétano, hepatite B e VIH em alguns casos. O estreitamento vaginal pode provocar, em algumas situações, obstrução ao fluxo menstrual e impossibilidade de penetração vaginal, tal como a obstrução ao parto e de sofrimento fetal intraparto (WHO, 2001; III PAMGF, 2014; Redondo, Pimentel e Correia, 2012).

O impacto psicológico é por si mais difícil de contabilizar e de estudar, havendo referências a alterações comportamentais e psicossomáticas, sendo comparado, por algumas mulheres, com o impacto de uma violação. A ansiedade, o terror, a humilhação e a traição são os sentimentos mais associados pelas crianças e mulheres à MGF, sofrendo muitas vezes de stresse pós-traumático, depressão e “perda de memórias” (WHO, 2001; Redondo, Pimentel e Correia, 2012).

O MGF é considerado internacionalmente como uma violência de género, integrado na violência familiar, sendo em Portugal enquadrado legalmente no código penal como ofensa à integridade física grave e a Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, tendo também sido implementado um Programa de Ação para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina em 2006, e que já vai no III com aplicação para 2014 – 2017 (III PAEMGF, 2014; Lei n.º 147/99, de 1 de setembro).

CONTEXTO ATUAL EM PORTUGAL

Em Portugal, a “violência doméstica” é crime público, ou seja, o procedimento criminal não depende de uma queixa direta da vítima. A Lei n.º 112/2009 estabelece, no nosso país, o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e à assistência das

suas vítimas, onde se insere o Plano Nacional de Combate à Violência Doméstica e de Género (PNPCVDG), sendo o mais recente o V PNPCVDG 2014 -2017.

Nestes casos a denúncia por um vizinho, amigo, familiar, ou de um profissional, que tenha conhecimento que tal acontece, é o suficiente para que seja promovido a processo-crime pelo Ministério Público, podendo a participação ser feita numa esquadra da PSP, posto da GNR, Policia Judiciária ou diretamente ao Ministério Publico. (Lei nº 112/2009; V PNPCVDG, 2013; Lei 59/2007 de 4 de setembro).

A violência doméstica sobressai nas estatísticas sobre os outros crimes em Portugal com um peso de 77,2% da totalidade dos crimes no nosso país, sendo que 75,8% surgem de vitimização continuada. Destes crimes, 54,6% ocorrem na residência familiar, avançando para queixa crime apenas 41,5% das situações. A média de pessoas vítimas deste crime no nosso país é de 3 idosos, 2 crianças, 14 mulheres e 2 homens por dia (APAV, 2016).

Efetivamente, são as mulheres que mais se encontram representadas na estatística associada a estes crimes, sendo que no ano de 2016, 81,9% das vítimas eram do sexo feminino, com idade média de 49,9 anos e na sua maioria casadas (28,6%) ou solteiras (21,1%). As famílias representadas nestes resultados, são na sua maioria famílias nucleares com filhos (35,1%) e os agressores na maior percentagem, conjugues (26,3%), companheiros (12,9%), filhos (9%), progenitores (8,6%) ou ex-companheiros da vítima (8,4%) (APAV, 2016).

O EIGE - Instituto Europeu para a Igualdade de Género, em 2016, relembra que uma em cada três mulheres europeias, com mais de 16 anos, são vítimas de violência, sofrendo algum tipo de comportamento abusivo por parte do parceiro atual ou de um ex-parceiro, incluindo humilhação em ambiente público ou privado, proibição de sair de casa ou ser trancada, obrigação de assistir a material pornográfico contra a própria vontade e ameaças de violência contra ela ou contra pessoas afetivamente próximas.

Contudo é de lembrar que não apenas de vítimas diretas é feita a realidade deste crime, também os que presenciam a violência familiar sofrem de consequências e danos provenientes da sua exposição ao sofrimento e ao conflito dentro do contexto familiar, sendo que, vinte e quatro crianças viram a própria mãe ser morta pelo parceiro.

