

“Prevenção da Violência nas Diferentes Formas dos Ciclos de Vida –
O papel do Assistente Social nas (EPVA) nas Unidades de Cuidados de
Saúde Primários – ARSLVT, IP: Um estudo de caso”

Sandra Cristina da Fonseca Loureiro

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Serviço Social

Orientador:

Professor Doutor Manuel Leitão Ferreira, Professor Auxiliar
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Maio, 2016

“Prevenção da Violência nas Diferentes Formas dos Ciclos de Vida –
O papel do Assistente Social nas (EPVA) nas Unidades de Cuidados de
Saúde Primários – ARSLVT, IP: Um estudo de caso”

Sandra Cristina da Fonseca Loureiro

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Serviço Social

Orientador:

Professor Doutor Manuel Leitão Ferreira, Professor Auxiliar
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Maio, 2016

AGRADECIMENTOS

Ao longo do meu percurso, que culminou com a elaboração do presente trabalho, beneficiei da preciosa ajuda, directa ou indirecta, de várias pessoas às quais gostaria de expressar o meu profundo agradecimento.

À ARSLVT, IP, pelo consentimento para a realização da recolha de dados para a realização do presente estudo;

Ao ACES Loures Odivelas, nomeadamente à pessoa da Dra. Ileine Lopes – Diretora Executiva, à Dra. Inês Nunes, Dra. Susana Fonseca e Dra. Teresa Teles pela disponibilidade e pelo contributo prestado na entrevista;

Ao Professor Doutor Jorge Ferreira, orientador deste trabalho, pela compreensão e todo o apoio demonstrados.

À Sra. D. Maria Luís Figueira, profissional dedicada e sempre disponível para esclarecer qualquer dúvida sempre com um sorriso.

Aos meus colegas e amigos, em especial ao meu querido amigo Paulo Sequeira pela constante motivação nos momentos mais difíceis desta caminhada.

Aos meus pais a quem devo a minha vida e todo o meu processo de educação.

Ao meu marido, meu companheiro e porto de abrigo, pelas palavras de conforto e incentivo.

À avó Ana, que infelizmente não pôde esperar para me ver concretizar este objetivo...

À Anita, o meu farol... pelo seu amor incondicional que me moldou na pessoa que sou hoje.

Ao Francisco, o meu maior tesouro.

RESUMO

A presente investigação, intitulada «Prevenção da Violência nas Diferentes Formas dos Ciclos de Vida – O papel do Assistente Social nas (EPVA) nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários – ARSLVT, IP: Um estudo de caso» analisa o papel do Assistente Social nestas Equipas de Prevenção de Violência em Adultos na perspetiva de resposta ao fenómeno da violência interpessoal, nas suas múltiplas formas, dada pelos serviços de saúde. O objetivo geral deste estudo consistiu na sistematização do papel do Assistente Social e na análise dos domínios da sua intervenção como promotores e facilitadores para uma resposta integrada e interdisciplinar.

O estudo é de natureza exploratória e sustenta-se no método de estudo de caso centrado numa abordagem qualitativa. Como instrumento de pesquisa empírica, utilizámos a entrevista por questionário e no tratamento de dados utilizamos a análise de conteúdo.

Concluimos, através dos resultados deste estudo que o Centro de Saúde é um espaço privilegiado no que refere ao atendimento às vítimas de violência. Ao nível da intervenção, o Assistente Social integrado na EPVA presta atendimento social, avalia as necessidades efetivas do indivíduo/vítima, elabora diagnósticos sociais, colabora na elaboração de um plano de intervenção multidisciplinar e efetua a articulação com os recursos na comunidade. Destas actividades, resultam instrumentos de trabalho elaborados com base em conhecimentos académicos e experiência profissional realizada por Assistentes Sociais, como informações sociais; entrevistas sociais e visitas domiciliárias. O trabalho interdisciplinar foi referido pelos participantes neste estudo como muito importante, na medida em que várias disciplinas podem contribuir para uma melhor avaliação das situações expostas para o planeamento da intervenção junto da(s) vítima(s) e criação de estratégias para a prevenção do fenómeno.

Palavras-chave: Equipas de Prevenção de Violência em Adultos; Prevenção da violência; Serviço Social; Violência interpessoal; Cuidados de Saúde Primários.

ABSTRACT

“Prevention of Violence in its different forms during the life cycle – The role of Social Service Worker in the Prevention Units of Primary Health Service - ARSLVT, IP: Case study”, is the title of the research presented.

This work analyses the role of Social Worker in the Violence Prevention Units of Primary Health Service, created by Portuguese Government Order No. 6378/2013, encompassing the health service’s response to the interpersonal violence phenomenon, in its multiple forms in two Prevention Units.

The general goal of this study was to systematize the role of the Social Worker in the Violence Prevention Units of Primary Health Service of Lisbon’s Regional Health Administration, and to analyze the types of intervention recognized to better promote and facilitate the integrated and interdisciplinary social intervention.

It’s an exploratory and based-method study approach, focused in a case study. As an instrument of empirical research, a questionnaire interview was used.

We concluded, that the Health Center is a privileged space to address victims of violence. The role of the Social Worker there, is to provide integrated social intervention in the scope of the Violence Prevention Units of Primary Health Service, evaluating the effective needs of the individual /victim, developing social diagnostics, collaborating in the planning of integrated multidisciplinary intervention together with community-based resources.

The aforementioned activities result in working instruments produced by Social Workers, based in academic and professional backgrounds, like social interviews and home visits. The interdisciplinary work was referred by the participants as very important, as various scientific disciplines can contribute to a better problem evaluation, intervention planning, and design of strategies for violence prevention.

Keywords: Violence Prevention Units of Primary Health Service; Violence Prevention; Social Service; Interpersonal Violence; Primary Health Care.

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vitima

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

AS – Assistente Social

ASGVCV – Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida

CIG – Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGAI – Direção Geral da Administração Interna

DGS – Direção Geral de Saúde

EPVA – Equipa de Prevenção de Violência em Adultos

FS – Forças de Segurança

GNR – Guarda Nacional Republicana

MGF – Mutilação Genital Feminina

NACJR – Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNPCVDG - Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNSM – Programa Nacional para a Saúde Mental

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSP – Polícia de Segurança Pública

RAPVT – Rede de Apoio e Proteção às Vitimas de Tráfico

UMAR – União de Mulheres Alternativa e Resposta

AGRADECIMENTOS	v
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
GLOSSÁRIO DE SIGLAS	viii
ÍNDICE	
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I - Dimensões conceptuais	15
1. Conceitos de violência.....	15
2. Dimensão do problema ao nível micro e macro.....	18
3. Enquadramento legal	22
4. Políticas públicas de resposta à violência	24
5. Práticas sociais de resposta à violência.....	28
CAPÍTULO II - Assistente Social Vs Violência nos Cuidados de Saúde Primários	31
1. A intervenção do Assistente Social nos cuidados de saúde primários	31
1. Tipos de violência	33
2. Formas de violência.....	35
2.1 Violência doméstica	35
2.2 Violência no namoro	35
2.4 Violência contra idosos	36
2.5 Violência vicariante.....	36
2.6 Violência baseada em tradições étnicas	36
3. Impactos da violência na saúde das vítimas.....	37
4. Referenciais teóricos e metodologias do Assistente Social no domínio da intervenção	39
CAPÍTULO III - Metodologia de pesquisa.....	41
1. Campo empírico da pesquisa	41
2. Natureza da investigação e método científico.....	41
3. Universo e Amostra	42
4. Técnicas de recolha e tratamento de dados	45
5. Procedimento metodológico	46

6. Limitações do Estudo	46
CAPÍTULO IV – Análise e interpretação dos resultados da pesquisa	47
1. A intervenção do Assistente Social nas EPVA – ARSLVT, IP	47
1.1 O Perfil do Assistente Social - contexto da EPVA	47
1.2 Metodologia de Intervenção	49

CONCLUSÕES

BIBLIOGRAFIA

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1.1- Estatísticas Globais	22
Quadro 3.1 - N.º utentes inscritos ACES Loures Odivelas, por unidade de saúde	44

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 - Ocorrências de violência participadas às FS	19
Figura 1.2 - Processos de apoio com atendimento, 2014	20
Figura 1.3 - Óbitos por causas de morte (%)	20
Figura 1.4 - Óbitos por causa de morte (%), por município	21
Figura 2.1- Tipologias de violência participadas às FS em 2014 (%)	32
Figura 2.2 - Conceptualização da violência	33
Figura 2.3 - Natureza e tipologia da violência	34
Figura 2.4 - Efeitos da violência na saúde das vítimas	38
Figura 2.5 - Custos diretos da violência na saúde	38
Figura 3.1 - Os 15 ACES - ARSLVT, IP	43

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A - Despacho 6378/2013, de 16 de maio de 2013	II
Anexo B - Guião de entrevista	III
Anexo C - Grelha de análise de conteúdo	VII
Anexo D - Autorização para a investigação - Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, IP	IX
Anexo E - Quadro síntese com datas de resposta ao instrumento de pesquisa	X
Anexo F - Curriculum Vitae	XI

INTRODUÇÃO

As transformações ocorridas na sociedade, desde a Revolução Francesa até à modernidade, deram origem a uma nova noção de pessoa: o indivíduo cidadão, racional, livre, usufruindo do direito à diferença e protegido por leis universais que garantem os mesmos direitos a todos os cidadãos (Galinkin, 2006). Contudo, a noção de pessoa varia entre as diferentes culturas dependendo dos sistemas de organização e relações sociais que são estabelecidas.

A hierarquia nas relações sociais defende uma forma de violência que transforma o sujeito em objeto (Chauí, 1984), estabelecendo assim uma outra categoria de pessoa – o cidadão de segunda classe, discriminado, a quem é negado o acesso à participação política, cultural e simbólica (Michaud, 1989).

De forma geral, a violência pode ser entendida como um evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos ou morais a si próprios ou a outros (Minayo et al. 1998). Para Reis (2005), o conceito de saúde define-se a partir não só do aspeto físico mas também a partir de um contexto existencial, na medida em que o envolvimento e a relação da pessoa com a vida são fundamentais para determinar este conceito. A prevenção de riscos para a saúde e bem-estar das populações assume pois nas sociedades modernas, um valor cada vez mais evidente. Desta forma, a prevenção da criminalidade deve ser entendida como uma prioridade ao serviço desse bem-estar.

A OMS define saúde “não apenas como a ausência de doença mas como um estado de completo bem-estar físico, psíquico, mental, emocional, moral e social” (Domingues e Gonçalves, 2002:265), sendo por isso, uma condição essencial da vida humana, na medida em que possibilita a capacidade para o trabalho, fonte de bem-estar.

A violência é um fenómeno transversal às sociedades e resulta de diversas causas assumindo consequências graves no desenvolvimento das comunidades numa perspetiva mundial e, por conseguinte, as repercussões deste fenómeno ao nível mundial conduz a encargos financeiros inevitáveis ao nível da saúde e justiça¹.

A cada ano, mais de 1,6 milhões de pessoas em todo o mundo perdem a vida violentamente, sendo a violência uma das principais causas de morte na população mundial

¹ Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002.

(OMS, 2002). Por cada pessoa que morre devido a causas violentas, outras resultam feridas e sofrem com as diversas consequências, não apenas ao nível físico, mas também mental. Sendo esta temática bastante complexa e desafiante, as investigações quer ao nível nacional como internacional continuam com resultados pouco visíveis, uma vez que são conhecidos apenas os casos que são denunciados. Deste modo, são ainda escassas ou inexistentes estatísticas oficiais relativamente à violência doméstica, contudo, existem fontes oficiais disponíveis, nomeadamente a Direção Geral da Administração Interna (DGAI)² e Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV)³.

Com o objetivo de desenvolver um modelo de intervenção integrado sobre a violência interpessoal ao longo do ciclo de vida no âmbito do Ministério da Saúde, o Despacho n.º 6378/2013 de 16 de Maio, criou a designação de Acção de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV), privilegiando a intervenção entre os serviços e os profissionais com responsabilidade na prevenção da violência. As Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) operacionalizam a ASGVCV e são constituídas por equipas multidisciplinares, onde se evidencia o contributo do Assistente Social.

A complexidade e a crescente mudança social em que os assistentes sociais se veem envolvidos na sua prática profissional, exige uma reflexão cada vez mais aprofundada sobre as transformações e dinâmicas sociais e sobre os fundamentos e métodos de intervenção em Serviço Social.

O estudo “Prevenção da Violência nas Diferentes Formas dos Ciclos de Vida – O papel do Assistente Social nas EPVA nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários – ARSLVT, IP”, propôs como objetivo geral sistematizar o papel do Assistente Social nas Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) das unidades de cuidados de saúde primários, designadamente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP e analisar os domínios da intervenção como promotores e facilitadores para uma intervenção integrada e interdisciplinar.

Como objetivos específicos definimos:

- Identificar os diferentes níveis de intervenção das EPVA no quadro de uma equipa multidisciplinar;
- Categorizar os grupos de situações-problema de violência em adultos, abrangidos e apresentados à EPVA;

² <http://www.dgai.mai.gov.pt>, acedido em 10-01-2016

³ <http://www.apav.pt>, acedido em 10-1-2016

- Analisar o processo de sinalização, acompanhamento e encaminhamento dos casos (como se constituem as equipas das unidades de cuidados de saúde primários dos Centros de Saúde, bem como quais os procedimentos internos);
- Caracterizar um perfil de Assistente Social integrado nas EPVA e definir o seu papel para uma intervenção multidisciplinar.

O presente trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos, sendo que no primeiro capítulo aborda-se o tema com base em dimensões conceptuais, a dimensão do problema ao nível micro e macro, a legislação subjacente e as políticas públicas e práticas sociais de resposta ao fenómeno da violência.

No segundo capítulo são apresentados os tipos, as formas de violência e também o seu impacto na saúde das vítimas. Neste capítulo são abordados os marcos teóricos e metodologias de intervenção do Assistente Social no domínio da intervenção. A metodologia de pesquisa é descrita no terceiro capítulo e no quarto capítulo é apresentada a análise dos dados obtidos. Terminamos com a apresentação das conclusões e perspectivas para investigações futuras.

CAPÍTULO I - Dimensões conceituais

1. Conceitos de violência

A palavra violência tem origem etimológica no latim *violentiā*⁴(*vis* = força e *olentus* = excesso) e consiste fundamentalmente entre outras definições, “na ação em que se faz uso de força bruta; crueldade⁵”.

Na História da Humanidade, a violência tem vindo a acompanhar o pensamento e os comportamentos humanos, contudo, é entendida de forma diversa por muitas culturas o que nos remete a refletir sobre a violência na sociedade atual, as relações sociais humanas e assimetrias de poder entre classes, grupos, etnias e culturas que poderão resultar em conflitos sociais e interpessoais (Almeida, 2006:9).

A Organização Mundial de Saúde (2002) caracteriza a violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Na sociedade atual, as relações de intimidade deveriam pressupor como ideais a democracia e igualdade, elementos fundamentais da conquista dos direitos sociais dos indivíduos, contudo, “a valorização do amor e da intimidade (em que se baseia a tese da ascensão do privado) estão longe de quebrar as malhas da desigualdade” Aboim (2008:568). São raras as situações em que é admissível o uso da violência, nomeadamente quando a mesma é utilizada em legítima defesa ou no decorrer de conflitos armados entre Estados.

A crise da sociedade moderna, como refere Souza (2003), faz transparecer o seu efeito mais visível a violência e a desagregação familiar. Também as desigualdades sociais e a pobreza podem para o mesmo autor ser considerados fatores de aumento da violência e das taxas de criminalidade. Sendo um fenómeno bastante complexo e que envolve diversos fatores, sejam eles, “sociais, culturais, psicológicos, ideológicos, económicos, etc.(...)” (Costa, 2003).

Para Pais (1998), a casa é um espaço privilegiado da violência contra as mulheres sendo a violência um fenómeno transversal a todas as classes sociais, diferenciando-se contudo, quando analisada segundo as suas várias formas e tipos de manifestação.

⁴ <http://origin-dictionary.reference.com/browse/unviolent>, acedido em 23-05-2016

⁵ <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/violencia>, acedido em 20-11-2015.

Galinkin (2006) defende que é o desvio que dá sentido à norma, pois é por meio da negatividade do caos que transparece a positividade da ordem, sendo o caos e ordem partes da mesma composição. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 2002 o Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde, que descreve a violência como uma questão de Saúde Pública e uma ferramenta essencial para salientar a importância da violência nas comunidades e países de todo o mundo. O documento salienta ainda algumas possibilidades de trabalho num contexto de prevenção que envolve a colaboração e parceria entre várias áreas da sociedade civil.

O Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde é assim a base para a Aliança de Prevenção à Violência (Violence Prevention Alliance, VPA), liderada pela OMS e formada por uma rede de estados-membros da OMS, agências internacionais e organizações da sociedade civil, no combate à prevenção da violência. Há deste modo, um comprometimento dos membros da Aliança para com a promoção do entendimento e da implementação de uma abordagem de Saúde Pública baseada em evidências que combatam os fatores de risco que desencadeiam a violência e promovendo a cooperação por todas as áreas.⁶

Ao nível das relações familiares, o fenómeno da violência assume diferentes formas de expressão, contudo, adota um vínculo abusivo que comporta um desequilíbrio de poder do mais forte sobre o mais fraco (Teubal, 2001), traduzindo-se pois numa evidente assimetria de poderes. Desta forma, nas relações inter e intra-grupos, as diferenças de poder adquirem uma forma de eminente tensão e eventual conflito social e interpessoal, podendo adquirir a forma de atos violentos para resolução de eventuais conflitos. Todavia, para que estes sejam definidos como atos de violência, é necessário que sejam legal e moralmente instituídos por um pensamento social (Almeida, 2006:9).

Qualquer família independentemente da sua origem social pode ter no seu seio pessoas que são violentadas física e/ou psiquicamente, todavia, são as pessoas oriundas de famílias mais desfavorecidas que surgem nos estudos como sendo aqueles onde a violência doméstica predomina (MRDGS, 2003:15).

As relações interpessoais são determinantes para a transição dos ciclos de vida, podendo em casos de dificuldade “(...) gerar situações de stress, que têm influencia na comunidade e no meio ambiente social. As disfunções de comunicação podem ser geradoras de violência, negligência, discriminação, entre outros (...)” (Carvalho, 2012:100).

⁶ http://www.who.int/violenceprevention/project_groups/intersectoral_action_por.pdf, acessido em 28-01-2015

Para West e Zimmerman (1987), a partir do momento em que alguém é classificado como fazendo parte de uma determinada categoria sexual, é responsabilizado moralmente como membro dessa determinada categoria. Este procedimento designa-se como *doing gender* e traduz-se no estabelecimento de diferenças que não são inevitáveis nem essenciais e originam a legitimação da desigualdade (Kynaston, 1996), designadamente na diferença entre sexos e assimetria de poderes.

