

**Trajecto percorrido pelas vítimas de
violência nas relações de intimidade no
Serviço Nacional de Saúde**

Helena Martins¹

Teresa Magalhães²

1 Elaboração do inquérito, aplicação do mesmo, análise estatística dos dados e redacção do artigo

2 Revisão do desenho e da versão final do artigo

Instituto de Ciências Biomédicas “Abel Salazar” da Universidade do Porto

Helena Alice Lobo Martins Nogueira Soares,

Rua José Ribeiro Vieira de Castro, nº33, 4820-273 Fafe

Telemóvel: 913068018

Trajecto percorrido pelas vítimas de violência nas relações de intimidade no Serviço Nacional de Saúde

Resumo

A Violência Doméstica constitui um grave problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos, assumindo particular importância nas relações de intimidade. As maiores dificuldades associadas à intervenção profissional para tratamento e protecção das vítimas têm a ver com o “silêncio” que caracteriza estes casos. De facto, muitas situações permanecem por detectar, sendo as consequências para a saúde das vítimas sempre graves e, por vezes, fatais. Torna-se, por isso, fundamental que os profissionais de saúde conheçam melhor esta realidade, de modo a identificar e a sinalizar os casos, orientando também as vítimas do ponto de vista psicossocial e legal.

Este trabalho teve como objectivo contribuir para a promoção da protecção, saúde e bem-estar das vítimas de violência nas relações de intimidade (VRI), através de um melhor conhecimento sobre o que se passa com a sua detecção e sinalização a nível do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Para tal, utilizou-se uma amostra de 214 adultos, supostamente vítimas de VRI, observados na Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., entre Julho e Outubro de 2009.

Os resultados revelam-nos que as vítimas ocultam frequentemente o abuso – 52.8% não recorreram ao SNS e das que recorreram, 18.8% não revelaram o abuso. Acresce que desde o início do abuso até à primeira ida ao SNS decorreram em média 6.5 anos; até à apresentação da primeira denúncia, 6.7 anos; entre a primeira ida ao SNS e a apresentação da primeira denúncia, 3.4 anos. Significa isto que as vítimas pouco colaboram no seu processo de protecção, ficando este, em grande parte, nas mãos dos médicos que possam identificar os casos.

Das vítimas que recorreram ao SNS e que ocultaram o abuso, o médico não terá suspeitado estar perante uma situação de VRI em 57.9% dos casos. Nos casos em que o médico suspeitou ou naqueles em que não houve ocultação, em 52.3% não terá falado à vítima sobre o risco em que a mesma se encontrava e em 89.8% não terá feito alusão à sua obrigação legal, enquanto funcionário, de sinalizar o crime.

De facto, os médicos não têm tido nem informação nem formação sobre este assunto, pelo que na maior parte dos casos não os detectam, se detectam não sinalizam e, em muitos outros, não prestam as adequadas informações à vítima. Importa, por isso, promover a responsabilidade profissional dos técnicos do SNS face às pessoas que estão a ser objecto de abuso, designadamente de VRI.

Palavras-chave

Violência nas relações de intimidade; violência doméstica; abuso; mulher; serviços de saúde; rastreio

The process followed by the victim of intimate partner violence in the National Health Service

Domestic Violence constitutes a serious public health and human rights violations problem, assuming particular importance in intimate partner relationships. The major difficulties associated with professional intervention for the treatment and protection of the victims have to do with the "silence" that characterizes these cases. In fact, many cases remain undetected, and the health consequences for victims are always serious and sometimes fatal. It is therefore essential that health professionals know better this reality, in order to identify and flag cases, advising also the victims in psychosocial and legal terms.

This study aimed to help promote the protection, health and welfare of victims of violence in intimate partner violence (IPV), through a better understanding about what is happening with their detection and reporting at the National Health Service (NHS).

To this end, we used a sample of 214 adults, supposedly victims of IPV, observed in the North's Branch of the National Institute of Legal Medicine, between July and October 2009.

The results reveal that the victims often conceal the abuse - 52.8% did not use the NHS and from the ones that did, 18.8% do not reveal the abuse. Moreover, since the beginning of the abuse until the first trip to the NHS took place on average 6.5 years; until the first complaint was lodged, 6.7 years; between the first trip to the NHS and the presentation of the first complaint, 3.4 years. This means that the victims do not collaborate much in their own process of protection, leaving it largely in the hands of doctors who can identify the cases.