Existem várias estruturas específicas de apoio para a vítima em Portugal, constituindo uma vasta rede de suporte e apoio a estas pessoas, com o objetivo de encaminhar e proteger as vítimas de violência doméstica. Destas destacamos algumas, como: a Associação de Proteção e Apoio à Vítima (APAV), o Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica, a Comissão para a Cidadania e Igualdade do Género (CIG), a Associação de Mulheres Contra a Violência (AMCV), a Rede nacional de Gabinetes de Apoio à Vítima (GAV), a Unidade de Apoio à Vítima Imigrante e de Discriminação Racial ou Étnica, a União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR) e o Núcleo da Mulher e Menor da GNR (Redondo, Pimentel e Correia, 2012).

O PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A violência familiar é um problema transversal, socio e culturalmente, sem respeito por etnias, níveis económicos e religião, sendo uma grave violação dos direitos e da dignidade humana, fazendo dela, por isso, um problema de saúde público, com evidente importância nos cuidados primários e nos serviços de urgência.

Contudo, são os custos sociais e económicos associados à violência familiar que a destacam dos outros tipos de violência. O EIGE, em 2016, estima que este tipo de violência custa à União Europeia cerca de 109 biliões de euros todos os anos.

As suas consequências na saúde das vítimas e de quem as rodeia, a dor e o sofrimento, é algo que nunca será possível contabilizar, mas o fato de que estas vítimas recorrem duas vezes mais aos serviços de saúde, aumentando o consumo de cuidados de saúde em 2,5 vezes mais, tornam esta situação contabilizável em números (Krug et al., 2002; Redondo, Pimentel e Correia, 2012).

Conjuntamente com estes números devem ser referidas também as consequências do impacto que a violência familiar tem sobre a saúde individual, familiar e social, como a perturbação do funcionamento familiar, o isolamento social, a diminuição da produtividade, o desemprego e o estigma social. Vários estudos alertam que as mulheres vítimas de violência familiar têm a sua capacidade física diminuída e mais sintomas físicos, sendo mais propensas às baixas e à depressão que as demais (Krug et al. 2002; Redondo, Pimentel e Correia, 2012).

A VIOLÊNCIA FAMILIAR E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Ao ser considerado um problema de saúde pública e que afeta as famílias e os seus elementos individualmente, a atuação dos profissionais de saúde é essencial para a prevenção e a intervenção neste problema. Os profissionais de saúde gozam de uma posição privilegiada, pela sua proximidade das comunidades, das famílias e das pessoas, tendo a oportunidade de as acompanhar ao longo do seu ciclo vital (Fernandes, 2007; DL 118/2014 de 5 de agosto).

Qualquer profissional de saúde, ao deparar-se com um caso de violência doméstica, está perante um problema de saúde pública em que o setor da saúde deve adotar um papel pró-ativo na prevenção, implicando que este tenha um conhecimento profundo sobre a temática e a sua consequente capacitação e formação, para que a resposta a estes problemas seja cada vez mais eficaz. Neste contexto surgiu a necessidade de um manual específico para profissionais de saúde na área da violência familiar e entre parceiros íntimos, denominado S.A.R.A.R. Tendo em conta as suas linhas orientadoras, organizadas pelas letras associadas ao nome do manual, as atividades que o profissional deve desenvolver junto da vítima são: Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar e Referenciar (Redondo, Pimentel e Correia, 2012).

A sinalização das vítimas de violência doméstica é de extrema importância, assumindo-se como uma estratégia para a prevenção da violência, de possíveis lesões ou até mesmo a morte das vítimas. Esta é uma etapa importante, uma vez que a maioria das vítimas de violência

doméstica têm uma maior probabilidade de recorrerem a hospitais e centros de saúde, relevando-se neste contexto que a maioria das vítimas refere não ser questionada pela equipa de saúde acerca da problemática em questão. Identificar uma vítima de violência doméstica pode ser o primeiro passo para um acompanhamento e intervenção adequada por parte da equipa de saúde, sendo necessário em primeira instância realizar um screening da vítima e do agressor. (Redondo, Pimentel e Correia, 2012)

Consequentemente, a intervenção nestes casos implica conhecimentos profundos da violência familiar e invariavelmente é necessária a capacitação e formação dos profissionais de saúde para que possam: Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar e Referenciar (SARAR) adequadamente, sendo que identificar uma vítima de violência familiar é o primeiro passo para um acompanhamento e intervenção eficaz pela equipa de saúde.