A APAV trabalha um conceito de violência doméstica mais amplo, considerando assim qualquer conduta ou omissão de natureza criminal, reiterada e/ou intensa ou não, que inflija sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos ou económicos, de modo direto ou indireto, a qualquer pessoa que resida habitualmente no mesmo espaço doméstico ou que, não residindo, seja cônjuge, companheiro/a ou ex-companheiro/a, namorado/a ou ex-namorado/a, ou progenitor de descendente comum, ou esteja, ou estivesse estado, em situação análoga; ou que seja ascendente ou descendente, por consanguinidade, adoção e afinidade. Está também inserida neste conceito a violência exercida entre pessoas do mesmo sexo no seu relacionamento⁷.

O V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género⁸ (PNPCVDG) 2014-2017, assenta nos pressupostos da Conferência de Istambul, alargando o seu âmbito de aplicação até aqui circunscrito à violência doméstica, a outros tipos de violência de género, como a Mutilação Genital Feminina (MGF) e as agressões sexuais.

Desde a década de 80, a Saúde Pública tem desempenhado um papel muito positivo no que diz respeito ao fenómeno da violência. Para Domingues (2002), a saúde pública define-se com a aplicação de conhecimentos, e descobertas científicas, educativas e sociais, logo que técnica e administrativamente utilizáveis, como agentes da melhoria da saúde individual, familiar e da comunidade assente em serviços de saúde integrados num sistema de cuidados de saúde.

Para Krug et al., (2002), a abordagem da Saúde Pública à violência destaca ainda a importância de diversos setores, nomeadamente a área da saúde; educação; serviço social; justiça e políticas. A violência “(...) consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam a sua integridade física, moral, mental ou espiritual (...)” (Minayo, 1998:514), que se caracteriza pela interceção das classes sociais, de grande impacto quer no indivíduo e no seu sistema familiar, como também ao nível do sistema socioeconómico. Esta questão representa um

⁷ <http://www.apav.pt/lgbt/menudom.htm>, acessido em 20-11-2015.

⁸ <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2013/12/25300/0701707035.pdf>, acessido em 20-11-2015.

problema de Saúde Pública uma vez que os acidentes têm provocado um forte impacto ao nível da morbilidade e na mortalidade das populações. A dificuldade em compreender o que seja intencional ou não, tem levado os técnicos a investigar a violência (Minayo, 1998).

Para Alarcão (2006), o ciclo vital da família encontra-se dividido em cinco etapas, sendo que a primeira se inicia com a formação do casal a partir do namoro, período caracterizado pela magia e pelos projetos de vida em comum. A etapa seguinte é o casamento, dando origem ao sub-sistema conjugal, de onde advêm as “heranças familiares”. A etapa seguinte surge com a chegada dos filhos ou parentalidade, onde se conjugam os sub-sistemas conjugal e parental. A terceira etapa do ciclo vital familiar define-se com a família com filhos na escola, e a quarta etapa do ciclo, surge com a família com filhos adolescentes, etapa que desafia a relação entre pais e filhos, devido a eventuais conflitos geracionais. A família com filhos adultos constitui a quinta e última etapa do ciclo vital familiar, caracterizada pelas mudanças e novas relações que dão lugar a novos papéis.

2. Dimensão do problema ao nível micro e macro

Os dados referentes a estatísticas oficiais sobre a violência doméstica são escassos e inexistentes com este tipo de categorização.⁹ Segundo os dados do relatório anual de monitorização 2013¹⁰, no primeiro semestre de 2014, registaram-se 13071 participações de VD pelas FS, sendo que 5497 pela GNR (42,1%) e 7574 (57,9%) pela PSP.

Na figura 1.1 é possível verificar que, comparativamente ao período homólogo de 2013, registou-se um aumento do número de ocorrências participadas às FS, mais 291 participações no ano de 2014, o que se traduz numa taxa de variação positiva de 2,3%.

É possível ainda verificar que os concelhos onde se verificaram maior número de ocorrências de violência participadas às FS no primeiro semestre de 2014, onde se destacam os distritos de Lisboa com 2.875 participações; o Porto com 2.544 participações e Setúbal que apresentou um valor de 1.133 participações. De salientar que no mesmo período no ano de 2013, eram os mesmos distritos os que se destacavam com maior número de participações às FS, todavia com um número inferior de denúncias em cada distrito.

Como se verifica na figura que a seguir se apresenta, apenas os distritos de Beja; Braga; Coimbra; Portalegre; Santarém; Vila Real e as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira ,

⁹ O INE disponibiliza informação apenas sobre crimes denunciados às autoridades de polícia.

¹⁰ http://www.dgai.mai.gov.pt/files/conteudos/Rel%20VD%202013_%20v14ago2014.pdf, acedido em 03-12-2015.

apresentaram uma diminuição dos valores de ocorrência de situações de violência no ano de 2014.

Figura 1.1 - Ocorrências de violência participadas às FS

Distrito/Região Autónoma	2013 (1º semestre)			2014 (1º semestre)			Taxa de variação total (%)
	GNR	PSP	Total	GNR	PSP	Total	
Aveiro	553	183	736	639	227	866	17,7
Beja	113	37	150	85	33	118	-21,3
Braga	581	289	870	512	301	813	-6,6
Bragança	122	52	174	134	47	181	4,0
Castelo Branco	128	80	208	167	81	248	19,2
Coimbra	313	270	583	262	230	492	-15,6
Évora	86	74	160	95	67	162	1,3
Faro	359	245	604	344	270	614	1,7
Guarda	100	33	133	136	43	179	34,6
Leiria	265	156	421	271	156	427	1,4
Lisboa	357	2492	2849	379	2496	2.875	0,9
Portalegre	87	37	124	52	54	106	-14,5
Porto	906	1466	2372	997	1547	2.544	7,1
Santarém	299	168	467	238	145	403	-13,7
Setúbal	464	620	1084	495	638	1.133	4,5
Viana do Castelo	155	54	209	156	82	238	13,9
Vila Real	200	67	267	200	62	262	-1,9
Viseu	242	86	328	315	106	421	28,4
R. A. Açores	1	547	548	-	509	509	-7,1
R. A. Madeira	0	493	493	-	480	480	-2,6
Total	5311	7449	12760	5487	7574	13071	-2,3

Fonte: Relatório anual de monitorização, 2013 (MAI)

Em Portugal, os primeiros estudos sobre o tema da violência doméstica surgiram no início da década de 1980 tendo sido os mesmos promovidos, entre outros, pela Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género¹¹. O fenómeno da violência atenta contra princípios basilares dos direitos humanos, tendo no ano de 2013 ocupado o 5.º lugar nos crimes mais denunciados às autoridades. Assim, a eficácia na investigação, proteção das vítimas e prevenção constituem-se assim desafios para o Ministério Público¹².

O relatório estatístico anual - 2014, elaborado pela Unidade de Estatística da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), espelha os resultados apurados no que respeita ao trabalho desenvolvido na área do apoio à vítima. Como ilustra a figura 1.2, no ano 2014 a APAV registou 12.379 processos de apoio com atendimento, sendo que foram registadas 8.889 vítimas diretas, que foram alvo de 21.541 crimes ou actos violentos. Destaca-se os 738 eventos formativos realizados pela APAV neste âmbito com o objectivo de beneficiar os destinatários com conhecimentos e competências na área da prevenção da vitimação e no apoio à vítima.

¹¹http://onvg.fcsh.unl.pt/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=55&Itemid=118&lang=pt, acedido em 1 de Julho de 2014;

¹²http://www.pgr.pt/grupo_soltas/Actualidades/2014/programa_vd_1-12-2014.pdf, acedido em 06-03-2015

Figura 1.2 - Processos de apoio com atendimento, 2014



Fonte: APAV, 2016

A Fundação Francisco Manuel dos Santos¹³ disponibiliza também informação muito pertinente acerca desta temática. Na figura seguinte, é possível verificar a percentagem de óbitos por algumas causas de morte, no ano de 2012 e 2013.

Figura 1.3 - Óbitos por causas de morte (%)

Anos	Causas de morte	
	Acidentes, envenenamentos e violências	Suicídio
2012	2,9	1,0
2013	2,9	1,0

Óbitos por algumas causas de morte (%)
 Fontes de Dados: INE | DGGMIS - Óbitos por Causas de Morte
 INE - Estatísticas de Óbitos
 Fonte: PORDATA
 Última atualização: 2015-07-15

Fonte: Pordata¹⁴, 2015

Consultados os mesmos dados referentes aos municípios¹⁵ respeitantes a 2012 (figura 1.4), verificou-se que o município de Loures foi o que mais se destacou com maior número de

¹³ <https://www.ffms.pt>, acessido em 10-01-2016

¹⁴ <http://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>, acessido em 15-07-2015

¹⁵ <http://www.pordata.pt/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>, acessido em 11-02-2015

casos referentes a lesões e envenenamentos com 4,1 %, seguido dos municípios de Cascais (3,8 %) e Mafra (3,7 %), como se verifica na figura seguinte.

Figura 1.4 - Óbitos por causa de morte (%), por município

Territórios	Lesões e envenenamentos 2012
Anos	
Grande Lisboa	3,2
Amadora	2,7
Cascais	3,8
Lisboa	2,8
Loures	4,1
Mafra	3,7
Odivelas	3,5
Oeiras	2,9
Sintra	3,2
Vila Franca de Xira	2,8

Fonte: Pordata, 2015

O Observatório de Mulheres Assassinadas da UMAR¹⁶ (União de Mulheres Alternativa e Resposta) no relatório anual 2014, descreve que no período entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro do mesmo ano, ocorreram 43 femicídios, sendo 35 em contexto de relações de intimidade presentes ou passadas e 8 casos em contexto de relações familiares privilegiadas.¹⁷

Também o Relatório do Desenvolvimento Humano respeitante a 2014¹⁸, refere que as pessoas com capacidades essenciais limitadas, designadamente na educação e na saúde, estão menos habilitadas a viver as suas vidas de forma facilitada, na medida em que os conflitos e os sentimentos de insegurança pessoal têm impactos adversos persistentes no plano do desenvolvimento humano e conduzem milhares de milhões de pessoas a condições de vida precária.

O quadro 1.1 identifica as estatísticas globais, por tipologia de violência. Importa salientar os números referentes à violência contra as mulheres e nas relações de intimidade. Portugal apresenta um valor de 33,6%, comparativamente à Europa e ao mundo.

¹⁶<http://www.umarfeminismos.org/>, acedido em 10-01-2016

¹⁷http://www.umarfeminismos.org/images/stories/oma/2014/OMA_2014_Relat%C3%B3rio_Anual.pdf, acedido em 01-12-2015

¹⁸http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14_summary_pt.pdf, acedido em 25-02-2015

Quadro 1.1- Estatísticas Globais

TIPOLOGIA DE VIOLÊNCIA	DADOS	FONTE
Violência Contra Crianças	20-65%	OMS, 2002
Violência Contra Mulheres Relações de Intimidade	33,6% Portugal 25,4% Europa 30% Mundo	DGS e Socinova, 2005 OMS, 2013 OMS 2013
Abuso Sexual	20% mulheres 5-10% homens	OMS, 2002
Violência Relações Homossexuais	37,7%	Machado et. al., 2009
Violência Namoro	25-35%	IDVS, 2008
Violência Idosos	2,1% Portugal 4-6% Mundo	OMS, 2011 OM, 2002
Violência Profissionais de Saúde	37-60%	AGO, 2001
Bullying	22%	Carvalhosa et al., 2004
Suicídio	154000 mortes/ano Europa	OMS, 2002
Tráfico Seres Humanos	2,4 milhões de pessoas	ONU, 2009
Mutilação Genital Feminina	100-140 milhões (consequências)	OMS, 2010

Fonte: DGS¹⁹, 2015

Os dados representados no quadro anterior traduzem assim a magnitude do fenómeno da violência, bem como a necessidade de criar estratégias de prevenção, em alternativa a este flagelo, nomeadamente no que respeita a entidades que têm contacto direto com as vítimas, como os cuidados de saúde primários.

3. Enquadramento legal

A divulgação do problema e a consciencialização da sociedade para a sua natureza crítica conduziram à implementação de medidas de política social e à produção de legislação adequada (Liss, 1987:783), com o propósito de salvaguarda das vítimas.

A violência é uma questão de Direitos Humanos e de cidadania, encontrando-se consagrada em instrumentos internacionais, nomeadamente a Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela resolução 217^a (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de Dezembro de 1948²⁰; na Declaração de Sevilha sobre Violência, aprovada pela UNESCO em 1986²¹; na Declaração das Nações Unidas sobre a Violência Contra a Mulheres, de 1993 e na Convenção do Conselho da Europa para a prevenção e o combate à violência contra as mulheres e a violência doméstica, adoptada e aberta à assinatura em Istambul a 11 de Maio de 2011.

A prática de atos violentos encontra-se prevista no ordenamento jurídico de diferentes países de todo o mundo. Desde a década de 1990 que Portugal tem vindo a produzir

¹⁹ <http://www.arsalentejo.minsaude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/SaudeMental/Documents/Fase%201%20%20Reuni%C3%B5es%20Formativas%20-%20final.pdf>, acessido em 03-12-2015

²⁰ <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>, acessido em 29-11-2015

²¹ <http://www.unesco.org/cpp/uk/declarations/seville.pdf>, acessido em 29-11-2015

legislação específica direcionada para as vítimas de violência, sendo o que Código Penal prevê a aplicação de penas, de acordo com o tipo de violência.

Com o propósito de criar um espaço de liberdade, de segurança e de justiça, a Comunidade Europeia fixou o objetivo de garantia da livre circulação das pessoas entre os países membros. Esta liberdade resultou no aumento dos casamentos entre pessoas de nacionalidades diferentes, provocando cada vez mais situações de subtração internacional de menores, perpetrado por um dos progenitores, e problemas de conflito de jurisdições.

Na Europa, a partir da década de 80 a subtração de menores por um dos pais começou a ser tratada pelos Tribunais e a constituir uma preocupação dos Estados Membros. Assim, em 1980 subscreveram um Tratado complementar à Convenção de Luxemburgo: a Convenção de Haia, de 25 de Outubro, sobre os aspetos civis do rapto internacional de crianças, com o único objetivo de restabelecer a situação anterior à subtração internacional das mesmas. No ano de 2003 a Comunidade viu a necessidade de criar um Regulamento (CE) n.º 2201/2003, de 27 de Novembro, relativo à competência, ao reconhecimento e à execução de decisões em matéria matrimonial e em matéria de responsabilidade parental²². O Regulamento 2201/2003 veio assim completar a Convenção de Haia, pelo que são dois mecanismos que se encontram intimamente ligados.

Com a revisão do Código Penal feita pela Lei n.º 48/95 de 15 de Março alterou a matéria da incriminação dos maus-tratos conjugais, tornando-o em crime semipúblico.

A Resolução da Assembleia da República n.º 31/99 de 4 de Abril, no n.º 1 refere “necessidade de serem regulamentadas e executadas, com carácter urgente e prioritário, as medidas previstas na Lei 61/91 de 13 de Agosto”, nomeadamente, a criação de uma rede de casas de apoio, um guia de violência doméstica, o adiantamento da indemnização pelo Estado, atendimento direto nas autoridades policiais, atendimento telefónico às vítimas e campanhas de sensibilização para mudanças de mentalidade.

A Lei n.º 65/98 de 2 de Setembro produziu alterações ao Código Penal, tornando o crime em semi-público mitigado, legitimando o Ministério Público a iniciar o procedimento administrativo sempre que estivesse em causa o interesse da vítima e que até à dedução da acusação a vítima não se opusesse. A apresentação de queixa continuava a depender da vítima, no entanto, no caso de retirada da queixa por parte da vítima, o Ministério Público tinha competência para manter ou avançar com o processo caso entendesse estar em causa o interesse particular da vítima.

²² <http://www.oa.pt/upl/%7B6d55f2f4-823d-47cb-ab71-9b102ae5c7d8%7D.pdf>, acedido em 26-01-2016

Dois anos depois, em 2000, o Bloco de Esquerda apresentou proposta na Assembleia da República para que o Ministério Público fosse obrigado a instaurar inquérito sempre que fosse denunciado um caso de violência doméstica. Com a publicação da Lei n.º 7/00 de 7 de Maio o regime penal é modificado, reforçando as medidas de proteção a pessoas vítimas de violência, sendo novamente considerado crime de natureza pública, não necessitando de apresentação de queixa por parte da vítima, bem como a desistência da queixa por parte da vítima é irrelevante.

Desde 2000, de acordo com o previsto na Lei n.º 7 de 27 de Maio, a violência nas suas diversas formas estão tipificadas no Código Penal, adquirindo desde então a tipificação de crime público, nomeadamente os crimes contra a vida; crimes contra a vida uterina; crimes contra a integridade física; crimes contra a liberdade pessoal e os crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual.²³

Sendo atualmente considerada como um crime público, a violência doméstica deve ser assumida como uma responsabilidade de toda a comunidade em geral e não apenas de alguns serviços interventores, no sentido da proteção das vítimas de violência doméstica, que muitas vezes poderá resultar na morte.

Com as alterações ao Código Penal, introduzidas pela Lei n.º 7/2000, de 27 de Maio, o crime de maus tratos passou a assumir a natureza de crime público, o que significa que o procedimento criminal não está dependente de queixa por parte da vítima, bastando uma denúncia ou o conhecimento do crime, para que o Ministério Público promova o processo. Atualmente, o crime base é o crime de maus tratos e infração de regras de segurança previsto no artigo 152.º do Código Penal Português.

Importa referir que em 11 de Dezembro de 2015 foi aprovado um Projeto-lei que prevê alterações ao Código Penal para a Estratégia de Proteção ao Idoso, propondo a criminalização da coação e abandono da pessoa idosa em contexto hospitalar ou outro estabelecimento de prestação de serviços de saúde, como os lares.

4. Políticas públicas de resposta à violência

A violência não constitui um problema de Saúde Pública, contudo, as suas consequências na saúde física e psicológica das vítimas, os gastos públicos com tratamentos das lesões e os dias perdidos de trabalho refletem a dimensão do problema e reforçam a necessidade de políticas públicas adequadas de prevenção (Azambuja, 2010).