Of those who used the NHS and concealed the abuse, the doctor did not suspect to be faced with IPV in 57.9% of the cases. In cases where the doctor suspected or in which there was no concealment, at 52.3% did not speak to the victim on the risk that the same was and in 89.8% did not made reference to its legal obligation, as an official, to report the abuse.

In fact, doctors have had no information or training on this subject, so in most cases they do not detect it, if they detect do not report, and in many others do not provide adequate information to the victim. It is important therefore to promote the professional responsibility of the technicians of the NHS towards people who are being abused, particularly of IPV.

Keywords

Intimate partner violence; domestic violence; abuse; women; health services; screening

Introdução

“Violência doméstica” (VD) é qualquer forma de comportamento físico e/ou emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e/ou carências nas relações interpessoais, num contexto de uma relação de dependência por parte da vítima (física, emocional e/ou psicológica), e de confiança e poder (arbitrariamente exercido) por parte do abusador que, habitando, ou não, no mesmo agregado familiar, seja cônjuge ou ex-cônjuge, companheiro/a ou ex-companheiro/a, filho/a, pai, mãe, avô, avó ou outro familiar¹. Acontece, portanto, no contexto de uma relação familiar ou equiparada, podendo envolver comportamentos activos (e.g., físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (e.g., omissão ou negligência nos cuidados e/ou afectos) e exercidos directa ou indirectamente sobre a vítima¹. Esta violência manifesta-se, geralmente, de forma reiterada, privando a vítima dos seus direitos e liberdades, e afectando, de forma concreta ou potencial, a curto ou a médio prazo, a sua saúde, integridade psicológica, física e/ou sexual, a sua qualidade de vida e a sua dignidade¹.

A VD constitui, pois, um grave problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos², sendo uma realidade presente em muitos lares, pelo que a casa é frequentemente considerada um dos lugares mais perigosos das sociedades actuais³.

Este tipo de violência assume particular relevo nas relações de intimidade, muito particularmente no que à mulher (esposa/companheira) diz respeito, associando-se neste caso à “violência de género” (VG) e, portanto, a questões socioculturais². De facto, o fenómeno da violência contra a mulher constitui uma forma paradigmática da transmissão transgeracional dos valores, crenças e comportamentos, característicos de determinadas culturas e sociedades, assentando raízes nos primórdios da sociedade patriarcal⁴. Esta violência, perpetrada pelo marido/companheiro/namorado (actual ou passado), é actualmente designada por “violência conjugal” ou “violência nas relações de intimidade” (VRI)¹.

A VRI atinge pessoas de todas as idades e de grupos socioculturais e económicos, mas a sua prevalência é mais elevada face a determinados factores de risco, entre os quais, o facto de ser^{5,6}: (1) mulher; (2) maior de 35 anos; (3) solteiro(a), divorciado(a) ou separado(a); (4) consumidor(a) de álcool ou de drogas de abuso, ou ter parceiros consumidores; (5) fumador(a); (6) grávida; (7) pobre.

As maiores dificuldades associadas à intervenção profissional para tratamento e protecção destas vítimas têm a ver com o “silêncio” que caracteriza estes casos. Silêncio por parte das vítimas, que os ocultam; silêncio por parte dos profissionais, que não os sinalizam ou denunciam. Assim, muitos casos permanecem por detectar e, portanto, por diagnosticar e tratar, sendo as consequências para a saúde física e psicossocial deste tipo de vitimização sempre graves, por vezes até fatais.

Deste modo, revela-se de extrema importância o papel dos médicos em geral, na detecção, diagnóstico, sinalização e correcto encaminhamento destes casos, pois, frequentemente, estes estão na linha da frente dos profissionais que são procurados pelas vítimas que, mesmo insistindo em negar o abuso e apresentando, na maioria das vezes, queixas supostamente não relacionadas com a violência, procuram algum tipo de ajuda.

Nesse sentido, existem cada vez mais recomendações quanto ao rastreio das vítimas de VD, como por exemplo da *American Medical Association in The Joint Commission*⁷ e da *United States Preventive Services Task Force*⁸. Ou seja, conforme crescem as evidências sobre a magnitude e gravidade dos casos de VRI, cresce também o reconhecimento de que os serviços de saúde possuem um importante papel em enfrentá-la⁹ cabendo-lhes a responsabilidade de actuar como mediadores e promotores das acções voltadas para a resolução do problema. Importa, por isso, discutir e aprofundar o tema, sendo a identificação precoce destes casos uma das preocupações basilares¹⁰.