O momento em que a vítima confirma a violência é de extrema importância, sendo importante que o profissional de saúde na sua relação com a vítima tenha em conta o seu contexto e a sua fragilidade, estabelecendo uma relação empática, evitando juízos de valor. Sempre que há a confirmação de violência é fundamental o delineamento de um plano de segurança, com um conjunto de ações que permitam à vítima salvaguardar a sua integridade física e a dos seus dependentes. O plano de segurança deve ter em conta a segurança da vítima durante o incidente, devendo esta evitar lugares perto de armas, identificar um vizinho que em caso de suspeita de violência contacte as forças de segurança, combinar com a família uma palavra de código que as informe quando precisa de ajuda, ter uma mala sempre pronta guardada em sítio secreto, decidir o destino na possibilidade de ter de abandonar a casa. Enquanto prepara a saída a vítima deve escolher a instituição de acolhimento, deixar chaves, documentos e roupa com alguém de confiança, abrir conta poupança para estabilizar e economizar, guardar os números de telefone importantes em local próximo, criar rotinas que lhe permitam ficar fora de casa, manter as crianças em segurança em caso de perigo. É também importante que elabore uma lista do que levar quando sair de casa, guardar contactos importantes como o do Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica (800 202 148) ou a Linha Nacional de Emergência (112); Em casa a vítima deve mudar as fechaduras, o número de telefone, permanecendo este apenas com pessoas de confiança e informar os vizinhos de que o agressor já aqui não reside. No trabalho e em público é importante informar alguém sobre a situação e estabelecer um plano de segurança para saída do trabalho, mantendo em sua posse, se existir, o despacho do tribunal, chamando as forças de segurança no caso de violação por parte do agressor. Contudo se tiver de manter contato com o

agressor averigue a forma mais segura de o fazer e integrando grupos de apoio (Redondo, Pimentel e Correia, 2012).

Através do screening da vítima os profissionais podem identificar corretamente a vítima e o conjunto de sinais e de sintomas características de cada tipo de violência exercida sobre ela, fazendo desta forma uma triagem mais eficaz, trabalhando em parceria com os parceiros sociais e judiciais para um encaminhamento adequado destes casos.

Apesar de ser importante o screening da vítima, há que considerar que o do agressor é igualmente importante. Na grande maioria dos casos o agressor não se considera uma pessoa

violenta, adotando condutas que visam a justificação ou minimização dos seus atos e culpabilização da vítima. Uma sinalização precoce do agressor pode incorrer numa redução dos fatores de risco individuais.

Contudo, muitos são os casos em que apesar da suspeita de violência familiar, a vítima não a confirma, pelo que se torna fundamental que esta seja informada através de brochuras ou qualquer outro material de informação, para que em caso de necessidade saiba a quem recorrer.

Neste contexto os registos clínicos são primordiais para a prevenção dos casos, podendo assumir um papel importante em casos que sigam a via judicial, devendo ser o mais detalhados possível, incluindo a identificação da vítima e agressor, data e hora do episódio de violência que colmatou com o recorrer a um serviço de saúde, a informação fornecida pela vítima, tipo e natureza das ameaças, lesões que apresenta e a arma utilizada, avaliação clínica realizada, cuidados de saúde prestados e referência e encaminhamento da situação.

O acompanhamento de vítimas de violência doméstica, implica necessariamente o envolvimento de uma equipa multidisciplinar, multissetorial e em rede. Sabendo que as redes primárias e secundárias conferem dois níveis diferentes de estruturação das relações sociais (as primárias menos estruturadas e mais frágeis, e as secundárias mais estruturadas e estáveis), estas são essenciais para a produção de serviços que visem a partilha e a procura do conforto afetivo, que as ajudará a ultrapassar a crise presente e as futuras. É necessário um tempo efetivo para escutar ativamente, podendo assim ajudá-la a racionalizar o que viveu, reconhecendo ainda que a sua experiência é válida, sendo simultaneamente uma forma de a vítima reconhecer o perigo que corre e perceber as dinâmicas do ciclo da violência (Redondo, Pimentel e Correia, 2012).