²³ Decreto-Lei 400/82 alterado pela Lei 59/2000 e Lei 19/2013

As políticas de saúde representam “uma das principais parcelas das despesas sociais, a par das pensões, como têm implicações universais e ao longo do ciclo de vida” (Silva, 2012:121). Ao nível da violência, a resposta exige, como refere o Despacho a intervenção de vários setores, nomeadamente a saúde; da justiça; a educação; a segurança social, entre outros. Assim ao nível intersetorial, o V Plano Nacional, o V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género 2014 -2017 (PNPCVDG) insere-se nos compromissos assumidos por Portugal nas várias instâncias internacionais, designadamente no âmbito da Organização das Nações Unidas, do Conselho da Europa, da União Europeia e da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa²⁴.

A elaboração de Planos Nacionais de Ação constitui uma obrigação dos Estados, visam assegurar que a dimensão de género seja integrada em atividades diplomáticas, militares, de segurança, da justiça e de desenvolvimento, quer ao nível interno quer ao nível internacional²⁵. Destaca-se desde logo pela sua relevância e atualidade, a Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica (Convenção de Istambul), sublinhando -se que Portugal foi o primeiro país da União Europeia a ratificar este instrumento internacional, em 5 de fevereiro de 2013. O V PNPCVDG 2014 -2017 é o instrumento de execução das políticas públicas que visam a promoção da igualdade de género e o combate às discriminações em função do sexo e da orientação sexual.

Os Planos Nacionais, significativos do nível de compromisso político na consecução da igualdade, convocam um sem número de entidades, de diversa natureza: a Administração Pública Central, em primeiro lugar, enquanto executora das políticas nacionais, os municípios, as magistraturas, as organizações não-governamentais, como auxiliar dos poderes públicos, e tantas mais, à sua execução.

A igualdade entre mulheres e homens é um objetivo social em si mesmo, essencial a uma vivência plena da cidadania, constituindo assim uma sociedade mais justa e equitativa, através da prossecução de políticas ativas de igualdade entre mulheres e homens, sendo que a dimensão da igualdade de género deve ser tida em consideração em todos os aspetos da tomada de decisão pública e política. Esta mudança de paradigma distingue o V PNPCVDG²⁶

²⁴ <https://www.cig.gov.pt/planos-nacionais-areas/violencia-domestica/>, acessido em 03-12-2015

²⁵ <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2014/08/II-Plano-Nacional-de-A%C3%A7%C3%A3o-para-a-implementa%C3%A7%C3%A3o-da-RCSNU-1325.pdf>, acessido em 17-01-2016

²⁶ https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2014/01/V_PL_IGUALD_GENERO.pdf, acessido em 17-01-2016

pela abrangência a outras formas de violência de género, como a mutilação genital feminina e as agressões sexuais.

A necessidade de participação e trabalho concertado por parte dos diferentes setores da governação e da sociedade civil encontra -se também expressa, nos Planos Nacionais que a seguir se apresentam.

- III Plano Nacional de Prevenção e Combate ao Tráfico de Seres Humano, 2014-2017²⁷
– visa o reforço de mecanismos de referenciação, articulação e cooperação entre as entidades públicas e sociedade civil, com o objetivo de proteção das vítimas e do combate às novas formas de tráfico de seres humanos. A execução deste programa implica uma estreita articulação com o V PNPCVDG 2014-2017;
- III Programa de Acção para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina²⁸ - Este programa integra o V PNPCVDG 2014-2017, uma vez que a MGF constitui uma forma de violência de género, incluído na Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica.
- II Plano Nacional de Acção para a Implementação da Resolução do Conselho de Segurança das Nações Unidas n.º1325 (2000) sobre Mulheres, Paz e Segurança (2014-2018) - (II PNA 1325). A igualdade de género e o empoderamento das mulheres são também considerados fundamentais para a paz e a segurança internacional, como também as questões de género, direitos humanos das mulheres e participação das mulheres nos processos políticos (eleições e processos de paz).

A promoção da saúde consiste em políticas, estratégias, planos, programas e projetos com ações que se destinam a evitar a exposição dos indivíduos a fatores condicionantes e determinantes de doenças. De igual modo, a promoção da saúde incentiva condutas adequadas à melhoria da qualidade de vida, nomeadamente promoção de ações que propõem a prevenção, de forma a identificar precocemente o problema, como a seguir se apresenta.

- Programa Nacional para a Saúde Mental - (PNSM). Por Despacho de 3 de janeiro, o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde aprovou os programas prioritários a desenvolver pela Direção-Geral da Saúde, entre os quais se inclui o Programa

²⁷ <http://www.portugal.gov.pt/media/1250626/III%20PNPCTSH%20%20Consulta%20publica.pdf>,
acedido em 17-01-2016

²⁸ <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2014/07/III-Programa-de-A%C3%A7%C3%A3o-para-a-preven%C3%A7%C3%A3o-e-elimina%C3%A7%C3%A3o-da-MGF-Anexo-DR.pdf>,
acedido em 17-01-2016

Nacional para a Saúde Mental, cujo instrumento orientador fundamental se corporiza no Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março. O modelo de funcionamento dos serviços de saúde mental definido no PNSM assenta numa continuidade de cuidados entre vários níveis, através da articulação com os cuidados primários, uma majoração das intervenções na comunidade, a garantia de cuidados de internamento nas situações agudas que dele careçam, preferencialmente em hospitais gerais, e uma monitorização das diferentes unidades de cuidados continuados de saúde mental.

- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). Este Programa (PNSIJ), de 1 de Junho de 2013 veio substituir o programa-tipo de atuação em Saúde Infantil e Juvenil, Orientação Técnica n.º12, 2ª edição de 2005. O objetivo deste Programa de Saúde criado pela DGS, é fundamentalmente desenvolver sinergias nas diferentes equipas (intra e interinstitucionalmente) com as famílias e a própria comunidade, no sentido de assegurar e otimizar a vigilância adequada da saúde das crianças e jovens.
- Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR) - A “Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco foi criada pelo Despacho n.º 31292 de 5 de Dezembro, tendo como principal objetivo a criação de uma resposta estruturada do Serviço Nacional de Saúde ao fenómeno dos Maus Tratos, através do desenvolvimento da “Rede Nacional de Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco” quer a nível dos Cuidados de Saúde Primários, quer a nível dos Hospitais com atendimento Pediátrico²⁹.
- Acção de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV) – Com base de a intervenção no modelo desenvolvido pela ASCJR, prevista no referido Despacho n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro, a “Acção de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida” foi criada pelo Despacho n.º 6378/2013 de 16 de Maio e surge na perspetiva de uma resposta ao fenómeno da violência interpessoal, nas suas múltiplas formas, dada, por parte dos serviços de saúde, de uma forma cada vez mais concertada, articulada e eficiente³⁰.

Com o propósito de estabelecer formas de articulação que consolidem a cooperação entre as várias entidades, estruturas e programas que visam contribuir para a prevenção da violência

²⁹ <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco.aspx>, acedido em 17-01-2016

³⁰ <https://dre.pt/application/file/810412>, acedido em 17-01-2016

familiar e dos maus tratos a crianças e jovens, é estabelecido o Protocolo de Cooperação entre a DGS, a Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género e a Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco e a Coordenação Nacional para a Saúde Mental, que visa estabelecer formas de articulação que consolidem a cooperação entre as diversas entidades, estruturas e programas, de molde a contribuir para a prevenção da violência familiar e dos maus-tratos a crianças e jovens, assim como para o desenvolvimento da boa prática no domínio da prestação de cuidados³¹.

De igual modo, o protocolo que constitui a Rede de Apoio e Proteção às Vítimas de Tráfico (RAPVT), prevê uma rede de cooperação e de partilha de informação, que visa a prevenção, a proteção e a reintegração das vítimas de tráfico de seres humanos.

Assim, a execução das políticas públicas neste âmbito está orientada pelos Planos Nacionais, revelando-se um progresso na construção da igualdade de género, vista não apenas como uma questão de direitos e de justiça social, mas também como uma pré-condição da consecução dos objetivos de responsabilidade social e crescimento sustentável, emprego e solidariedade, no que se pode considerar um plano de ação à altura das empresas e organizações e dos cidadãos/ãs, que pautam a sua atuação pelos princípios da responsabilização, transparência, conduta ética, respeito pelos interesses das partes envolvidas, respeito pelo estado de direito, respeito pelas normas internacionais de conduta e respeito pelos direitos humanos³².

5. Práticas sociais de resposta à violência

Nas últimas décadas tem existido um reconhecido interesse em “elevar o nível de saúde da população, através da assistência de carácter preventivo, promocional e curativo, através do (...) controle dos fenómenos biológicos, mentais e sociais (...) (Herrera, 1976:209).

Na sua *praxis*, o Assistente Social possui especificidades à medida que cria um vínculo com a vida privada do utente/cliente e conhece a sua realidade. Assim, o construtor da prática não é apenas o Assistente Social, mas o conjunto de indivíduos que com ele articulam (Martinelli, 1994). Machado e Gonçalves (2003) referem ser necessário que a sociedade, as comunidades de vizinhos, condenem, à partida, a violência doméstica ou a violência contra as

³¹http://www.arsalgarve.minsaude.pt/saudeeviolencia/exemplo/index.php?option=com_content&view=article&id=71&Itemid=85, acedido em 17-01-2016

³²http://aciab.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=3625:entrevista-fatima-duarte-presidente-da-cig-comissao-para-a-cidadania-e-igualdade-de-genero&catid=41&Itemid=421&lang=en, acedido em 17-01-2016

mulheres (crianças, idosos, ou dependentes). Os mesmos autores referem que tal condenação deverá ser seguida por um conjunto de medidas de recuperação e de prevenção que impliquem todos os setores das comunidades locais. Não pode ocorrer uma intervenção, sem que antes tenham decorrido avaliações, pois estas são fulcrais para que se realize uma atuação profissional adequada (Chiodi & Wechsler, 2008), com o objetivo de revelar eventual situação ou situações-problema. O Serviço Social é pois uma disciplina científica no âmbito das ciências sociais, que tem como objetivo estudar e agir com vista à diminuição das condições de desigualdade, promovendo a justiça social e a cidadania.

Uma atitude de prevenção no âmbito da saúde deve ser sempre priorizada, uma vez que as ações e medidas de prevenção acarretam menos custos relativamente às medidas interventivas e curativas. Segundo Concha-Eastman e Malo (2006) os programas de prevenção de violência intrafamiliar podem atuar em uma dimensão temporal, em três níveis distintos: prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. Ações integradas, com foco nas relações familiares, comunitárias ou de sistemas mais amplos, ações que promovam a reflexão sobre valores e atitudes e que estejam acoplados a uma sistemática coleta de dados e pesquisa podem contribuir para maior eficácia na prevenção da violência intrafamiliar e, em consequência, a outras formas de violência também, dada a complexa vinculação entre os diferentes tipos de violência (Krug, 2002: 14-15).

A Rede Municipal de Intervenção na Violência Doméstica (RMIVD) surge assim como resultado de um protocolo assinado entre a autarquia de Loures, o Ministério Público, a GNR a CPCJ de Loures e o ACES de Loures. Também o Espaço Vida – Centro de Atendimento à Vítima de Loures é um recurso municipal criado em Abril de 2010 para dar resposta à problemática da violência doméstica, e pretende desenvolver respostas integradas agilizando a comunicação e atuação entre as diferentes entidades que intervêm na prevenção, na proteção das vítimas e no combate das situações de violência no concelho de Loures.

CAPÍTULO II - Assistente Social Vs Violência nos Cuidados de Saúde Primários

1. A intervenção do Assistente Social nos cuidados de saúde primários

Considerando a violência como um problema social, é pertinente a estratégia através de políticas de estratégias políticas e de intervenção social directa. Para Iamamoto (1999), é possível identificar três instrumentos presentes na prática do Assistente Social, designadamente: as bases teórico-metodológica ou o conjunto de conhecimentos que possibilitam a aproximação do conhecimento do objeto de estudo; o instrumental técnico operativo, que visa a transformação do objeto e do Serviço Social com base em instrumentos como a observação; a entrevista; o estudo; os pareceres sociais e os encaminhamentos; entre outros e as condições institucionais que se referem fundamentalmente às condições materiais da realização do trabalho, designadamente: os recursos financeiros, técnicos e humanos. De salientar que o processo de intervenção, pressupõe uma aproximação permanente com a teoria.

O Código de Ética profissional³³ funciona como um marco orientador para a intervenção do Assistente Social, na medida em que orienta a intervenção no que diz respeito à dimensão ético-política perante os utentes/clientes, com base em onze princípios fundamentais. Na sua prática, o Serviço Social actua fundamentalmente em contextos de crise e de emergência, podendo também dar resposta a questões de natureza pessoal, familiar e social diária.

Considerando que a maior parte das situações de violência interpessoal se verificam nas relações familiares e de proximidade, tornou-se pertinente existir uma interligação nas ações entre os serviços de saúde, de forma a proteger a vítima, direta ou indiretamente e promovendo o desenvolvimento de dinâmicas familiares mais equilibradas. Exemplo destas ações de inter-relação os maus tratos a crianças e jovens e violência doméstica, uma vez que estudos comprovam que grande parte das situações do primeiro tipo decorrem no contexto do das segundas.

De acordo com o Relatório Anual de Monitorização de Violência Doméstica 2014, documento elaborado pelo Ministério da Administração Interna (MAI)³⁴, nas 27000

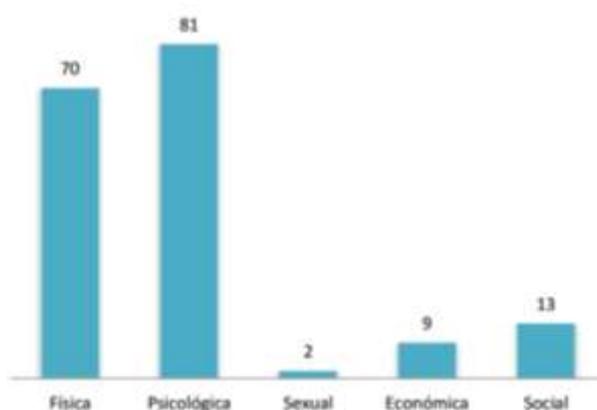
³³ Embora em Portugal não exista um código de ética para o Serviço Social, adoptam-se os princípios deontológicos do código de ética da FIAS – Federação Internacional dos Assistentes Sociais.

³⁴ http://www.sg.mai.gov.pt/Noticias/Documents/Rel%20VD%202014_vfinal_14agosto2015.pdf,
acedido em 25-11-2015

participações de violência doméstica registadas pelas Forças de Segurança (FS) em 2014, 58% foram efectuadas à PSP e 42% da GNR, correspondendo a um universo de 98,8% das denúncias respeitantes a 2014. Em cerca de 80% dos casos as ocorrências reportadas às FS verificaram-se numa residência particular e 17% dos casos a situação sucedeu-se na via pública ou em outros locais públicos.

Também a violência de tipo físico esteve presente em 70% das situações, a psicológica em 80,5%, a sexual em quase 2%, a económica 14 em 9% e a social 15 em 13%³⁵, como demonstra a figura seguinte.

Figura 2.1- Tipologias de violência participadas às FS em 2014 (%)



Fonte: Relatório Anual de Monitorização de Violência Doméstica, 2014

De acordo com os dados dos anos anteriores, a maioria das vítimas correspondiam ao sexo feminino (84%) e os denunciados do sexo masculino (87%). Para Fátima Duarte, Presidente da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, estes dados confirmam a natureza de assimetria estrutural de género da violência doméstica, atingindo principalmente as mulheres, o que não exclui que os homens também não possam ser vítimas de violência doméstica³⁶.

Em entrevista ao Jornal de Notícias em 24 de Novembro de 2013, Teresa Morais, Secretária de Estado dos Assuntos Parlamentares e da Igualdade referiu ainda que se tem realizado ao longo dos anos, campanhas de sensibilização no que respeita à informação e formação no que respeita às forças de segurança, magistrados e profissionais de saúde,

³⁵ No Auto de Notícia/Denúncia o campo relativo ao tipo de violência é de escolha múltipla, pelo que o somatório de todos os tipos de violência não corresponde a 100%.

³⁶ <http://revistabusinessportugal.pt/igualdade-de-genero-principio-fundamental/>, acedido em 06-03-2015

campanhas essas com resultados favoráveis, contudo, admite que existe ainda caminho para percorrer, designadamente na área da prevenção³⁷. Segundo Rodrigues (2007:6) “(...) devemos partir do estruturado historicamente, já estabilizado em instituições, regras e códigos (...) porque é a partir do conhecimento, criado ao longo dos últimos duzentos anos, que poderemos extrair alguma orientação para a investigação sobre as transformações atuais (...)”. O Assistente Social, tem assim um papel privilegiado, na medida em que tem a função de facilitar no atendimento à vítima, o acesso à informação sobre o funcionamento dos serviços públicos, designadamente dos tribunais e órgãos de polícia criminal.

1. Tipos de violência

Quanto à sua natureza, a violência pode classificar-se sob a forma de violência física, psicológica, sexual ou negligência ou privação. Como se explica figura 2.2, a violência pode ainda classificar-se em maus tratos contra crianças e jovens, nas relações de intimidade e contra os idosos.

Figura 2.2 - Conceptualização da violência



Fonte: DGS, 2013³⁸

Para Odália (2004) a violência física está presente nas relações familiares e em todos os lugares, uma vez que não está dependente de classe social, idade, etnia ou orientação sexual. A violência psicológica é mais difícil de identificar até mesmo por parte dos

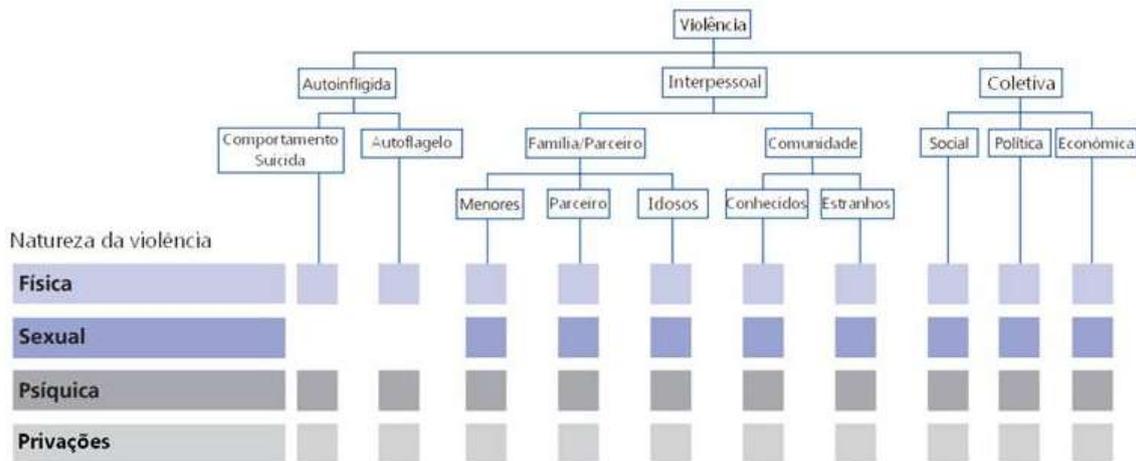
³⁷ http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=3550753&page=-1, acessido em 06-03-2015

³⁸ <http://www.arsalentejo.minsaude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/SaudeMental/Documents/Fase%201%20-%20Reuni%C3%B5es%20Formativas%20-%20final.pdf>, acessido em 06-03-2015

profissionais, sendo portanto necessário alguma sensibilidade e escuta activa, para uma intervenção adequada (Assis, 2012).