Dada a extrema importância do assunto e dada a circunstância de em Portugal ainda existir pouca investigação nesta área, torna-se fundamental que os profissionais de saúde conheçam melhor esta realidade, de forma a estarem mais preparados para identificar o abuso e orientar as vítimas do ponto de vista psicossocial e legal, não as tratando apenas na perspectiva estritamente física.

Objectivos

O presente trabalho tem como principal objectivo contribuir para a promoção da protecção, saúde e bem-estar das vítimas de VRI, através de um melhor conhecimento sobre o que se passa com a detecção e sinalização destes casos a nível do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Os objectivos específicos são os seguintes:

- a) analisar as características do processo de vitimização nos casos de VRI;
- b) analisar os diversos locais do SNS onde a suposta vítima é atendida (serviços de urgência, Centros de Saúde, consultas hospitalares, internamentos);
- c) analisar os casos de ocultação do abuso ao médico, pela suposta vítima;
- d) analisar as dificuldades da revelação do abuso ao médico, pela suposta vítima;
- e) analisar os acontecimentos, no que se refere à sinalização pelo médico ou à informação e à capacitação da suposta vítima para a denúncia;
- f) analisar os motivos da não apresentação, ou da apresentação de denúncia pela suposta vítima;
- g) comparar as lesões descritas nos supostos casos de VRI pelo SNS e pelos Serviços Médico-Legais.

Material e Métodos

Material

Para estudar o trajecto percorrido pelas vítimas de VRI no SNS, até à apresentação da denúncia, utilizou-se uma amostra constituída por 214 adultos, portugueses, supostamente vítimas de VRI, observados na Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. (INML). A amostra correspondeu aos casos que deram entrada naquela instituição no período compreendido

entre 1 de Julho e 29 de Outubro de 2009 e que preenchiam os critérios de inclusão adiante referidos, sendo indiferente o sexo da suposta vítima. Os critérios de inclusão foram: (1) idade igual ou superior a 18 anos; (2) denúncia de VRI pelo(a) marido/esposa, companheiro(a), namorado(a) (actual ou passado); (3) recurso à Delegação do Norte do INML para exame pericial, na sequência da denúncia; (4) referência a qualquer tipo de abuso (físico, emocional, sexual ou outro).

Métodos

Realizou-se um estudo descritivo da amostra de supostas vítimas. A colheita dos dados foi efectuada através de uma entrevista clínica, no Serviço de Clínica Forense da Delegação do Norte do INML, usando-se um inquérito criado especificamente para o efeito, o qual foi aplicado sempre pela mesma investigadora, após prévio treino naquele Serviço. A simplicidade do inquérito permitiu a sua aplicação a pessoas idosas e com baixo nível de escolaridade. Foi solicitado consentimento informado a todas as vítimas que participaram no trabalho, sendo-lhes explicado que o inquérito era anónimo e confidencial.

Para a base de dados elaborada durante o estudo utilizou-se o programa de análise estatística SPSS, versão 17.0. A análise estatística foi realizada com testes não paramétricos, sendo o nível de significância de 5%.

Resultados

a) Caracterização do processo de vitimização

A quase totalidade das supostas vítimas (90.7%) era do sexo feminino, com uma média de idades de 39.1 anos (min.=18; máx.=89, SD=12.50), sendo que 20%, 34% e 23.8% se situavam, respectivamente, nas faixas etárias dos 20-29, 30-39 e 40-49 anos; a maioria era casada (54.7%), residia na zona do “Grande Porto” (95.3%) e, portanto, em meio urbano (91.1%). Encontraram-se

diversos níveis de escolaridade: 0.9% não tinha qualquer formação, 27.6% tinha o 4º ano de escolaridade, 42.5% situava-se entre o 5º e o 9º ano, 18.2% entre o 10º e o 12º, e apenas 10.7% tinha ensino superior. Relativamente à actividade profissional, 25.7% das vítimas estavam desempregadas e 23.4% trabalhavam em serviços de protecção e segurança, serviços pessoais e domésticos ou similares. A maior parte (71.5%) auferia, em média, menos de 750 euros mensais e 73.8% dispunham de menos de 100 euros por mês para gastos próprios, sendo que em 90.7% dos casos a vítima afirmava ser ela própria a gerir o seu dinheiro.