Contudo, pela gestão de recursos humanos existentes, e a inevitável falta de tempo por parte dos profissionais de saúde, é imperioso que sejam agendadas novas oportunidades de encontros, fazendo com que a vítima sinta também que existe interesse em continuar a acompanhá-la. As suas necessidades são inúmeras, exigindo a mobilização de diversos recursos, que podem passar pela promoção da saúde, prevenção da doença, cuidados domiciliários em doenças crónicas, entre outras.

A par da intervenção dos Serviços de Saúde devem estar as redes secundárias, que podem ser a Polícia de Segurança Pública (PSP) ou Guarda Nacional Republicana (GNR), para uma situação imediata, o Ministério Público para apoio judicial após referência ou a Segurança Social para requerimento de advogado oficioso, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) se existirem crianças ou jovens vítimas diretas ou indiretas de violência (Redondo, Pimentel e Correia, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência familiar, surge no seio da família, geralmente em crise e/ou conflito e pode acompanhar a família durante todo o ciclo vital, sendo rodeada e alimentada por tradições

culturais e pelo silêncio social, diferenciando-se das outras pela sua componente de proximidade e intimidade entre a vítima e o agressor. A componente cíclica da violência torna-a mais perigosa quanto mais vezes o ciclo se repetir, interagindo também com a estrutura da família em crise e com os papéis que cada elemento desempenha dentro dela (Alarcão, 2006; Redondo, Pimentel e Correia, 2012).

Em Portugal, atualmente, a violência doméstica é considerada como crime público e enquadrada legalmente como tal, tendo sido exigido ao governo a elaboração de planos e projetos de intervenção neste problema social e de saúde pública. O quadro estatístico do nosso país, apresenta a mulher como a vítima preferencial deste tipo de violência e normalmente o agressor são os parceiros íntimos de relações atuais ou anteriores (APAV, 2016).

Assim, esta temática é de premente interesse para os profissionais de saúde mas assume uma potencial dificuldade de gestão, especialmente na sua sinalização e intervenção, devido à falta de formação, o receio de invadir a intimidade do utente, dificuldades na gestão destas relações e o desconhecimento dos recursos existentes na comunidade, sendo neste contexto que surgem iniciativas como o Projeto de Intervenção em Rede (PIR), e o Manual SARAR (Redondo, Pimentel e Correia, 2012), dando apoio aos profissionais, permitindo uma sinalização e intervenção precoce pelos serviços de saúde. Para além destas iniciativas é de ressaltar a importância da educação dos jovens para a não-violência, integrada dentro da própria escola, tal como a formação desde cedo dos profissionais que vão ser confrontados com a violência doméstica no seu dia-a-dia profissional, como o são os profissionais de saúde. A integração desta temática nos planos curriculares destes futuros profissionais parece-nos ser uma mais-valia para que no futuro possa existir uma aposta maior na prevenção destes casos e uma abordagem mais adequada e eficaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÃO, M. (2006). (DES)EQUILÍBRIOS FAMILIARES. UMA VISÃO SISTÉMICA. COIMBRA: QUARTETO.
- APAV. (2009). ESTATÍSTICAS TOTAIS NACIONAIS. ACEDIDO EM MARÇO DE 2016 EM [HTTP://WWW.APAV.PT/PORTAL/PDF/ESTATISTICAS_APAV_2009SUMULA.PDF](http://www.apav.pt/portal/pdf/estatisticas_apav_2009sumula.pdf).
- APAV. (2016). ESTATÍSTICAS APAV RELATÓRIO ANUAL 2016. ACEDIDO EM ABRIL DE 2017 EM [WWW.APAV.PT](http://www.apav.pt).
- AZAMBUJA, M. (2008) VIOLÊNCIA DE GÉNERO E OS DISCURSOS CIRCULANTES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, UNIVERSIDADE DO MINHO, PORTUGAL.
- CAVACO, O. (1999). A RELAÇÃO EU-OUTRO: DUALIDADE INDIVISÍVEL, UNIDADE INDIZÍVEL. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, UNIVERSIDADE DE COIMBRA, PORTUGAL.
- CORREIA, M. L. (2012). VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: QUANDO EM LUGAR DO AFECTO SURGE A AGRESSÃO. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU, PORTUGAL.
- DIAS, I. (2009). ENVELHECIMENTO E VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS. SUMÁRIO DA LIÇÃO. UNIVERSIDADE DO PORTO, PORTUGAL.
- EIGE. (2016). COMBATING VIOLENCE AGAINST WOMEN EUROPEAN UNION. ACEDIDO EM ABRIL DE 2017 EM [HTTP://EIGE.EUROPA.EU](http://eige.europa.eu).
- FERNANDES, M. S. (2007). OS ENFERMEIROS E AS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONJUGAL. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, UNIVERSIDADE DO PORTO, PORTUGAL.
- FIGUEIREDO, M. S. (2012) MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR: UMA ABORDAGEM