De acordo com a tipologia apresentada no “Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde” da OMS (2002) a violência pode ser dividida em três principais categorias: a violência auto-infligida; a violência interpessoal e a violência colectiva, como evidencia a figura seguinte.

Figura 2.3 - Natureza e tipologia da violência



Fonte: Adaptado de: OMS, 2002

A violência auto-infligida diz respeito ao tipo em que o agressor e a vítima são a mesma pessoa, subdividindo-se em auto-agressão e suicídio ou outros comportamentos auto-lesivos. Um comportamento auto-lesivo é definido como um " (...) comportamento com resultado não fatal, em que o indivíduo deliberadamente fez um dos seguintes: iniciou comportamento com intenção de causar lesões ao próprio (ex: cortar-se, queimar-se); ingeriu uma substância numa dose excessiva em relação à dose terapêutica reconhecida; ingeriu uma droga ilícita ou substância de recreio, num ato em que a pessoa vê como de autoagressão; ingeriu uma substância ou objeto não ingerível (...)" (Guerreiro et al., 2014:3).

A violência interpessoal refere-se à violência exercida entre indivíduos, subdividindo-se também esta categoria em violência familiar ou violência na relação íntima e violência na comunidade. Neste tipo de violências, estão incluídos os maus tratos a crianças e jovens, a violência entre parceiros/as íntimos/as e a violência contra pessoas idosas. No que respeita à violência entre parceiros/as íntimos/as, inclui-se as situações de violência nas relações de intimidade e/ou entre cônjuges, violência no namoro, tanto no que se refere a casais hétero como homossexuais.

Na violência na comunidade inscrevem-se tanto a violência perpetrada no círculo de pessoas próximas da pessoa que é maltratada, como a que ocorre fora dele, incluindo violência juvenil, assédio e abuso sexual ou violação por estranhos e violência e violência em contexto institucional, como locais de trabalho ou *mobbing*, escolas ou *bullying*, estabelecimentos prisionais, lares de acolhimento, entre outros. O *stalking* e o *grooming* são formas de perpetrar violência, enquanto estratégias de coação psicológica.

A violência colectiva caracteriza-se pelo uso da instrumental da violência por pessoas que se identificam como membros de um grupo, frente a outro grupo ou conjunto de indivíduos, com a finalidade de concretizar objetivos políticos, económicos ou sociais (OMS, 2002).

2. Formas de violência

Muitas formas de violência contra mulheres, crianças e idosos, podem resultar em problemas físicos, psicológicos e/ou sociais, não estando necessariamente relacionados com ferimentos, incapacidades ou morte (Dahlberg e Krug, 2002:1165).

2.1 Violência doméstica

A violência doméstica é descrita pela APAV como qualquer conduta ou omissão de natureza criminal, reiterada e/ou intensa ou não, que inflija sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos ou económicos, de modo direto ou indireto, a qualquer pessoa que resida habitualmente no mesmo espaço doméstico ou que, não residindo, seja cônjuge ou ex-cônjuge, companheiro/a ou ex-companheiro/a, namorado/a ou ex-namorado/a, ou progenitor de descendente comum, ou esteja, ou tivesse estado, em situação análoga; ou que seja ascendente ou descendente, por consanguinidade, adoção ou afinidade³⁹.

2.2 Violência no namoro

Tal como a violência contra a mulher, a violência nas relações de intimidade entre os jovens, foi durante muito tempo ocultada pela sociedade. É nos anos 80 que a investigação centra a sua atenção para o contexto universitário, tomando rapidamente a consciência de que a adolescência representa um período de grande vulnerabilidade para a ocorrência de abuso na intimidade (Caridade e Machado, citado por Ferreira, 2012). A APAV define violência no namoro como ato de violência, pontual ou contínua, cometida por um dos parceiros (ou por ambos) numa relação de namoro, com o objetivo de controlar, dominar e ter mais poder do

³⁹ Disponível em: <http://www.apav.pt/lgbt/menudom.htm>, acessido em 31-03-2016

que a outra pessoa envolvida na relação⁴⁰ sendo que a violência pode realizar-se sob a forma física, sexual, verbal, psicológica e social.

2.3 Stalking

Este tipo de crime “(...) consiste numa “campanha de assédio”, devendo ser apreciada no seu conjunto e não apenas num acto isolado, sendo imperativo que se avalie do carácter intimidatório a final (...)” (Sheridan, 2003, citado por Luz, 2012:6).

2.4 Violência contra idosos

Para Costa (2005:87), a sociedade atual está organizada de forma que os idosos “não têm qualquer lugar nem papel na vida social”, sendo inclusivamente excluídos ainda em contexto familiar. O modo de vida da sociedade dos nossos dias não permite ao idoso ter um lugar, sem que esteja “desintegrado” do contexto social do quotidiano.

A OMS (2002) define a violência contra as pessoas idosas como: “(...) um ato único ou repetido, ou a falta de uma ação apropriada, que ocorre no âmbito de qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança, que cause mal ou aflição a uma pessoa mais velha (...)” (WHO, 2002c: 3, cit in Santos, 2013:4). Esta forma de violência é relevante em contexto da violência familiar e institucional (Dias, 2014).

2.5 Violência vicariante

As crianças que vivem em lares maritalmente violentos são muitas vezes designadas por vítimas «escondidas», «desconhecidas», «esquecidas» ou «silenciosas» (Sani, 1999). Embora se saiba que o número de crianças expostas à violência interparental, estatisticamente este fenómeno não é visível (idem, 2006).

A exposição da criança à violência interparental constitui uma das formas mais evidentes da vitimização infantil. Ao presenciar uma situação de violência entre os pais, duas figuras importantes de vinculação, “(...) a criança interpreta o seu meio como um contexto inseguro e os seus pais como pouco disponíveis e capazes para a proteger (...)” (Sani e Cardoso, 2013:3).

2.6 Violência baseada em tradições étnicas

A Mutilação Genital Feminina (MGF) é uma prática ancestral “(...) de cariz cultural que constitui em algumas sociedades africanas e asiáticas um ritual de passagem para a idade

⁴⁰ *idem*

adulta de crianças e adolescentes do sexo feminino(...) (EPJ, 2012:4). A MGF é também designada por circuncisão feminina, excisão, corte dos genitais, sunna, operação, cirurgia genital feminina, clitoridectomia, prática tradicional, fanado pequeno, entre outros.

Segundo a Orientação da DGS n.º005/2012 de 06/02/2012⁴¹“(…) no âmbito dos cuidados de saúde primários, o risco ou a existência de MGF podem ser identificados em qualquer consulta ou actividade, nomeadamente em saúde infantil e juvenil, vacinação, planeamento familiar, saúde materna, saúde do adulto, psicologia e psiquiatria da comunidade e em actividades da saúde escolar (...)”⁴².

No âmbito dos cuidados de saúde primários, a existência de MGF pode ser identificada em contexto de consulta nomeadamente: em saúde infantil e juvenil, vacinação, planeamento familiar, saúde materna, saúde do adulto, psicologia e psiquiatria da comunidade ou ainda, em sede de actividades de saúde escolar⁴³.

3. Impactos da violência na saúde das vítimas

A saúde é um factor essencial na vida humana (Domingues, 2002:264), condição fundamental para atingir o bem-estar pessoal do individuo e, por conseguinte, da sociedade. São graves e irreversíveis as consequências da violência na saúde da vítima (EPJ, 2012), quer ao nível físico, como psicológico, podendo inclusivamente em muitos casos ter como consequência a própria morte.

Os indicadores da violência baseiam-se fundamentalmente nos registos dos óbitos, crimes, registos hospitalares e entrevistas com as vitimas do/s crime/s (Morrison e Biehl, 2000).

Ao longo da história, sempre foi atribuído aos médicos o papel de prestar cuidados de saúde às pessoas doentes ou traumatizadas sem que se valorizassem certos aspetos fundamentais de natureza legal, sendo a recolha de vestígios de crimes ou a análise das consequências de casos de violência, por exemplo, frequentemente negligenciada (Magalhães, 2004).

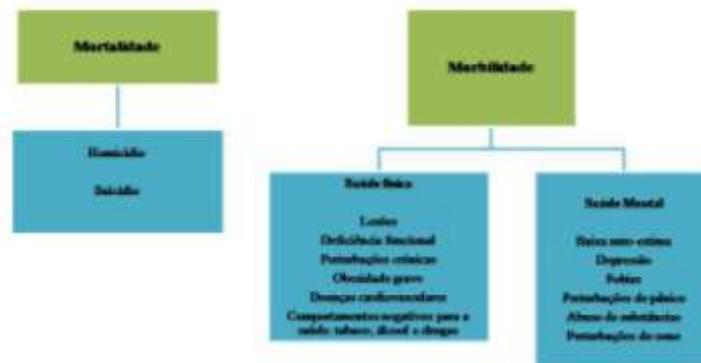
Para além da mortalidade, os efeitos da violência podem ter consequências na saúde física e mental das vítimas.

⁴¹ Disponível em: https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2013/12/orientacao_DGS.pdf, acedido em 11/12/2015

⁴² Disponível em: <https://criancasatortoeadireitos.wordpress.com/tag/orientacao-dgs>, acedido em 11/12/2015

Na figura seguinte é possível observar os efeitos da violência, no que diz respeito à mortalidade e morbilidade.

Figura 2.4 - Efeitos da violência na saúde das vítimas

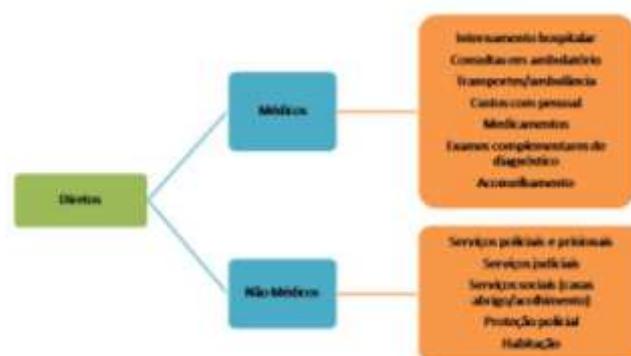


Fonte: Adaptado de OMS, 2002

Em consequência aos agravamentos da situação da saúde das vítimas, a violência agrava o sistema de saúde aumentando os gastos com cuidados curativo hospitalares, eleva os níveis de mortalidade, reduz anos de vida produtiva e pode ocasionar danos irreversíveis (MINAYO, 2006).

Ao nível de custos, é difícil calcular o valor associado às despesas com a saúde, uma vez que muitas situações de violência não são denunciadas. Todavia, existem custos directos, como se apresenta na figura 2.5, associados ao fenómeno da violência.

Figura 2.5 - Custos directos da violência na saúde



Fonte: Adaptado de OMS (2002)

Importa ainda referir os custos indirectos da violência que, de acordo com a OMS, são incalculáveis no que respeita a sofrimento e dor, que se traduz num custo invisível,

representado pela violência que ocorre nos lares, locais de trabalho e instituições destinadas a cuidar das pessoas (OMS, 2002).

4. Referenciais teóricos e metodologias do Assistente Social no domínio da intervenção

Ao longo dos tempos, verificou-se uma mudança da atuação do Serviço Social na área da saúde. Do modelo biomédico o Serviço Social transpôs ao modelo biopsicossocial de saúde (médico, equipa de saúde e utente, co-responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção da saúde⁴⁴.

A palavra “modelo” deriva do latim *modulus*⁴⁵ (*modus* = diminutivo de medida; modelo = pequena medida) e, segundo Viscarret (2007) este conceito é utilizado para descrever, explicar e prever acontecimentos, fenómenos ou situações e “(...) tal como a teoria, o modelo contribui para uma imagem de representação das diferentes partes da realidade, isto é, uma espécie de descrição e representação da realidade (...)” (Viscarret (2007:64). Conhecer o contexto e a realidade social do indivíduo/utente é para Idáñez e Ander-Egg (1999) o objetivo último do diagnóstico social é o de conhecer para agir o Assistente Social sendo para tal necessário um processo de investigação, a fim de poder ser verificada a situação-problema.

O modelo clínico no Serviço Social surgiu dentro de uma perspetiva de maior empatia com o paciente, a fim de procurar incluí-lo numa perspetiva de educação para a saúde e, assim, propiciar um tratamento. A importância dos fatores ambientais, possíveis causas de doença, deu relevância ao modelo sociocultural, fundamentalmente colocando a origem dos comportamentos em aspetos culturais, sociais e ambientais. O modelo psicossocial apresenta uma perspetiva mais relacionada com os fatores psicológicos e sociais, valorizando mais tarde os mecanismos biológicos com o modelo biopsicossocial.

Na saúde, o Serviço Social actua na dimensão psicossocial da doença com o objetivo de promover a saúde (Carvalho, 2012), analisando os fatores de ordem económica, social, cultural e também espiritual e aos aspetos de ordem psicológica que podem influenciar a situação de saúde (DGS, 2006). O conceito de *advocacy* é um processo de aprendizagem para a mudança e um mecanismo de promoção de justiça social, garantindo a igualdade entre todos os indivíduos, mesmo os que se encontram em vulnerabilidade social (Dalrymple & Boylan, 2013).

⁴⁴ http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-11682011000300005&script=sci_arttext, acessido em 24-11-2015

⁴⁵ <http://www.etimo.it/?term=mod%E8llo&find=Cerca>, acessido em 23-05-2016

No Serviço Social este conceito teve origem no estudo de caso e tem como fundamento promover a igualdade, a justiça social e o *empowerment* que se define como o “ (...) processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder – psicológico, sócio-cultural, político e económico – que permite a estes sujeitos aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania (...)” (Pinto, 2001:247) .

CAPÍTULO III - Metodologia de pesquisa

1. Campo empírico da pesquisa

A dimensão empírica teve como universo as Equipas de Prevenção de Violência em Adultos (EPVA) dos 15 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional de Saúde e Vale do Tejo, IP (ARSLVT, IP), que integram Assistentes Sociais.

Com base no Despacho n.º 6378/2013 de 16 de Maio, as EPVA visam a resposta ao fenómeno da violência interpessoal nas suas múltiplas formas, dada por parte dos serviços de saúde, de um modo mais articulado, concertado e eficiente. Pela complexidade e diversidade das formas de que se reveste a violência, a resposta ao fenómeno exige a intervenção de diversos setores, como a justiça, educação, saúde, segurança social, entre outros.

O ACES Loures Odiveelas é constituído por três Centros de Saúde, nomeadamente: Loures, Odiveelas e Sacavém, sendo que existem três EPVA constituídas, uma por cada Centro de Saúde.

2. Natureza da investigação e método científico

A pesquisa que apresentamos desenvolveu-se através de uma abordagem qualitativa, utilizando um método indutivo que a partir de dados particulares suficientemente constatados, conclui uma verdade mais abrangente, procurando ampliar o conhecimento sobre o objeto de estudo.

A metodologia constitui-se como um suporte fundamental na orientação e execução de qualquer trabalho de pesquisa, pois é através desta que se estuda, descreve e explica todas as etapas do estudo a realizar. Esta ideia é conferida por Fortin (2003) quando afirma que a metodologia é um conjunto de passos a percorrer e dos meios que conduzem aos resultados.

A pesquisa que propomos desenvolver é do tipo exploratório, descritivo e interpretativo. Os estudos exploratórios descritivos têm como finalidade desenvolver conceitos, estabelecer relações entre os mesmos ou formular hipóteses para investigações futuras (Fortin, 2003).

Segundo Gil (2002) a pesquisa exploratória tem como objetivo principal o esclarecimento de ideias ou a descoberta de intuições, aplicando-se em investigações cujos conhecimentos são muito restritos, neste caso em particular, devido ao facto de serem equipas recentemente constituídas. O mesmo autor considera que as pesquisas exploratórias e descritivas são as mais utilizadas para estudos sobre prática das organizações, mais especificamente com a *praxis* de um determinado grupo profissional ou instituição.

Este estudo sustenta-se no método “Estudo de Caso” centrado numa abordagem qualitativa. O estudo de caso tem origem na pesquisa médica e na pesquisa psicológica, com a análise de modo detalhado de um caso individual, a partir da exploração intensa de um único caso. Além das áreas médica e psicológica, tornou-se uma das principais modalidades de pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais⁴⁶.

A construção de teoria em estudos de caso é uma estratégia de pesquisa que envolve o uso de um ou mais casos, a fim de criar construções teóricas e/ou proposições a partir de evidências empíricas dos estudos correspondentes (Yin, 2005). O processo de construção de teoria por meio desta abordagem metodológica é o indutivo, ou seja, a teoria emerge à medida que são reconhecidos padrões de relações entre casos.⁴⁷ Este método de investigação é utilizado quando o caso sob estudo é raro ou extremo, ou seja, não existem muitas situações semelhantes para que sejam feitos outros estudos comparativos; quando o caso é revelador, ou seja, quando ele permite o acesso a informações não facilmente disponíveis.

A abordagem qualitativa pretende uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno de estudo, de forma a observar, descrever, interpretar e apreciar o meio e o fenómeno como este se apresenta (Fortin, 2003). A abordagem interpretativa – colocando o “interesse central no significado humano na vida social e na sua elucidação e exposição por parte do investigador” (Erickson, 1986, p. 119). Esta é a característica distintiva deste tipo de investigação — a sua orientação para a depuração dos pontos de vista do indivíduo observado.

3. Universo e Amostra

Num universo de quinze ACES que constituem a ARSLVT, IP, doze ACES responderam ao pedido de colaboração, apesar de referirem não ter ainda constituído a EPVA no seu ACES. Verificou-se ainda a ausência de resposta de três ACES, o que ao nível da representatividade, corresponde a 19% de taxa de abstenção.

Na abordagem qualitativa de pesquisa, as amostras são de conveniência (*purposeful sampling*), já que se busca apreender e entender certos casos selecionados (Nogueira-Martins e Bógus, 2004).