A quase totalidade dos supostos abusadores (90.7%) era do sexo masculino, com uma média de idades de 41.7 anos (min.=18; máx.=81, SD=12.20); a maioria era casada (52.8%) e apresentava escolaridade inferior a 6 anos (52.6%). Estavam desempregados em 22% dos casos e trabalhavam em serviços de protecção, segurança e serviços pessoais, domésticos ou similares em 28%. A maior parte (45.8%), auferia mensalmente menos de 750 euros, em média, devendo contudo notar-se que em 29.9% dos casos não havia informação sobre esta dado.

As supostas vítimas estariam a viver uma relação de violência há 8.2 anos, em média (SD=9.87; mín.=0; máx.=47; med=4). A maior parte dos abusos relatados iniciaram-se entre o 1º e 5º ano de vida em comum (47.7%), sendo que em 16.3% dos casos estes começaram apenas 10 anos após o início da relação.

O abuso físico e o psicológico iniciaram-se, em 44.9% e 47.7% dos casos, respectivamente, entre o 1º e 5º ano de vida em comum. No abuso sexual, exploração económica e destruição de bens, apenas em 7%, 4.2% e 10.3% dos casos, respectivamente, tiveram início naquele período. Os abusos psicológico e físico foram referidos na totalidade das situações, sendo o abuso sexual identificado em 28%.

No que se refere ao abuso psicológico, a maioria das supostas vítimas (93.5%) referiu ter sofrido insultos, humilhações ou difamações (Quadro I). Quanto ao abuso físico, os mecanismos de agressão mais frequentemente indicados foram bofetadas, murros e/ou pontapés (89.7%) (Quadro

II). Relativamente ao abuso sexual, 15.4% referiram ter sido obrigadas a manter práticas sexuais que consideravam normais, mas contra a sua vontade (Quadro III). Os outros tipos de abuso incluíram, entre outros, destruição de bens com valor económico (32.2%) (Quadro IV).

A maioria dos casais (57.5%) estava separada no momento da entrevista, sendo que 39.7% das supostas vítimas apresentaram denúncia um ano após o início da violência - média de 6.7 anos (SD=9.2; med.=2; mín.=0 e máx.=43).

Cada vítima apresentou, em média, 2.2 denúncias e o número médio de “desistências” foi de 0.5. Daí que 15.4% já tinham sido observadas anteriormente na Delegação do Norte do INML (recorreram, em média, 3 vezes a esta instituição: mín.=2 e máx.=15), sendo o tempo médio entre a primeira e a última observação de 20.3 meses (mín.=3dias e máx.=74 meses; SD=20.8 meses).

	n	%
Insultar, humilhar ou difamar	200	93.5
Ameaças de agressão ou ameaças à vida da vítima	152	71.0
Isolamento (corte telefónico, controlo das saídas, fechar a casa, impedir a saída)	103	48.1
Perseguições, desvalorizações, mentiras, etc.	93	43.5
Acusações infundadas de infidelidade	90	42.1
Abandono emocional	38	17.8
Ameaças de agressão ou ameaças à vida dos filhos	35	16.4

Quadro I – Tipos de abuso psicológico sofrido durante a relação de intimidade (n=214)

	n	%
Bofetadas, murros e pontapés	192	89.7
Apertões nos braços e/ou empurrões	111	51.9
Estrangulamento, esganadura ou sufocação	62	29
Traumatismos com instrumentos contundentes	59	27.6
Mordeduras	18	8.4
Traumatismos com instrumentos cortantes	11	5.1
Queimaduras	2	0.9

Quadro II – Tipos de abuso físico sofrido durante a relação de intimidade (n=214)

	n	%
Obrigação de manter práticas sexuais que considera normais, mas contra a sua vontade	33	15.4
Obrigação de manter práticas sexuais mediante violência física e/ou psicológica	14	6.5
Obrigação de manter práticas sexuais que considera aberrantes e contra a sua vontade	10	4.7
Outros	3	1.4

Quadro III – Tipos de abuso sexual sofrido durante a rela o de intimidade (n=214)

	n	%
Destrui�o de bens com valor econ�mico	69	32.2
Destrui�o de bens com valor afectivo	28	13.1
Priva�o de necessidades básicas (comer/dormir/utilizar a casa de banho)	14	6.5
Priva�o de dinheiro para a vida quotidiana	4	1.9

Quadro IV – Outros tipos de abuso sofridos durante a rela o de intimidade (n=214)

b) Percurso da vítima no Sistema Nacional de Saúde

A maioria das supostas vítimas (93.9%) tinha médico de família no momento da entrevista mas apenas 47.2% (n=101) recorreram ao SNS por lesões resultantes do alegado abuso.