COLABORATIVA EM ENFERMAGEM DE FAMÍLIA, LOURES: LUSOCIÊNCIA.

GABATZ, R. I. B., PADOIN, S. M. M., NEVES, E. T., SCHWARTZ, E. & LIMA, J. F. (2013) A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O MITO DO AMOR MATERNO: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM. REVISTA DE ENFERMAGEM DA UFSM, 3 (3), 563-572.

KRUG, E. G., DAHLBERG, L. L., MERCY, J. A., ZWI, A. B., & LOZANO, R. (EDS.). (2002). WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH. GENEVA: WORLD HEALTH ORGANIZATION. ACEDIDO EM MARÇO DE 2016 EM [HTTP://APPS.WHO.INT](http://apps.who.int).

LISBOA, M., VICENTE, L. B. & BARROSO, Z. (2005). SAÚDE E VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES, ESTUDO SOBRE AS RELAÇÕES EXISTENTES ENTRE A SAÚDE DAS MULHERES E AS VÁRIAS DIMENSÕES DE VIOLÊNCIA DE QUE TENHAM SIDO VÍTIMAS. LISBOA: SOCINOVA – FCSH-UNL. ACEDIDO EM MARÇO DE 2016 EM [WWW.DGS.PT](http://www.dgs.pt).

LINO, S. C. A. (2012). VIOLÊNCIA CONJUGAL NO GÊNERO FEMININO: PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO, PORTUGAL.

MINAYO, M. C. (2005). VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: O AVESSO DO RESPEITO À SABEDORIA (2ª EDIÇÃO). BRASÍLIA: SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS.

MINUCHIN, S. (1982). FAMÍLIAS: FUNCIONAMENTO & TRATAMENTO. PORTO ALEGRE: ARTES MÉDICA.

OE. (2011). REGULAMENTOS DOS PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR. ACEDIDO EM MARÇO, 2016, [HTTP://WWW.ORDEMENFERMEIROS.PT/LEGISLACAO/DOCUMENTS/LEGISLACAOOE/REGULAMENTOCOMPETENCIASSAUDE FAMILIAR_APROVADOAG20NOV2010.PDF](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/regulamentocompetenciassaudefamiliar_aprovadoag20nov2010.pdf).

OMS. (2008). A GLOBAL RESPONSE TO ELDER ABUSE AND NEGLECT: BUILDING PRIMARY HEALTH CARE CAPACITY TO DEAL WITH THE PROBLEM WORLDWIDE; MAIN REPORT. GENEVE: OMS.

OMS. (2012). PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL E DA VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO CONTRA A MULHER. ACEDIDO EM MARÇO DE 2016 EM [HTTP://APPS.WHO.INT](http://apps.who.int).

PIEIDADE, S. (2008). MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA EM PORTUGAL. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DO TRABALHO E DA EMPRESA, PORTUGAL.

PORTUGAL. (1939). CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. ACEDIDO EM MARÇO DE 2016 EM [HTTP://WWW.FD.ULISBOA.PT/WP-CONTENT/UPLOADS/2014/12/CODIGO.DE.PROCESSO.CIVIL.PORTUGUES.DE.1939.PDF](http://www.fd.ulisboa.pt/wp-content/uploads/2014/12/codigo.de.processo.civil.portugues.de.1939.pdf)

PORTUGAL. (1933). DECRETO DE LEI Nº 22:241. ACEDIDO EM MARÇO DE 2016 EM [HTTPS://WWW.PARLAMENTO.PT/PARLAMENTO/DOCUMENTS/CRP-1933.PDF](https://www.parlamento.pt/parlamento/documents/CRP-1933.pdf)

PORTUGAL. LEI Nº 147/99 DE 1 DE SETEMBRO. ACEDIDO EM MARÇO DE 2016 EM [WWW.DGS.PT](http://www.dgs.pt).