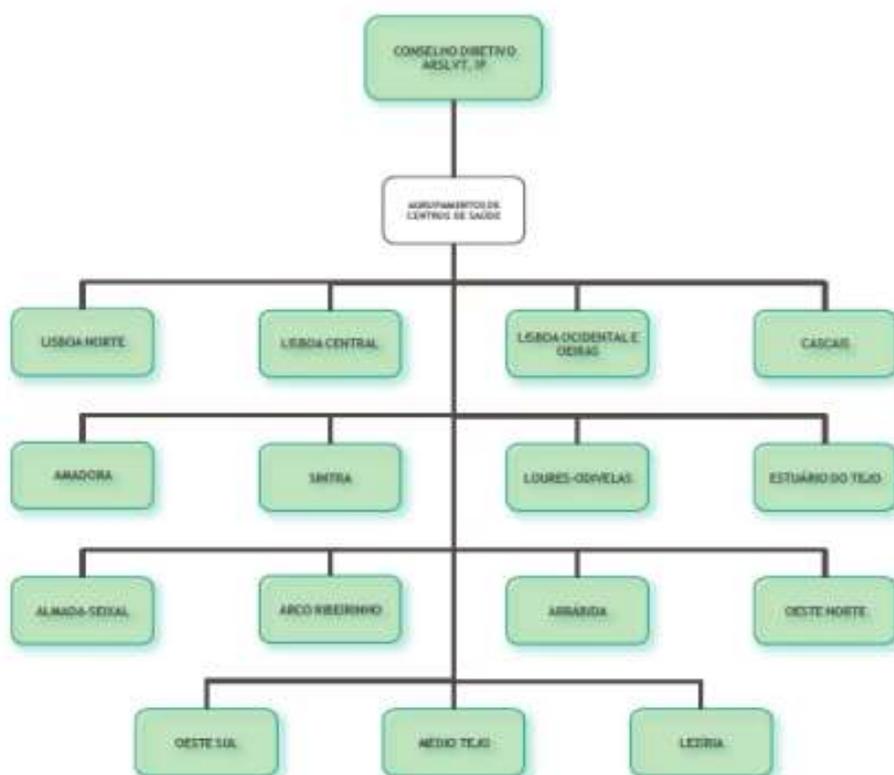
A amostra por conveniência será composta diferentemente, de acordo com os objetivos e o propósito do estudo. Deste modo, neste estudo pretende-se estudar a população,

⁴⁶http://www.polo.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf

⁴⁷<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EPQ517.pdf>

designadamente, os Assistentes Sociais que integram as (EPVA) nas unidades de cuidados de saúde primários dos Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT, IP), nomeadamente os 15 ACES que constituem a ARSLVT, IP (Lisboa Norte; Lisboa Central; Lisboa Ocidental Oeiras; Cascais; Amadora; Sintra; Loures Odiveelas; Estuário do Tejo; Almada Seixal; Arco Ribeirinho; Arrábida; Oeste Norte; Oeste Sul; Médio Tejo e Lezíria).

Figura 3.1 - Os 15 ACES - ARSLVT, IP



Fonte: Plano Estratégico 2014-2016 – ARSLVT, IP⁴⁸

O ACES de Loures-Odivelas abrange os municípios de Loures e de Odivelas, tendo como população 349.603 residentes (Censos 2011) e 385.329 inscritos (09/2015)⁴⁹ e é

⁴⁸ Disponível em: http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/1449/Plano_Estrat_gico_ARSLVT_2014-2016.pdf

constituído por quatro Centros de Saúde: Loures, Sacavém, Odivelas/Pontinha, tendo constituídas três EPVA's, designadamente uma em cada Centro de Saúde. O quadro 3.1 apresenta o número de utentes inscritos no ACES Loures Odivelas, por unidade de saúde.

Quadro 3.1 - N.º utentes inscritos ACES Loures Odivelas, por unidade de saúde

Unidade Funcional	Nº Utentes Inscritos (Setembro 2015)			
	Sem Médico Família	Sem Méd Fam p/ opção	Médico Família	Total
UCSP LOURES, BUCELAS, LOUSA E TOJAL	16.482	4	16464	32.950
USF MAGNOLIA	802		14.271	15.073
USF ARS MEDICA	697		14.669	15.366
USF LOURES SAUDAVEL	110		13.024	13.134
USF PARQUE CIDADE	15		12.734	12.749
CS LOURES - Inactiva	24		46	70
UCSP ODIVELAS	18.631	1	13.647	32.279
UCSP OLAIO	15.847	2	11.191	27.040
UCSP CANECAS	6.647		6.683	13.330
UCSP POVOA STO ADRIAO	7.113	1	3.559	10.673
USF RAMADA	406		17.213	17.619
USF CRUZEIRO	483		11.725	12.208
USF GENESIS	808		12.192	13.000
Ext Convenção Em Concorrência	1295		7.608	8.903
UCSP APELAÇÃO E UNHOS	7.377	22	5.877	13.276
UCSP CAMARATE	4.713	1	1	4.715
UCSP MOSCAVIDE	9.303	9	7.520	16.832
UCSP SÃO JOÃO TALHA	5.718		5.571	11.289
UCSP SACAVEM	5.106	1	3.985	9.092
USF SÃO JOAO DA TALHA	1.767		15.039	16.806
USF TEJO	262		13.323	13.585
USF TRAVESSA DA SAUDE	1.028		19.915	20.943
USF PRIOR VELHO	2.148		4.927	7.075
CS SACAVÉM - Inactiva	1.683	2	78	1.763
UCSP PONTINHA	4.049	3	10.745	14.797
EXT FAMÕES	1.308		6.918	8.226
EXT URMEIRA	1.613		4.759	6.372
USF VALFLORES	2.664		13.355	16.019
CS ODIVELAS - Inactiva	134	1	12	147
Total	118.233	47	267.051	385.331

Fonte: SIARS

Os ACES são serviços de saúde desconcentrados da Administração Regional de Saúde, I.P. (ARS, I.P.), constituídos por várias unidades funcionais que integram um ou mais centros de saúde⁵⁰ que desenvolvem actividades de promoção da saúde e prevenção da doença de determinada área geográfica.

⁴⁹ Relatório de Caracterização do ACES Loures Odivelas, disponível em: http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/1880/07 - ACES Loures Odivelas Set2015 VNET.pdf, acedido em 27-03-2016.

⁵⁰ Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro

O período de recolha de dados decorreu no ano de 2015 e o tratamento dos elementos recolhidos prolongou-se por 2016.

4. Técnicas de recolha e tratamento de dados

Como instrumento para a recolha dos dados, foi utilizada a entrevista por questionário. Neste método de recolha de dados, a escolha do entrevistado está condicionada pelas várias respostas apresentadas pelo entrevistador (Minayo, 1994).

O pedido de colaboração no estudo foi enviado aos 15 Diretores Executivos dos ACES da ARSLVT.IP, ao qual anexámos o parecer final da CES da ARSLVT, IP.

Este instrumento de recolha de dados iria permitir aos Assistentes Sociais que integravam as respectivas EPVA's, responder aos objetivos do estudo, dando a conhecer o seu contributo enquanto profissionais privilegiados, uma vez que pela sua ação ou responsabilidades, têm um bom conhecimento do problema. Após a auscultação efetiva realizada ao universo de estudo, foi possível a aplicação do instrumento de recolha de dados às 3 Assistentes Sociais que integram as 3 EPVA's existentes no ACES Loures Odivelas. Deste modo, houve necessidade de um reajustamento no instrumento de recolha de dados para uma entrevista em profundidade, com o objetivo de obter informação mais pormenorizada, ainda que com orientação, conhecimento do tema e dos pontos a de um guião de entrevista (Ghiglione e Matalon, 2005:84).

Para o tratamento dos dados recolhidos, foi utilizada a análise de conteúdo categorial, que se descreve especificamente pela:

“(...) classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos ... sob um título genérico, agrupamento efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (...)” (Bardin, 2006:117).

Na realização da análise de conteúdo optou-se pela análise temática ou categorial, construindo-se categorias de modo a que o texto fosse reorganizado mediante as mesmas (Vilelas, 2009), com o propósito de identificar uma relação entre a construção das categorias, o guião de entrevista e os objetivos do estudo.

5. Procedimento metodológico

No dia 13 de Novembro de 2014 procedeu a mestranda ao envio aos serviços académicos da Escola de Sociologia e Políticas Públicas, da ficha de registo de tema de mestrado com respectiva proposta de orientador. A proposta foi aceite e realizada a 1.^a sessão de orientação tutorial onde foram dadas algumas directrizes acerca dos procedimentos a realizar na investigação, nomeadamente na colaboração da redacção do requerimento a enviar à entidade que tutela o universo e a amostra da investigação – ARSLVT, IP, tendo o documento sido enviado em carta registada com aviso de recepção em 19 de Dezembro de 2014.

No dia 13 de Janeiro de 2015 foi solicitado o Protocolo de Investigação pela CES, que após redigido e posteriormente aprovado pelo orientador, foi enviado em 14 de Janeiro de 2015, em suporte informático. Em 6 de Fevereiro de 2015 a CES emitiu um Parecer Intermédio, solicitando o envio de mais alguns documentos para reavaliação do pedido de estudo, tendo os mesmos documentos sido enviados em 12 de Março de 2015. Em 2 de Abril de 2015, pronunciou-se a CES através de Parecer Final, favorável à realização do estudo. O mesmo documento foi enviado pelo secretariado da CES ao universo de estudo, para conhecimento. O instrumento de investigação foi enviado pela mestranda no dia 7 de Maio de 2015 aos 15 ACES da ARSLVT, IP, através de correio electrónico.

Devido à ausência de respostas por parte dos ACES, foram efectuados contactos telefónicos e enviados pedidos de insistência pela mesma via aos quinze ACES, 4 e 30 de Junho; 24 de Julho e 1 de Outubro de 2015.

Verificámos que onze ACES não têm ainda as EPVA's constituídas e três não responderam ao pedido da investigadora (cf. anexo E).

Iniciámos o processo de investigação com a aplicação da entrevista por questionário às três Assistentes Sociais que integram as EPVA's do ACES Loures Odivelas.

6. Limitações do Estudo

Constatarem-se alguns constrangimentos no estudo desenvolvido que limitaram os resultados obtidos na investigação. A demora na resposta por parte dos ACES aos pedidos de colaboração no estudo, teve como consequência um hiato significativo de tempo entre o pedido inicial e as respostas enviadas por parte dos ACES (cf. Anexo E).

Devido à constatação da inexistência da constituição de EPVA's no universo de estudo, verificou-se uma limitação de cariz metodológico: o estudo foi conduzido para um estudo de caso. (Yin citado por Ramos, 2002).

CAPÍTULO IV – Análise e interpretação dos resultados da pesquisa

1. A intervenção do Assistente Social nas EPVA – ARSLVT, IP

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos através das respostas ao instrumento de investigação, que visam da resposta aos objetivos geral e específicos propostos neste trabalho. Assim, o primeiro grupo de categorias de análise corresponde ao perfil profissional, identificando assim género, idade e formação profissional; o segundo à tipologia da violência identificada com maior número de casos e a terceira e última categoria corresponde às metodologias de intervenção utilizadas pelo Assistente Social em contexto das EPVA's.

1.1 O Perfil do Assistente Social - contexto da EPVA

Os participantes no estudo são do género feminino, têm idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos e possuem licenciatura em Serviço Social concluída entre os anos de 2002 e 2003, sendo que apenas uma das entrevistadas referiu possuir o grau de mestrado.

Começamos por abordar a importância da identificação precoce de papéis disfuncionais, nomeadamente em contexto da intervenção com crianças, como sinais de sofrimento, não crescimento, entre outros, por parte de profissionais de saúde que acompanham famílias. Assim “(...) muitas situações de risco dos nossos menores cruzam-se com situações de violência ao longo do ciclo de vida e no seio familiar onde o menor se encontra (...)” (E3).

No que concerne à formação profissional, foi possível apurar a inexistência de formação específica para o desempenho das funções das Assistentes Sociais em contexto da EPVA. Apenas uma Assistente Social referiu ter recebido formação sobre a legislação atual na área da resolução de conflitos e no combate à violência de género, leccionado pela empresa “Qualitividade”, através da Câmara Municipal de Loures. Verifica-se pois, que: “(...) existe uma grave carência de preparação técnica dos prestadores de cuidados para a intervenção na matéria (...)” sendo pois necessário e “(...) emergente dotar os profissionais de formação nesta área de forma a estarem mais bem preparados para lidar com o problema de modo a saberem encaminhar as situações mais de uma forma mais célere (...)” (E3).

Por outro lado, considerou-se necessário existir uma qualificação técnica por parte do profissional - Assistente Social que lhe permita “ (...) identificar as variáveis para a compreensão dos problemas sociais em foco, selecionar os métodos e as respetivas técnicas a utilizar em cada intervenção e seu motivo e desenvolver um intenso papel de mediador dependendo do caso que nos é apresentado (...)” (E3). Rocha (1999:140) define formação como um meio para “aumentar as capacidades das pessoas, sob o ponto de vista profissional

em determinada carreira”. Dotar os profissionais de conhecimentos básicos sobre a problemática da violência doméstica, enquanto expressão de uma violência de género é fundamental, na medida em que os capacita para a intervenção junto de grupos de pessoas particularmente vulneráveis, conforme preconiza o art.º 152º do Código Penal e o V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género (2014/2017).

Relativamente aos grupos e situações problema apresentados à EPVA, a “(...) coação psicológica(...)” (E1 e E3) e a “(...) violência de carácter físico (...)”(E2) foram as tipologias que mereceram maior destaque por parte das profissionais. De acordo com o atrás referido, o documento HOME ⁵¹, elaborado pela APAV com os dados respeitantes a 2015, apresenta valores de 80% para a tipologia de violência psicológica e 71% para a violência física. Marie-France Hirigoyen (2005) considera que na maior parte das vezes a violência física surge após a mulher resistir à violência psicológica.

No que se refere à forma de violência com maior evidência, a “(...) violência doméstica e violência contra idosos(...)” (E2 e E3) foram as formas reconhecidas pelas profissionais de Serviço Social como as que apresentam maior número de casos. A “(...) violência baseada em tradições étnicas (...) ” (E3), como a MGF e o casamento forçado, foi também identificada como uma das formas de violência com evidência na população/utente da área de influência do ACES Loures Odivelas. Ao nível das estatísticas nacionais, foi possível apurar através dos dados da APAV⁵² que o crime de violência doméstica é descrito como a tipologia criminal mais reportada entre todos os crimes contra pessoas. Foram também considerados pela amostra, fatores e características comuns nas vítimas como a “(...) idade (...)” (E1); “(...) dependências económicas e física (...)” (E1 e E2) e “(...) sexo (...) aceitação da violência (...)”(E3).

Alguns autores destacam modelos explicativos para a decisão de abandonar ou não a relação violenta (Manual Alcipe, 1998:28). Segundo a teoria da troca, a vítima encontra-se num dilema entre continuar a relação e o desconhecido, nomeadamente as dificuldades económicas, sem apoios pessoais e comunitários.

Os dados permitem constatar que as vítimas apresentam em comum algumas necessidades, designadamente: o “(...) apoio económico (...)” (E1, E2 e E3), “(...) a proteção jurídica (...)”(E1 e E3) e o “(...) apoio na saúde (...)” (E1 e E3). Por estes motivos, as vítimas “ (...) temem não conseguir juntar as duas pontas, arranjar um trabalho e um local de

⁵¹ Disponível em: <http://www.apav.pt/catalogohome2015.pdf>, acessado em 29-03-2016.

⁵² idem

moradia. Muitas vezes desconhecem seus direitos ou os apoios possíveis e ficam desencorajadas (...)” (Hirigoyen, 2005:54), remetendo-se ao silêncio.

1.2 Metodologia de Intervenção

Numa perspectiva de resposta ao fenómeno de violência da violência interpessoal, nas suas múltiplas formas, dada por parte dos serviços de saúde, as EPVA surgem com base na articulação entre os profissionais da área da saúde, nomeadamente os prestadores de cuidados diretos à população, com responsabilidade na prevenção da violência ao longo do ciclo de vida.

No que respeita às razões identificadas pela amostra deste estudo para a constituição da equipa EPVA no Centro de Saúde referiram as descritas no Despacho 6378/2013, de 16 de Maio, salientando que o Centro de Saúde: “(...) um espaço privilegiado no atendimento à população, pois muitas vezes é no âmbito de consulta com o médico de família, consulta de enfermagem, atendimento do Serviço Social que as vítimas de violência no ciclo de vida expõem a situação de violência a que estão sujeitas e pedem ajuda(...)” (E1).

Relativamente à sua constituição, “(...) As equipas EPVA são constituídas por uma equipa multidisciplinar (..) a equipa é atualmente formada por Assistente Social, Médico e Enfermeiro, de forma a potenciar a resposta ao fenómeno da violência e dos maus tratos(...)” (E1). O trabalho interdisciplinar é pois muito valorizado, em virtude de ser possível verificar que “(...) os diferentes saberes contribuem para uma melhor avaliação e delineação da intervenção junto das vítimas, bem como nas estratégias de prevenção, educação e sensibilização para esta realidade(...)” (E1). Para Silva (2010), os programas de saúde tendem a adotar estratégias de trabalho em contexto de equipa multidisciplinar, com o propósito de realização de tarefas específicas com o objetivo de focar a promoção da saúde como intervenção comunitária, com base numa “(...) tomada de decisão partilhada (...)” com base em “(...) diferentes perspetivas na resolução” (E2).

A violência é um problema que requer a atuação “(...) interdisciplinar e dos vários setores da sociedade civil e das organizações governamentais (...)” (Deslandes, 1999:82). No que respeita ao tempo de exercício de funções na EPVA, as Assistentes Sociais referiram ter sido nomeadas em 2015 e os objetivos definidos para a promoção da EPVA foram especificamente: “(...) divulgação junto dos parceiros (...)” (E2) ; “(...) diagnosticar e encaminhar precocemente as situações que representam risco de violência para os utentes do SNS; informar e sensibilizar a comunidade para a importância no combate à VD; sensibilizar

e apoiar as equipas de saúde na intervenção perante situações de VD; detetar e encaminhar atempadamente as vítimas; acompanhar vítimas de VD; capacitar as famílias para a não-violência e capacitar os jovens para a não violência (...)” (E3).

As metodologias identificadas pelas Assistentes Sociais que integram as EPVA são: “(...) efectuar reuniões de equipa de intervenção directa e supervisão; estabelecer protocolos com as redes institucionais dos Concelhos; articular com as várias unidades funcionais através dos elos de ligação; criar registos das situações de VD; promover ações de sensibilização aos grupos específicos; distribuição de folhetos informativos; formação interna aos profissionais do ACES; reuniões intra e interinstitucionais; elaboração de um fluxograma e protocolo de atuação no ACES; criação de uma consulta de VD (...)” (E3).