PORTUGAL. RESOLUÇÃO DO CONCELHO DE MINISTROS NO 88/2003. ACEDIDO EM MARÇO DE 2016 EM [HTTP://WWW.HSPH.HARVARD.EDU](http://www.hsph.harvard.edu).

PORTUGAL. LEI 59/2007 DE 4 DE SETEMBRO. ACEDIDO EM MARÇO DE 2016 EM [HTTP://WWW.PGDLISBOA.PT/LEIS/LEI_MOSTRA_ARTICULADO.PHP?NID=930&TABELA=LEIS](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=930&tabela=leis)

PORTUGAL. LEI NO 112/2009 DE 16 DE SETEMBRO. ACEDIDO EM MARÇO DE 2016 EM [HTTP://WWW.PGDLISBOA.PT/LEIS/LEI_MOSTRA_ARTICULADO.PHP?NID=1138&TABELA=LEIS](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1138&tabela=leis).

PORTUGAL. V PLANO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E DE GÊNERO 2014 -2017 ACEDIDO EM ABRIL DE 2016 EM [HTTPS://WWW.CIG.GOV.PT/WP-CONTENT/UPLOADS/2014/01/V_PL_PREV_COMBATE.PDF](https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2014/01/V_PL_PREV_COMBATE.pdf)

PORTUGAL. III PROGRAMA DE AÇÃO PARA A PREVENÇÃO E ELIMINAÇÃO DA MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA 2014 -2017. ACEDIDO EM ABRIL DE 2016 EM [HTTPS://WWW.CIG.GOV.PT/WP-CONTENT/UPLOADS/2014/01/V_PL_PREV_COMBATE.PDF](https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2014/01/V_PL_PREV_COMBATE.pdf)

PORTUGAL. DECRETO-LEI NO 118/2014 DE 5 DE AGOSTO. ACEDIDO EM MARÇO DE 2016 EM [HTTP://WWW.ACSS.MIN-SAUDE.PT](http://www.acss.min-saude.pt)

REDONDO, J., PIMENTEL, I. & CORREIA, A. (2012). MANUAL SARAR – SINLIZAR, APOIAR, REGISTRAR, AVALIAR, REFERENCIAR. ACEDIDO EM MARÇO DE 2016 EM [HTTPS://WWW.CIG.GOV.PT/SIC/2015/01/MANUAL.SARAR.SINLIZAR.APOIAR.REGISTAR.AVALIAR.REFERENCIAR/](https://www.cig.gov.pt/sic/2015/01/manual.sarar.sinlizar.apoiar.registar.avaliar.referenciar/)

ROLLAND, J. S. (2000). FAMÍLIAS, ENFERMEDAD Y DISCAPACIDAD. BARCELONA: GEDISA EDITORIAL

SHIPWAY, L. (2004). DOMESTIC VIOLENCE: A HANDBOOK FOR HEALTH PROFESSIONALS. LONDON. ACEDIDO EM MARÇO DE 2016 EM [HTTPS://BOOKS.GOOGLE.CO.UK](https://books.google.co.uk)

UNICEF. (2014). A STATISTICAL ANALYSIS OF VIOLENCE AGAINST CHILDREN. ACEDIDO EM ABRIL DE 2016 EM [HTTP://WWW.UNICEF.ORG/PUBLICATIONS/INDEX_74865.HTML](http://www.unicef.org/publications/index_74865.html)

WHO. (2001). FEMALE GENITAL MUTILATION: INTEGRATING THE PREVENTION AND THE MANAGEMENT OF HEALTH COMPLICATIONS INTO THE CURRICULA OF NURSE AND MIDWIFERY – A STUDENT’S MANUAL. GENEVA: WORLD HEALTH ORGANIZATION.

WHO. (2002). MISSING VOICES: VIEWS OF OLDER PERSONS ON ELDER ABUSE. GENEVA: WORLD HEALTH ORGANIZATION.