O Centro de Saúde é um espaço privilegiado no que se refere à identificação de sinais de violência, por parte dos profissionais de saúde. É no âmbito do atendimento à população, em contexto de consultas da especialidade de medicina geral e familiar; enfermagem ou atendimentos sociais: “(...) que as vítimas de violência expõem a situação de violência a que estão sujeitas e pedem ajuda (...)” (E1). Os profissionais de saúde são frequentemente o primeiro contato para as vítimas de violência e são descritos por estas como os profissionais em quem mais confiariam para apoiar na resolução do problema (Feder et al., 2006).

Na sua abordagem profissional, o Assistente Social actua numa perspetiva da garantia de acesso aos direitos sociais e pelo atendimento de forma integral, posto que o sujeito social é um todo e não fragmentado e, através da execução de políticas públicas estabelece pontes entre as políticas públicas e os sujeitos de direitos, para que seja assegurado o acesso aos direitos de cidadania do indivíduo/vítima. Assim, o Assistente Social na sua actividade profissional em contexto EPVA realiza: “(...) atendimento, avaliação das necessidades efetivas, diagnóstico social, elaboração de um plano de intervenção multidisciplinar e articulação com os recursos na comunidade (...)” (E1). “(...) Numa primeira fase deve ser apoiada a vítima de violência doméstica o que implica o desenvolvimento de um conjunto articulado de diligências, ao qual chamamos processo de apoio. O processo de apoio corresponde a vários atendimentos, contactos com outras instituições, sessões de apoio psicológico, auxílio na elaboração de peças processuais para o processo criminal, etc., durante um determinado período de tempo. Desenvolve-se geralmente com a vítima, mas poderá também estender-se a familiares e/ou amigos. A intervenção pode ser Intervenção na Crise ou Intervenção Continuada (...)” (E3).

Relativamente à forma de sinalização à EPVA, os entrevistados referiram:

“(…) As situações podem ser sinalizadas pelos profissionais do Centro de Saúde, pelos parceiros da comunidade ou pela comunidade. (…)” (E1).

Após a sinalização, é analisada pela equipa EPVA a avaliação do risco vs. perigo e realizada a respectiva articulação com a unidade de saúde “(…) a fim de traçar um plano de intervenção (…)

com os parceiros da comunidade, nomeadamente da Rede Municipal de Intervenção na Violência Doméstica (…)” (E1).

Não obstante, recebida uma sinalização, devem ser adotadas estratégias como: “(…)

- a) Explorar as características do período crítico (…)
- Devemos tentar ganhar (…)
- confiança;
- b) prestar atenção ao seu estado de saúde mental: se existem ideações suicidas, qual o grau de ansiedade, de agitação e de angústia e, em particular, se a sua condição permite dar os passos cuja implementação imediata se impõe;
- c) (…)
- Avaliar o apoio da família ou dos amigos – ou seja, da rede de suporte;
- d) Diminuir a (…)
- angústia (…)
- pelo que se torna necessário utilizar meios psicológicos para os reduzir, falando-lhe de uma forma segura e tranquilizante;
- e) Reforçar a comunicação adequada;
- f) Mostrar interesse e encorajar a esperança (…)
- demonstrar que estamos interessados, dispostos a ouvir, que somos empáticos;

É necessário assegurar um trabalho contínuo, colaborando com a vítima na reorganização do seu projeto de vida”(E3).

Também os encaminhamentos visam (…)

assegurar o apoio às pessoas que são vítimas como a referenciação para o Ministério Público para garantir a punição e afastamento do agressor (…)” (E2).

Foi também possível apurar que a intervenção do Assistente Social pode ser diferente, consoante a situação em que a vítima se encontra: “(…) dependente do nível de risco em a vítima ou vítimas se encontrem, idade, grau de dependência de terceiros (em questões de saúde, económica, entre outros)(…)” (E1).

Relativamente aos interlocutores com os quais o Assistente Social articula na sua intervenção, foi possível identificar: “(…) Internamente (…)

as unidades de saúde, famílias, parceiros da comunidade: Atendimento Integrado, Hospitais, Espaço Vida, Segurança Social, Forças de Segurança, IPSS, entre outros (…)”(E1) e “(…) Ministério Público” (E3).

Relativamente aos instrumentos de trabalho, as entrevistadas referiram serem elaborados com base nos conhecimentos académicos e experiência profissional, enumerando como exemplos os seguintes documentos:

“(…) informações sociais; entrevistas sociais; relatórios sociais e visitas domiciliárias(…)” (E3)

A articulação das equipas com os cuidados de saúde hospitalares, foi descrita através de:

“(…) contacto presencial e contacto telefónico/correio electrónico (…)” (E3).

No que respeita a respostas sociais, foi referido que ao nível de acolhimento, existem poucas alternativas, todavia, existe a possibilidade de integração em:

“(…) casa de abrigo; centro de acolhimento; centro de atendimento especializado na área da violência doméstica e ação social ” (E1).

O “Espaço Vida”– Centro de Apoio à Vitima de Loures⁵³, foi referido como um recurso municipal multidisciplinar que visa dar resposta à problemática da violência doméstica., actuando ao nível do atendimento especializado na proteção das vítimas, nomeadamente: apoio psicológico, jurídico e social e ainda na prevenção, informação e acompanhamento psicossocial do (s) agressor (es).

Quando questionadas acerca da identificação de situações relacionadas com a violação dos Direitos Humanos, uma das entrevistadas referiu a violência interpessoal: “(…)uma violação grave dos Direitos Humanos(…)” em “(…) que o Assistente Social tem um papel muito importante na defesa dos Direitos Humanos, na promoção da igualdade e dignidade das vítimas, na prevenção, através do trabalho direto com as vítimas, mas também junto das equipas interdisciplinares do Centro de Saúde (…)” (E1).

Para além de garantir a efectivação dos direitos das vítimas, o Assistente Social “(…) deve intervir de forma a proteger a vítima, através da articulação com as estruturas da comunidade (acolhimento de emergência, apoio económico) e/ou forças de segurança; promover o acesso aos cuidados de saúde (médicos, enfermagem, psicológico); promover a autonomia da vítima (…)” (E1), considerando-se assim que tratar o problema da violência significa tratar também o seu contexto.

Questionadas as entrevistadas quanto ao contributo do Assistente Social relativamente à prevenção da violência interpessoal e à promoção dos Direitos Humanos, as respostas referiram que:

“(…) A violência interpessoal é uma violação grave dos Direitos Humanos, considero que o Assistente Social tem um papel muito importante na defesa dos Direitos Humanos, na promoção da igualdade e dignidade das vítimas, na prevenção, através do trabalho direto com as vítimas, mas também junto das equipas interdisciplinares do Centro de Saúde (…)” (E1).

⁵³ https://app.cm-loures.pt/web_bv/docs/GML_V1_30Set2011.pdf, acedido em 03-12-2015

“(…) Ser elemento facilitar da mudança e apoiar positivamente o restabelecer das vidas que são interrompidas e massacradas pela violência (…)” (E2)

“(…) O profissional de Serviço social precisa de compreender as várias etapas do ciclo de vida e o papel do Estado nas organizações desses ciclos, o preconceito social contra a vítima de violência e a função das instituições em respeito desses preconceitos ou nas mudanças positivas que possam ocorrer para poder trabalhar a prevenção e promover o Direito à proteção destas mesmas vítimas. Tal implica, inevitavelmente, que da parte dos serviços de saúde, as ações tendentes a prevenir a violência interpessoal e a minorar o impacto nos diferentes protagonistas quando ocorre se desenrolem de uma forma concertada, global, protegendo quem é vítima, direta ou indireta, fazendo reverter a conduta de quem é perpetrador e estimulando o desenvolvimento de dinâmicas familiares mais equilibradas (…)” (E3).

Quanto ao enquadramento da prática do Assistente Social na EPVA:

“(…) As nossas funções na EPVA são exatamente as mesmas das nossas restantes atribuições. Todas as nossas decisões são em equipa sendo que o destaque da nossa profissão prende-se mais com questões da identificação do tipo de crime e possível encaminhamento, dado que a legislação prevê que a intervenção seja realizada no terreno pelos técnicos que trabalham com as situações e não pelos elementos da EPVA ficarem como gestores de processo. No caso de ser necessário intervir, o tipo de atribuição será:

- Contacto direto com os intervenientes;
- Contacto com os profissionais intervenientes (unidades de saúde, escolas, IPSS's...)
- Articulação com o Ministério Público;
- Realização de visitas domiciliárias” (E2)

“(…) O quotidiano é o espaço que oferece as oportunidades, os desafios e os limites para a ação profissional. Conhecer os contornos, as potencialidades, as demandas e as respostas possíveis é condição primeira para um exercício profissional do Assistente Social da EPVA competente e comprometido com os usuários(…)” (E3)

No que respeita aos conhecimentos teórico metodológicos que deverá ter o Assistente Social para desempenhar funções EPVA:

“(…) A intervenção do Assistente Social baseia-se no respeito pelo valor da dignidade inerente a todas as pessoas, bem como dos seus direitos, no sentido de promoção e defesa da integridade e do bem-estar físico, psicológico, emocional e espiritual de cada pessoa. A intervenção do Serviço Social tem por base a metodologia do Trabalho em Rede, que tem por fundamentos o modelo sistémico e ecológico. O trabalho em rede permite às organizações o

intercâmbio de informação, sintetizando os recursos disponíveis, os objetivos ações e contactos disponíveis para divulgação, bem como a estreita coordenação e colaboração das e nas atividades com o objetivo de evitar duplicação de trabalho entre os serviços, beneficiando assim o utente/família.

Este método de agir é fundamental, pois potencia o aumento da capacidade de articular as múltiplas redes sociais, através da mobilização de recursos às repostas a utilizar nos problemas sociais, que são essenciais e imprescindíveis no apoio às vítimas de violência ao longo do ciclo de vida. É importante para além dos saberes instituídos do Assistente Social, que tenha formação específica na área da violência interpessoal (...)" (E1)

"(...) Ainda não temos as normativas emanadas da DGS sendo que aguardamos formação específica e enquadramento de funções. Contudo, a nossa prática profissional rege-se pela avaliação diagnóstica das situações sinalizadas, numa abordagem sistémica, enquadrada na redação dos cuidados de saúde primários. Ou seja, temos como suporte a legislação "criminal" e no que se prevê na ação da saúde e seu papel nas matérias do crime (...)" (E2). "(...) O Assistente Social geralmente é o primeiro contato das pessoas que chegam às instituições, pois realiza a primeira entrevista, faz visitas domiciliares e elabora um estudo social, emitindo parecer e procede aos devidos encaminhamentos" (E3).

As fases de intervenção que um Assistente Social deve desenvolver junto de situações apresentadas à EPVA:

"(...) Atendimento; Diagnóstico Social; Definição do Plano de Intervenção; Orientar, aconselhar e fornecer informações/esclarecimentos; Apoio Psicossocial; Articulação e Encaminhamento (...)" (E1);

"(...) Recepção da situação, análise da sinalização, identificação da situação problema, discussão em equipa do melhor procedimento, caso seja para remeter para o Ministério Público (Instância Criminal) redação da denuncia ou encaminhamento ou pedido de mais informações (...)" (E2);

"(...) A intervenção do profissional de Serviço Social passa geralmente por uma primeira conversa realizada com a vítima, possibilitando a escuta e o acolhimento da vítima. No processo de entrevista é importante ouvir e observar. A partir deste primeiro encontro, outras entrevistas podem ser realizadas, na própria instituição de saúde ou no domicílio. Posteriormente as reuniões com a equipe multidisciplinar são decisivas para o encaminhamento correto das situações de violência (...)" (E3)

Os impactos registados na situação-pessoa, após a finalização do processo de intervenção:

Por ser um espaço de ação para o Serviço Social, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) permitem ao Assistente Social a possibilidade de investigação dos fatores psicossociais e as suas consequências no processo saúde-doença dos indivíduos. Assim, os fatores sociais como o tipo de habitação, o desemprego, os problemas familiares, afetam gravemente a saúde, sendo que uma saúde frágil pode produzir uma variedade de problemas sociais (Dhooper, 1997). Na perspectiva da promoção e consolidação de uma abordagem biopsicossocial dos problemas (Carvalho, 2012), o contributo dos Assistente Social permite sensibilizar os profissionais e serviços para a importância e influência dos fatores biopsicossociais (Mondragón e Trigueiros, 1999).

“(...) Por estas razões é importante a constituição da EPVA, equipa interdisciplinar, a quem os restantes profissionais possam recorrer de forma a se elaborar um plano de intervenção conjunto com o objetivo de proteger as vítimas, bem como assegurar a articulação com a rede comunitária (...)” (E1).

CONCLUSÕES

A presente investigação teve como motivação a caracterização do papel do Assistente Social nas (EPVA) nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários”. Deste modo, este trabalho foi desenvolvido com o propósito de responder aos objetivos estabelecidos, com base num estudo exploratório descritivo, com uma abordagem qualitativa e quantitativa. Contudo, apesar de numa fase inicial do estudo se considerar um universo dos quinze ACES que integram a ARSLVT, IP, constatou-se que o atraso na implementação destas unidades nos ACES, o que limitou a capacidade de recolha e análise de dados relativos à atuação do Assistente Social nas mesmas equipas. Esta constatação, deu lugar à alteração da metodologia de investigação para o estudo de caso que constitui a presente dissertação de mestrado. Assim, neste estudo de caso foi-nos permitido recolher a informação através do instrumento de investigação – entrevista por questionário, e o tratamento das informações recolhidas foi realizado através da análise de conteúdo.

As principais conclusões desta dissertação são:

O Centro de Saúde é um espaço privilegiado no que refere ao atendimento às vítimas de violência, na medida em que é no contexto da consulta com o seu médico de família ou enfermagem ou atendimento com o Assistente Social que as vitimas solicitam ajuda. Assim, é com base nos conhecimentos e na prática de uma equipa multidisciplinar que é elaborado um plano de intervenção conjunto, com o objetivo último de proteger a vítima. De igual modo, o Assistente Social atua numa perspetiva de equidade no acesso aos direitos de cidadania, tendo como horizonte o cumprimento dos direitos humanos e a justiça social.

Conforme o definido no ponto 5 do Despacho n.º 6378/2013, de 16 de Maio de 2013, a EPVA é constituída por uma equipa interdisciplinar, nomeadamente pelo Assistente Social, Psicólogo, Médico e Enfermeiro.

Ao nível da intervenção, perante situações de violência interpessoal, o Assistente Social que integra a EPVA presta atendimento social, avalia as necessidades efetivas do individuo/vítima, elabora diagnósticos sociais, colabora na elaboração de um plano de intervenção multidisciplinar e efectua a articulação com os recursos na comunidade. Destas atividades, resultam instrumentos de trabalho elaborados com base em conhecimentos académicos e experiência profissional realizada por Assistentes Sociais, como informações sociais; entrevistas sociais e visitas domiciliárias.

A intervenção do Assistente Social poderá variar consoante “ o nível de risco em a vítima ou vítimas se encontrem, idade, grau de dependência de terceiros (em questões de

saúde, económica, entre outros)”(E1). Com o propósito de proteção da vítima, o Assistente Social articula com outras estruturas da comunidade, promovendo de igual modo a autonomia da vítima, garantindo assim a sua segurança. Para tal, é fundamental a articulação com outras estruturas da comunidade, sendo o “Espaço Vida” – Centro de Apoio à Vítima de Loures, um recurso municipal privilegiado no apoio às vítimas.

Da mesma forma, o Assistente Social articula, quer através do contacto presencial, quer através do contacto telefónico ou através de endereço electrónico com as unidades de saúde, famílias, parceiros da comunidade: Hospitais, Segurança Social, Forças de Segurança, Segurança Social, entre outros.

O trabalho interdisciplinar foi referido pela Assistente Social que integra a EPVA como muito importante, na medida em que várias disciplinas podem contribuir para uma melhor avaliação das situações expostas para o planeamento da intervenção junto da (s) vítima (s) e criação de estratégias para a prevenção do fenómeno.

A característica identificada pela Assistente Social com maior evidência entre as vítimas foi a idade e os fatores de risco, as dependências ao nível económico e físico. A coação psicológica representa a tipologia de violência com maior representatividade nos casos identificados pela EPVA, sendo a violência doméstica e a violência contra idosos as formas com maior evidência. No que respeita às necessidades, as vítimas solicitam o apoio económico, a proteção jurídica e o apoio na saúde.

As situações identificadas podem ser sinalizadas pelos profissionais do Centro de Saúde, pelos parceiros da comunidade ou mesmo pela comunidade. Após a sinalização, a EPVA efectua a avaliação do risco e do perigo e caso exista necessidade, é realizada a respectiva articulação com a unidade de saúde com o objetivo de construir um plano de intervenção, em conjunto com os parceiros da comunidade, designadamente a Rede Municipal de Intervenção na Violência Doméstica.

A denúncia deve ser compreendida como um instrumento de garantia dos direitos fundamentais da vítima, permitindo aos profissionais da área da saúde, bem como às entidades de justiça, adoptar as medidas adequadas para pôr termo à violência.

Existe ainda um longo caminho a percorrer e um investimento necessário ao nível dos cuidados de saúde primários, uma vez que é evidente a necessidade de consciencializar todos os profissionais, para a importância e gravidade da temática, bem como lidar com o problema, no sentido de promover a educação para a violência de forma a quebrar o ciclo da violência.

Este estudo constitui como mais valia para o Serviço Social na medida em se caracterizou como um estudo exploratório, visando caracterizar o papel do Assistente Social

nas EPVA, descrevendo procedimentos como processos de referência, acompanhamento e encaminhamento, entre outros.

Com base na limitação referida ao nível metodológico que conduziu a uma investigação de estudo de caso, seria interessante que após a verificação da efetiva implementação das EPVA's, se pudesse concretizar o estudo exploratório do papel do Assistente Social contextualizado nas EPVA's dos cuidados de saúde primários. No mesmo sentido, poder-se-á estudar o impacto da implementação destas equipas nos cuidados de saúde primários.

É nossa consciência de que esta dissertação poderá contribuir para a elaboração de novos estudos, sendo pois fundamental a existência de uma amostra mínima significativa, para a elaboração de um estudo objetivo e dinâmico.

BIBLIOGRAFIA

- Aboim, S. (2008), «Género e modernidade. A construção pública do privado», in Manuel Villaverde Cabral, Karin Wall, Sofia Aboim e Filipe Carreira da Silva (orgs.), *Itinerários: A Investigação nos 25 Anos do ICS*, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, pp. 561-582.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) (1988-1989). Projeto Alcipe: Formação e Informação no Combate à violência exercida contra as Mulheres. Website. Acedido em 26 de Março de 2016, em http://www.apav.pt/pdf/alcipe_compreender.pdf.
- Azambuja, M.R, Nogueira, C. (2010). «Qual a importância da violência contra as mulheres na *Revista de Saúde Pública?*». *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, pp. 57-65.
- Alarcão, M. (2006), (Des) Equilíbrios Familiares. Coimbra: Quarteto Editores.
- Almeida, A.M.O. et al. (2006), Violência, Exclusão Social e Desenvolvimento Humano. Estudos em Representações Sociais, Brasília: Editora UnB.
- Assis, L. R, Nascimento, L.A. (2012), O Serviço Social Frente à Questão da Violência. S.l.: Unifra.
- Bardin, L. (2006). Análise de conteúdo (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70.
- Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). Investigação Qualitativa em Educação. Investigação Qualitativa em Educação. Porto: Porto Editora.
- Carapinheiro, G. (2010). Equidade, cidadania e saúde: apontamentos para uma reflexão sociológica. Alicerces. Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa.
- Caridade, S., Machado, C. (2010). Violência na intimidade juvenil: Prevalência, Factores de risco e Atitudes. In: Machado, C. (Coord.) (2010). *Novas Formas de Vitimação Criminal*, 1.^a edição, Braga: Psiquibrios Edições. pp. 13-59.
- Carvalho, M. I. (2012). Serviço Social na Saúde. Lisboa: Pactor.
- Chauí, M. (1984). Participando do debate sobre mulher e violência. In: Cardoso, R. (Org.). *Perspectivas antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Chiodi, M. G., & Wechsler, S. M. (2008). Avaliação psicológica: contribuições brasileiras. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 2, 197-210.
- Costa, A. B., (2005). *Exclusões Sociais*, Lisboa: Gradiva.

- Costa, J. M. B. (2003). *Sexo, Nexo e Crime*. Lisboa: Edições Colibri.
- Dalrymple, J. and Boylan, J. (2013). *Effective Advocacy in Social Work*. London: Sage Publications, Ltd.
- Deslandes, S. F. (1999). O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas”. *Ciênc. Saúde Colectiva*. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.81-94.
- Direcção-Geral da Saúde (2006). *Manual de Boas Práticas dos Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2003). *Estratégias de Combate à Violência Doméstica - Manual de Recursos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Dias, I. (2010). Violência doméstica e justiça Sociologia. In: *Revista do Departamento de Sociologia da FLUP*, Vol. XX, pág. 245-262.
- Dias, I. (2014). Envelhecimento e violência contra idosos. In: *Revista da Faculdade de Letras : Sociologia*, I série, vol. 15 (2005), p. 249-274.
- Domingues, I. e Gonçalves, H. (2002), *Gestão da Qualidade dos Centros de Saúde*. In: Leandro, Maria Engrácia, Lobo de Araújo, Maria Marta, Silva e Costa, Manuel (Orgs.). *Saúde – As teias da discriminação social.*, Instituto de Ciências Sociais – Universidade do Minho, Braga, p. 263-282.
- Erickson, F. (1986). *Qualitative methods in reseach on teaching*, in Merlin C Wittrock (Ed.), *Handbook on teaching* (3rd edition). New York: Macmillan.
- Feder, G.S. et al. (2006). Women Exposed to Intimate Partner Violence Expectations and Experiences When They Encounter Health Care Professionals: A Meta-analysis of Qualitive Studies. *Arch. Intern. Med.* 2006; 166 (1):22-37.
- Forattini, O. P. (1992) *Ecologia, Epidemiologia e Sociedade*. São Paulo: EDUSP/Artes Médicas.
- Fortin, M. F. (2003), *O Processo de investigação*. 3ª Edição. Loures: Lusociência.
- Galinkin, A.L.(2006), *A (Des)Construção da pessoa e da Violência*. In: Almeida, A.M.O. *Violência, Exclusão Social e Desenvolvimento Humano. Estudos em Representações Sociais.*, Editora UnB, Brasília, p.65-72.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

- Gonçalves, M. H. S; Domingues, I. (2002). “Gestão da Qualidade nos Centros de Saúde”. In Saúde – as teias da discriminação social, 263 - 283. Braga: Instituto de Ciências Sociais/ Universidade do Minho.
- Guerreiro, D. F.; Sampaio, D.; Figueira, M. L. (2014). “Relatório da investigação "Comportamentos autolesivos em adolescentes: Características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping". Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Ghiglione, R. (1997). “Intimate Violence in Families”. California. Sage Publications.
- Hirigoyen, M. F. (2006). A violência no casal: Da coação psicológica à agressão física. (M. H. Kuhner, Trad.) Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Iamamoto, M.V. (1999). O Serviço Social na contemporaneidade; trabalho e formação profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora.
- Idáñez, M.J.A., Ander-Egg, E. (1999). Diagnóstico Social. Conceptos y metodologia. Madrid: Instituto de Ciencias Sociales Aplicadas.
- Luz, N.M.L. (2012). Tipificação do crime de stalking no Código Penal Português. Dissertação de Mestrado Forense. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Karsch, U. M. S. (1998). O Serviço Social na Era dos Serviços. São Paulo: Cortez Editora.
- Kynaston, C. (1996). The everyday exploitation of women: housework and the patriarchal mode of production. Women’s Studies International Forum, 19 (3), pp. 221-237.
- Krug, E.G. et al., eds., (2002). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization.
- Liss, L. (1987). “Families and the law”, in Marvin B. Sussman; Suzanne K. Steinmetz (eds.), Handbook of Marriage and the Family, New York and London, Plenum Press, pp. 767-793.
- Machado, C. e Gonçalves, R. (2003), Violência e Vítimas de Crimes. Coimbra: Quarteto.
- Martinelli, M. L. (2000), Serviço Social: identidade e alienação.6. ed. São Paulo: Cortez.
- Michaud, Y. (1989). A violência, Rio de Janeiro: Ática.
- Minayo, M. C. de S. (2006). Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Fio Cruz.
- Minayo, M. C.; Souza, E. R. (1998) *Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva*. História, Ciências, Saúde: Manguinhos, pp. 513-31.

- Minayo, M. C. S. (1994). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- Mondrágon, J. & Trigueiros, I. (1999). Manual de praticas de trabajo social en el campo de la salud. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Morrison, A. R. e Biehl, M. L. (2000). A família ameaçada – violência doméstica nas Américas, Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Nogueira-Martins, M.C.F. e Bógus, C.M.(2004) . Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde IN: Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.44-57.
- Pais, E. (1998). Homicídio Conjugal em Portugal: Rupturas Violentas da Conjugalidade. Lisboa: Hugin.
- Pinto, C.(1988), “Empowerment, uma Prática de Serviço Social”, in BARATA, O (coord), Política Social – Lisboa: ISCSP.
- Ramos, C. S. D. M. (2002), O impacto das Tecnologias de Informação ao Nível da Gestão dos Relacionamentos, Tese de Mestrado Em Ciências Empresariais, Porto: Universidade do Porto.
- Ramos, Reis, J. C. (2005), O que é a Saúde? Significações pessoais, modelos científicos e educação para a saúde, Lisboa: Veja.
- Rocha, J. A. O. (1999) Gestão de Recursos Humanos, Lisboa: Editorial Presença.
- Rodrigues, M.B. (2007). Corpo, Sexualidade e Violência Sexual: análise e intervenção social. Lisboa: CPHTS e Veras ed.
- Sani, A. I. ; Cardoso D. (2013). «A exposição da criança à violência interparental: uma violência que não é crime», in Julgar Online, pp. 1-10.
- Sani, A. I. (2006). «Vitimização indirecta de crianças em contexto familiar», in Análise Social, vol. XLI (180), 2006, 849-864.
- Sani, A. I. (1999). «As vítimas silenciosas: a experiência de vitimação indirecta nas crianças», in Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 2, pp. 247-257.
- Santos, A.; Nicolau. R.; Fernandes, A.; Gil, A. (2013). “Prevalência da violência contra as pessoas idosas”, revisão critica Lisboa: ISCET.

Silva, L.M. P. F. (2010). "Saúde comunitária: riscos e potencialidades da participação ", *Alicerces* 3, Abril: 65 – 78

Souza, L. A. F. de. (2003). Some notes on violence, crime and human rights. *Perfil & Vertentes*,15(1), p. 1-20.

Silva, M.V. (2012). *Políticas Públicas de Saúde: tendências recentes*. Lisboa: ISCTE-IUL.

Tuckman, B. (1999). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

West, C.; Zimmerman, D. (1987). Doing gender. *Gender and Society*, Vol. 1, No. 2., pp. 125-151.

Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3.^a ed. Tradução de Daniel Grassi. Porto Alegre: Brookman.

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

Despacho n.º 6378/2013 de 16 de Maio de 2013, disponível em: <http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-da-saude/mantenha-se-atualizado/20130517-ms-acao-violencia.aspx>, em 06-03-2015.

DOCUMENTOS CONSULTADOS ON-LINE

Direcção Geral da Saúde – Acção de saúde sobre género, violência e ciclo de vida, disponível em: <http://www.arsalentejo.minsaude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/SaudeMental/Documents/Fase%201%20>, acedido em 07-12-2015.

Dicionário de Língua Portuguesa com acordo Ortográfico: Porto Editora, 2003-2015, disponível em: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/violência>, acedido em 20-11-2015.

Jornal Diário de Notícias, disponível em: http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=3550753&page=-1, acedido em 06-03-2015.

Organização Mundial de Saúde, disponível em: http://www.who.int/violenceprevention/project_groups/intersectoral_action_por.pdf, acedido em 28-01-2015.

Observatório Nacional da Violência de Género, disponível em: http://onvg.fcsh.unl.pt/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=55&Itemid=118&lang=pt, acedido em 01-07-2014.

Pordata – Fundação Francisco Manuel dos Santos, disponível em:
<http://www.pordata.pt/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>, acessado em 03-12-2015.

Procuradoria Geral da República, disponível em:
http://www.pgr.pt/grupo_soltas/Actualidades/2014/programa_vd_1-12-2014.pdf, acessado em 06-03-2015.

Relatório do Desenvolvimento Humano, disponível em:
http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14_summary_pt.pdf, acessado em 25-02-2015.

Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde , disponível em:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf, acessado em 25-02-2015.

ANEXOS

15644

Diário da República, 2.ª série — N.º 94 — 16 de maio de 2013

autorizada, até ao limite indicado na alínea b) do n.º 6 da deliberação do conselho diretivo do IHRU, I. P., n.º 422/2012, de 27 de fevereiro, publicada no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 55, de 16 de março de 2012;

c) Autorizar ajudas de custo, abonos e quaisquer outros encargos devidos com deslocações em serviço, em território nacional, com exceção do transporte aéreo;

d) Praticar todos os atos de aprovação e autorização inerentes a procedimentos de contratação de empreitadas de obras de reparação, construção ou reabilitação de imóveis da propriedade do IHRU, I. P., até ao valor fixado na alínea a);

e) Outorgar, em representação do IHRU, I. P., contratos de empreitadas de obras de reparação, conservação ou reabilitação de imóveis da propriedade do Instituto, em concretização de aprovação superior e dos procedimentos legais aplicáveis ao caso, e assinar quaisquer documentos ou requerer quaisquer atos complementares dos mesmos;

f) Acompanhar à execução dos contratos referidos na alínea anterior e, nesse âmbito, visar e homologar os autos de consignação, de vistoria e de medição de trabalhos de obra, bem como os autos de reção provisória e definitiva, e autorizar a libertação ou levantamento das garantias prestadas;

g) Homologar e ou aprovar os projetos de obras da responsabilidade do serviço cuja execução tenha sido superiormente autorizada, assim como nomear o coordenador de segurança em obra e aprovar os planos de segurança e saúde;

h) Autorizar adjudicações de empreitadas e fornecimentos de obras ou adicionais a contratos cujo valor acumulado não exceda o limite previsto na alínea a), bem como aprovar erros e omissões de projeto reclamados pelos interessados; em fase de concurso, desde que os mesmos não consubstanciem alterações ao preço base do concurso;

i) Designar jurís para procedimentos de contratação de empreitadas e de fornecimentos de obras públicas;

j) Aprovar os cálculos de revisão de preços e contas finais das empreitadas que decorram da aplicação do contrato ou da lei.

2 — Subdelego ainda no referido licenciado as competências para, nas minhas ausências ou impedimentos, me substituir na prática de quaisquer atos da minha competência, delegados nos termos do referido Despacho n.º 3234/2013.

3 — O presente despacho produz efeitos desde 22 de outubro de 2012, ficando, como tal, ratificados todos os atos praticados pelo identificação dirigente no âmbito dos poderes agora subdelegados desde aquela data.

26 de abril de 2013. — A Diretora, em substituição, *Maria Paula Pereira*.

206943745

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

Despacho n.º 6378/2013

A violência, nas diferentes formas de que pode revestir-se ao longo do ciclo de vida, tem impacto severo na saúde dos indivíduos e das populações, tanto a que resulta de fenómenos sociais adversos como a que é perpetrada no contexto das relações interpessoais e a que resulta de comportamentos autopunitivos.

Na genese do fenómeno, em particular no domínio das relações interpessoais, o modo como as comunidades valorizam o facto de se pertencer ao sexo masculino ou ao sexo feminino adquire particular relevo, sendo tal interpretação a origem das diferenças socialmente produzidas entre homens e mulheres, com atribuição de diferentes mandatos sociais a um e a outro grupo.

A ordem social assim estabelecida no género, elaborada a partir das diferenças biológicas entre homens e mulheres que pauta a vida de cada indivíduo do nascimento à morte, expressa a assimetria de poderes que ainda subsiste entre sexos, e entre indivíduos do mesmo sexo, estando, regra geral, a hegemonia centrada nos homens.

É neste contexto que tem lugar a maior parte das situações de violência interpessoal, nomeadamente nas relações familiares e nas relações de proximidade e de intimidade em particular. Não é possível atribuir a traços de personalidade individual a genese da violência sem entender o contexto em que eles se expressam.

Tal não significa porém que a violência se restrinja a comportamentos violentos de caráter físico, havendo que tomar em consideração as múltiplas formas de negligência afetiva, de assédio moral e de coação

psicológica com repercussões no relacionamento interpessoal e na saúde mental das mulheres e dos homens.

Com efeito, verificam-se diversas formas graves de violência, tais como, a violência doméstica, a violência no namoro, o *stalking*, a violência contra idosos, a violência vicariante ou perpetrada de forma direta contra crianças e jovens, e a violência baseada em tradições étnicas, tais como a mutilação genital feminina e o casamento forçado.

A proteção contra as referidas formas de violência encontra apoio legal tanto na legislação internacional (como é o caso da Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica adotada em Istambul a 11 de maio de 2011, e aprovada pela Resolução da Assembleia da República n.º 4/2013 em 14 de dezembro de 2012), como na legislação nacional (como é o caso da alteração ao artigo 152.º do Código Penal pela Lei n.º 19/2013 de 21 de fevereiro, o qual prevê o crime de violência doméstica).

É necessário, por isso, ter em conta a estreita ligação entre os ditames do género e os atos de violência interpessoal, incluindo os que se ancoram em preceitos étnicos e religiosos específicos.

Pela complexidade, interligação e diversidade nas formas de que se reveste a violência, a resposta ao fenómeno exige, necessariamente, a intervenção de múltiplos setores, nomeadamente o da justiça, o da educação, o da segurança social e o da saúde, entre outros.

A necessidade de participação e trabalho concertado por parte dos diferentes setores da governação e da sociedade civil encontra-se bem expressa, aliás, nos IV Plano Nacional para a Igualdade de Género Cidadania e Não Discriminação, IV Plano Nacional contra a Violência Doméstica e II Plano Nacional contra o Tráfico de Seres Humanos.

Tal implica, inevitavelmente, que da parte dos serviços de saúde, as ações tendentes a prevenir a violência familiar - e a minorar o impacto nos diferentes protagonistas quando ocorre - se desenrolem de uma forma concertada, global, protegendo quem é vítima, direta ou indireta, fazendo reverter a conduta de quem é perpetrador e estimulando o desenvolvimento de dinâmicas familiares mais equilibradas.

É exemplo da necessidade de interligação nas ações a íntima relação existente entre maus tratos a crianças e jovens e violência doméstica, posto saber-se, de acordo com os dados disponíveis, que a grande maioria das situações do primeiro tipo ocorre no contexto do das segundas.

Neste sentido, a alínea e) do artigo 3.º da Lei n.º 147/99 de 1 de setembro, que institui o Regime Geral da Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, classifica como situação de perigo a exposição à violência vicariante, entendida como vitimização indireta de crianças e jovens nas situações de violência doméstica, pelo facto de as considerar sujeitas a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional.

É exemplo deste tipo de intervenção a Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR), criada pelo Despacho 31292/2008, de 5 de dezembro, cuja rede nacional de Núcleos tem vindo a concretizar um modelo funcional que privilegia o trabalho de equipas interdisciplinares em cooperação com outras estruturas e entidades na prevenção dos maus tratos nestes grupos etários.

Assim, a intervenção no domínio da violência em adultos passa a organizar-se tomando por referência e adaptando o modelo desenvolvido pela ASCJR, prevista no referido Despacho n.º 31292/2008, de 5 de dezembro.

O reconhecimento da necessidade desta articulação já anteriormente sentida, justificou, em 2012, a celebração de um protocolo de cooperação entre a Direção Geral da Saúde, a Comissão para a Cidadania e de Género, e a Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco.

Assim, na perspetiva de uma resposta ao fenómeno da violência interpessoal, nas suas múltiplas formas, dada, por parte dos serviços de saúde, de uma forma cada vez mais concertada, articulada e eficiente, determino:

1. É criado no âmbito do Ministério da Saúde, um modelo de intervenção integrada sobre a violência interpessoal ao longo do ciclo de vida, com a designação de Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV);

2. A ASGVCV privilegia a intervenção assente na articulação entre serviços e entre profissionais com responsabilidade na prevenção da violência ao longo do ciclo de vida, em particular os prestadores de cuidados diretos à população;

3. Constituem objetivos da ASGVCV:

a) Promover a igualdade e, em particular, a equidade em saúde, independentemente do sexo, idade, condição de saúde, orientação sexual, etnia, religião e condição socioeconómica.

b) Prevenir a violência interpessoal, nomeadamente a violência doméstica, o *stalking*, a violência no namoro, a violência contra idosos, a violência vicariante, e o tráfico de seres humanos.

c) Fomentar a articulação funcional da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR) com a intervenção no domínio da violência em adultos, promovendo uma intervenção integrada.

Anexo B - Guião de entrevista

Eu, Sandra Cristina da Fonseca Loureiro, aluna de mestrado em Serviço Social no ISCTE – IUL encontro-me a realizar um Trabalho de Projecto sobre o tema “Prevenção da Violência nas diferentes formas dos ciclos de vida” e visa estudar o papel do Assistente Social nas Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) nas unidades de cuidados de saúde primários dos Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), I.P.”, sob orientação do Professor Doutor Jorge M. L. Ferreira.

Assim, solicito a vossa colaboração e disponibilização na realização da entrevista por questionário, de forma a concretizar este trabalho de pesquisa, assegurando o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas.

Código: _____

Agrupamento de Centros de Saúde: _____

Centro de Saúde: _____

Grupo 1: Perfil Profissional

Idade: _____ anos

1.2 Género

Masculino Feminino

1.3 Formação académica

Bacharelato Licenciatura

1.3.1 Ano de conclusão: _____

1.4 Possui curso pós-graduação/mestrado/doutoramento?

Sim Não

1.4.1 Em caso afirmativo, qual?

Pós – Graduação Mestrado Doutoramento

1.5 Há quanto tempo exerce funções na EPVA?

1.6 Para exercer funções na equipa recebeu formação específica?

Sim Não

1.6.1 Se sim, de que tipo e quem a ministrou?

Grupo 2: Tipologia de violência

2.1 Qual a tipologia de violência com maior número de casos identificados?

2.1.1 Violência de carácter físico

2.1.2 Negligência afectiva

2.1.3 Assédio moral

2.1.4 Coação psicológica

2.2 Relativamente à forma de violência, qual a que identifica com maior evidência, na sua prática profissional?

2.2.1 Violência doméstica

2.2.2 Violência no namoro

2.2.3 *Stalking*

2.2.4 Violência contra idosos

2.2.5 Violência vicariante

2.2.6 Violência baseada em tradições étnicas

2.3 É possível identificar características/factores de risco comuns nas vítimas?

Sim

Não

2.3.1 Se não, clarifique:

2.3.2 Se sim, quais?

2.3.2.1 Sexo

2.3.2.2 Idade

2.3.2.3 Aceitação da violência

2.3.2.4 Dependência económica

2.3.2.5 Dependência física

2.3.2.6 Outro

2.3.2.7 Qual? _____

2.4 Quais as principais necessidades identificadas pelas vítimas?

2.4.1 Apoio económico

2.4.2 Protecção jurídica

2.4.3 Apoio na Saúde

2.4.4 A vítima não dispõe de condição física/cognitiva para avaliar

Grupo 3: Metodologia de Intervenção

3.1 Quais foram as principais razões para a constituição da equipa EPVA no seu Centro de Saúde?

3.2 Que objetivos foram definidos para a promoção da equipa EPVA?

3.3 Foram definidas metodologias específicas e critérios de intervenção pela equipa?

3.3.1 Se sim, quais?

3.4 Qual o tipo de abordagem do Assistente Social da EPVA perante uma situação de violência interpessoal?

3.5 Quais são os níveis de sinalização, acompanhamento e encaminhamento dos casos na sua equipa EPVA?

3.6 Considera que a intervenção do Assistente Social pode variar, tendo em conta o tipo de violência identificada?

Sim Não

3.6.1 Em caso afirmativo, quais os fundamentos?

3.7 Com que interlocutores (instituições, elementos do meio sócio-comunitário, etc.) articula o Assistente Social na sua intervenção?

3.8 Os instrumentos de trabalho elaborados pela sua equipa EPVA são elaborados predominantemente com base em conhecimentos académicos e experiência profissional realizada por Assistentes Sociais?

Sim Não

3.8.1 Se sim, quais?

Informações sociais Entrevistas sociais Relatórios sociais
Visitas domiciliárias Outra

Qual? _____

3.9 Como se processa a articulação das equipas com os cuidados de saúde hospitalares?

Contacto presencial Contacto telefónico/e-mail Não se aplica

3.10 Quais as respostas sociais disponíveis para este problema?

Casa de abrigo Centro de acolhimento Outra

Qual? _____

3.11 Com base na sua experiência, defina o agir do Assistente Social perante a identificação de uma situação de violação dos Direitos Humanos?

3.12 Qual a importância do trabalho interdisciplinar na problemática da violência interpessoal?

3.13 Na sua opinião, qual deve ser o contributo do Assistente Social relativamente à prevenção da violência interpessoal e à promoção dos Direitos Humanos?

3.14 No âmbito da sua profissão como Assistente Social, fale-nos do enquadramento da sua prática na EPVA, referindo-se não só a aspetos jurídico-normativos, mas essencialmente às atribuições que lhe são reconhecidas de forma autónoma.

3.15 Da sua experiência, que domínio de conhecimentos teóricos e metodológicos deverá ter um Assistente Social para desempenhar com qualidade uma intervenção na EPVA?

3.16 Quais as fases de intervenção que um Assistente Social deve desenvolver junto de situações apresentadas à EPVA?

3.17 Pedimos-lhe que descreva uma atuação profissional a partir de um caso prático, descrevendo:

situação-problema

- pedido
- abordagem
- diagnóstico
- plano de intervenção
- execução
- avaliação

3.18 No final, faça referência aos impactos registados na situação-pessoa, após a finalização do processo de intervenção.

3.19 Deixamos a possibilidade de expressar a sua opinião de forma livre sobre o tema, incluindo sugestões.

Obrigada pela colaboração.

Anexo C - Grelha de análise de conteúdo

Categoria	Sub categoria	Indicadores/Unidades de Registo	Unidades de contexto
Perfil Profissional	Formação académica Exercício de funções na EPVA Formação		
Tipologia da violência	Tipologia com maior número de casos Forma de violência com maior evidência Fatores/características comuns nas vítimas Necessidades identificadas nas vítimas		
Metodologias de intervenção	Constituição EPVA no C.S. Objetivos definidos para a promoção da EPVA Definição de metodologias Tipo de abordagem do A.S. Níveis de sinalização, acompanhamento e encaminhamento dos casos A intervenção pode variar? Em caso afirmativo, quais os fundamentos? Interlocutores de articulação do A.S. Instrumentos de trabalho Articulação das EPVAS com cuidados de saúde hospitalares Respostas sociais		

	<p>Agir do A.S. perante uma situação de violação de Direitos Humanos</p> <p>Importância do trabalho interdisciplinar</p> <p>Contributo do A.S. na prevenção da violência interpessoal e promoção dos direitos humanos</p> <p>Enquadramento prática profissional (atribuições)</p> <p>Conhecimentos teóricos e metodológicos do A.S.</p> <p>Fases de intervenção A.S.</p>		
--	--	--	--

Anexo D - Autorização para a investigação - Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, IP



Exma. Senhora
Dr.ª Sandra Fonseca Loureiro
sandrafonsecaloureiro@gmail.com

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		6722/CEs/2015	15-04-2015

Assunto: "Prevenção da Violência nas Diferentes Formas dos Ciclos de Vida – O papel do Assistente Social nas Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários – Centros de Saúde".

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT apreciou na sua reunião da Secção de Investigação do dia 10-04-2015, o projecto mencionado em epigrafe, tendo merecido parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido por aquela Comissão, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo

Luis Plisco

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min.saude.pt | www.arslvt.min.saude.pt

Anexo E - Quadro síntese com datas de resposta ao instrumento de pesquisa

ACES	Data da resposta	Conteúdo
Almada-Seixal	2-10-2015	<i>(...) no presente ainda não temos constituída uma Equipa de Prevenção da Violência no Adulto (EPVA) (...)</i>
Amadora	*	
Arco Ribeirinho	7-10-2015	<i>“ (...) ainda não dispomos de Equipa de Prevenção de Violência em Adultos (...)”</i>
Arrábida	19-05-2015	<i>“ (...) não é possível preencheremos o questionário porque não temos Equipas EPVA_” Equipas para a prevenção da Violência em Adultos” nos Cuidados de Saúde Primários (...)</i>
Cascais	5-10-2015	<i>“ (...) A EPVA no ACES de Cascais ainda se encontra numa fase muito inicial, sem grande intervenção junto das vítimas (...)”</i>
Estuário do Tejo	*	
Lezíria	5-10-2015	<i>“ (...) não temos constituída a Equipa de Prevenção de Violência em Adultos (...)”</i>
Lisboa Central	4-06-2015	<i>“(…)no ACES Lisboa Central nenhuma das Assistentes Sociais pertence às equipas de Prevenção de Violência em Adultos(…)”</i>
Lisboa Norte	2-10-2015	<i>“ (...) no ACES Lisboa Norte, não existe qualquer Equipa de Prevenção da Violência no Adulto (EPVA) por carência reconhecida desses recursos humanos (...)”</i>
Lisboa Ocidental e Oeiras	29-07-2015	<i>“(…) após análise do seu pedido de investigação, verificámos que o mesmo está direccionado para o papel do Técnico de Serviço Social nas equipas EPVA, que actualmente no nosso ACES não temos formalmente constituída para o efeito (...)”</i>
Médio Tejo	*	
Oeste Norte	2-10-2015	<i>“(…) o ACES Oeste Norte, não dispõe de uma “Equipa de Prevenção de Violência em Adultos” (...)”</i>
Oeste Sul	8-10-2015	<i>“(…)O ACES Oeste Sul não tem constituída a Equipa de Prevenção de Violência do Adulto(…)”</i>
Sintra	31-08-2015	<i>“(…) no ACES Sintra não existe uma EPVA constituída (...)”</i>

* não respondeu

Anexo F - Curriculum Vitae



Europass -Curriculum Vitae



Informação pessoal

Apelido(s) / Nome(s) próprio(s) **Loureiro, Sandra**

Morada(s) Rua dos Correeiros, n.º 120, 2.º Drt. | 1100-168 Lisboa | Santa Maria Maior | Portugal

Telefone(s) Telemóvel: +351 966168363

Fax(es) -

Correio(s) electrónico(s) sandrafonsecaloureiro@gmail.com

Nacionalidade Portuguesa

Data de nascimento 10 de Agosto de 1977

Sexo Feminino

Experiência profissional

Datas **Desde 1 de Outubro de 2014**

Função ou cargo ocupado Assistente Social (Técnica Superior – área de Serviço Social)

Principais actividades e responsabilidades	<p>Atendimento social à população utente das Unidades de Saúde de Loures; apoio ao Gabinete do Cidadão do ACES Loures Odiveelas, designadamente: informar os utentes sobre os seus direitos e deveres enquanto utilizadores do SNS e dos cuidados de saúde primários; contribuir para a melhoria do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde prestados pelas unidades de saúde; promover mecanismos de comunicação com os cidadãos de forma a assegurar informação relevante sobre a organização dos serviços e a oferta de cuidados de saúde; promover e assegurar o atendimento personalizado ao cidadão e gestão das exposições apresentadas no âmbito do Gabinete do Cidadão fazendo a ligação entre as suas necessidades e as possíveis respostas dos serviços de saúde existentes; inserção, tratamento e monitorização dos Elogios, Reclamações e Sugestões dos utentes no Sistema de Gestão e Tratamento de Reclamações; assegurar resposta aos pedidos de informação e ajuda dos utentes, elaborando propostas de resposta com recurso a legislação e respectiva resposta final; proceder à elaboração de estatísticas para as Unidades funcionais do ACES, relativamente às exposições afectas a cada grupo profissional e serviços; apresentar propostas de apoio à gestão, com base nas exposições dos cidadãos, contribuindo para a melhoria dos serviços, bem como dos cuidados de saúde prestados.</p> <p>Participação em projetos e parcerias sociais, nomeadamente o Núcleo Local de Inserção (NLI) – Loures Norte.</p>
Nome e morada do empregador	ACES Loures – Odiveelas Terraços da Ponte 2685-101 Sacavém
Tipo de empresa ou sector	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT, IP) - Organismo Público – Área da Saúde
Datas	De 1 de Junho de 2012 a 30 de Setembro de 2014
Função ou cargo ocupado	Assistente Social (Técnica Superior – área de Serviço Social)
Principais actividades e responsabilidades	<p>Atendimento social à população do ACES Amadora, Gabinete do Cidadão, designadamente: informar os utentes sobre os seus direitos e deveres enquanto utilizadores do SNS e dos cuidados de saúde primários; contribuir para a melhoria do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde prestados pelas unidades de saúde do ACES Amadora; promover mecanismos de comunicação com os cidadãos de forma a assegurar informação relevante sobre a organização dos serviços e a oferta de cuidados de saúde; promover e assegurar o atendimento personalizado ao cidadão e gestão das exposições apresentadas no âmbito do Gabinete do Cidadão fazendo a ligação entre as suas necessidades e as possíveis respostas dos serviços de saúde existentes no ACES; inserção, tratamento e monitorização dos Elogios, Reclamações e Sugestões dos utentes no Sistema de Gestão e Tratamento de Reclamações; assegurar resposta aos pedidos de informação e ajuda dos utentes ACES Amadora, elaborando propostas de resposta com recurso a legislação e respectiva resposta final; proceder à elaboração de estatísticas para as Unidades funcionais do ACES, relativamente às exposições afectas a cada grupo profissional e serviços;</p>

Nome e morada do empregador	ACES Amadora Rua de Capitão Plácido Abreu, n.º 2 2700-156 Amadora
Tipo de empresa ou sector	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT, IP) - Organismo Público – Área da Saúde
Datas	De 1 de Junho de 2012 a 30 de Setembro de 2014
Função ou cargo ocupado	Assistente Social (Técnica Superior – área de Serviço Social)
Principais actividades e responsabilidades	<p>Atendimento social à população do ACES Odivelas, designadamente: Atendimento social à população das Unidades Funcionais da Pontinha, Urmeira e Famões e participação em projetos da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) “Nostra Pontinha”.</p> <p>Colaboração com Gabinete do Cidadão: informar os utentes sobre os seus direitos e deveres enquanto utilizadores do SNS e dos cuidados de saúde primários; contribuir para a melhoria do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde prestados pelas unidades de saúde do ACES Odivelas; promover mecanismos de comunicação com os cidadãos de forma a assegurar informação relevante sobre a organização dos serviços e a oferta de cuidados de saúde; promover e assegurar o atendimento personalizado ao cidadão e gestão das exposições apresentadas no âmbito do Gabinete do Cidadão fazendo a ligação entre as suas necessidades e as possíveis respostas dos serviços de saúde existentes no ACES; inserção, tratamento e monitorização dos Elogios, Reclamações e Sugestões dos utentes no Sistema de Gestão e Tratamento de Reclamações; assegurar resposta aos pedidos de informação e ajuda dos utentes ACES Odivelas, elaborando propostas de resposta com recurso a legislação e respectiva resposta final; proceder à elaboração de estatísticas para as Unidades funcionais do ACES, relativamente às exposições afectas a cada grupo profissional e serviços;</p>
Nome e morada do empregador	ACES Odivelas Avenida Professor Augusto Abreu Lopes, n.º 36 2675-297 Odivelas
Tipo de empresa ou sector	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT, IP) - Organismo Público – Área da Saúde

Educação e formação

Datas	Desde Outubro de 2012 até à presente data
Designação da qualificação atribuída	Mestranda em Serviço Social
Principais disciplinas/competências profissionais	<p>Dissertação: “Prevenção da Violência nas Diferentes Formas dos Ciclos de Vida – o papel do Assistente Social nas Equipas de Prevenção de Violência em Adultos (EPVA) nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários – ARSLVT, IP : Um estudo de caso.</p> <p>Resumo: A violência, nas suas diferentes formas ao longo do ciclo de vida e afetam e causam impactos severos na saúde dos indivíduos. Considerando que a maior parte das situações de violência interpessoal se verificam nas relações familiares e de proximidade, tornou-se pertinente existir uma interligação nas ações entre os serviços de saúde, de forma a proteger a vítima, directa ou indirectamente e promovendo o desenvolvimento de dinâmicas familiares mais equilibradas. Exemplo destas ações de inter-relação os maus tratos a crianças e jovens e violência doméstica, uma vez que estudos comprovam que grande parte das situações do primeiro tipo decorrem no contexto do das segundas.</p> <p>O Despacho n.º 6378/2013 de 16 de maio de 2013 surge então com o objetivo de responder ao fenómeno da violência interpessoal “(...) nas suas múltiplas formas, dada, por parte dos serviços de saúde, de uma forma cada vez mais concentrada, articulada e eficiente (...)”. Neste contexto, considerando a multidisciplinaridade das EPVA, torna-se relevante conhecer qual o papel e contributo do profissional de Serviço Social nestas Equipas, bem como refletir criticamente sobre os processos interventivos realizados no contexto da prevenção da violência nos ciclos de vida.</p>
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	ISCTE – IUL
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	Mestrado
Datas	2009
Designação da qualificação atribuída	Licenciatura em Serviço Social
Principais disciplinas/competências profissionais	<p>Necessidade de atender às transformações societárias, emergentes de novas questões sociais, nomeadamente: novas formas de pobreza e exclusão, desemprego e mecanismos de inserção económica, migrações e multiculturalidade, problemas sociais associados, importância acrescida da dimensão territorial e dos mecanismos de parceria e contratualização das políticas sociais, exigências de racionalização e eficácia dos projetos sociais.</p> <p>Promover o desenvolvimento sociocultural de grupos e comunidades, organizando e/ou desenvolvendo actividades de animação (de carácter cultural, educativo, social, lúdico e recreativo).</p>
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	Licenciatura

Língua(s) materna(s) **Português**

Outra(s) língua(s)

Auto-avaliação	Compreensão				Conversaço				Escrita	
<i>Nível europeu</i> (*)	Compreensão oral		Leitura	Interaçáo oral		Produção oral				
Inglês	C2	Utilizador experiente	C2	Utilizador experiente	C1	Utilizador experiente	C1	Utilizador experiente	C1	Utilizador experiente
Francês	C2	Utilizador experiente	C2	Utilizador experiente	C1	Utilizador experiente	C1	Utilizador experiente	C1	Utilizador experiente
Italiano	C2	Utilizador experiente	C2	Utilizador experiente	C1	Utilizador experiente	C1	Utilizador experiente	C1	Utilizador experiente
Espanhol	C2	Utilizador experiente	C2	Utilizador experiente	C1	Utilizador experiente	C1	Utilizador experiente	C1	Utilizador experiente

(*) *Nível do Quadro Europeu Comum de Referência (CECR)*

Carta de condução Veículos ligeiros (categoria B)

Informação adicional Membro do Corpo Nacional de Escutas (CNE) - Escutismo Católico Português.