Dos casos que não recorreram ao SNS (n=113), o principal motivo referido foi por não o terem achado necessário do ponto de vista da gravidade das lesões (53.1%) (Quadro V). Note-se, contudo, que algumas das supostas vítimas apresentaram mais do que um motivo para o facto, sendo relevante o número de casos em que referiram a vergonha ou o medo como motivo para não recorrerem aos cuidados de saúde (36.3% e 21.2%, respectivamente).

	n	%
Não considerou necessário	60	53.1
Vergonha	41	36.3
Medo	24	21.2
Não queria revelar o caso	8	7
Outros	5	4.4

Quadro V – Motivo(s) que levaram as supostas vítimas a não recorrer ao SNS (n=113)

Trataremos, a partir de agora, apenas dos 101 casos que recorreram ao SNS. O tempo médio decorrido desde o início da VRI até à data da primeira ida ao SNS foi de 6.5 anos (SD=9.29; med.=2; min.=0 e máx.=43). A grande maioria (85.2%) dirigiu-se ao serviço de urgência e 23.8% ao centro de saúde, havendo apenas 2 casos de consulta hospitalar e nenhum internamento. O número médio de vezes que as supostas vítimas recorreram ao serviço de urgência e ao centro de saúde, foi de 1.71 (min.=1 e máx.=10) e 2.25 (min.=1 e máx.=10), respectivamente.

Quando a suposta vítima expôs a sua situação ao médico, em 81.2% dos casos (n=82), referiu não ter ocultado que se tratava de abuso. Nos casos de ocultação (n=19; 18.8%), 57.9% consideraram que o médico não terá suspeitado estar face a uma situação de VRI (Fig. 1).

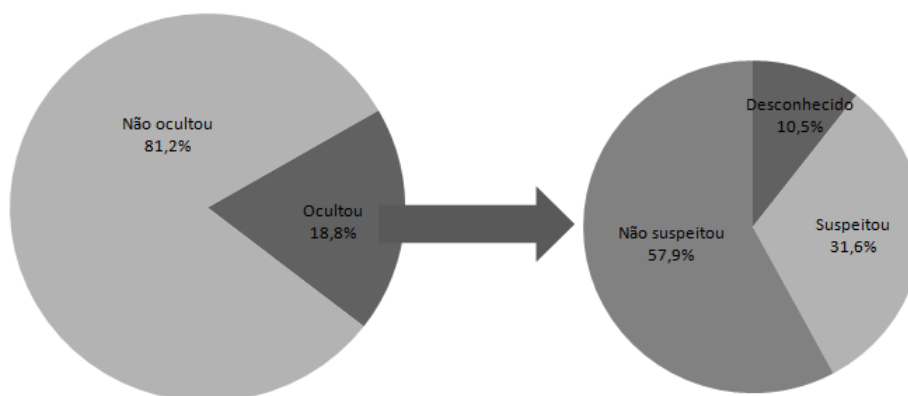


Figura 1 – Casos ocultados pelas supostas vítimas e suspeitados pelos médicos (n=101)

Conjugando os 82 casos de supostas vítimas que não ocultaram, com os 6 em que os médicos terão suspeitado do abuso (total=88), 89.8% não terão sido esclarecidas pelo médico quanto à sua obrigação legal, enquanto funcionário, de sinalizar a suspeita de VRI e 52.3% referiram que o médico não lhes falou sobre o risco em que se encontravam.

O motivo principal que levou as supostas vítimas a ocultarem o abuso (n=19), foi o facto de as mesmas acharem que revelá-lo não iria contribuir para resolver o problema (89.5%), alegando contudo outras causas que têm a ver com a vivência deste fenómeno na família (Quadro VI).

Quando foram pela primeira vez observadas pelo médico, 38.9% referiram terem experimentado sentimentos de vergonha/humilhação mas, simultaneamente, sentiram-se reconfortadas e esclarecidas (48.9%), e a maioria sentiu que poderia ser ajudada (55.6%) (Quadro VII).

	n	%
Revelar o abuso não iria contribuir para resolver o problema	17	89.5
Porque gosta do parceiro(a) e só queria ser tratado(a)	8	42.1
Para não expor os filhos	6	31.6

Quadro VI – Razões da ocultação do abuso apresentadas pelas supostas vítimas (n=101)

	n	%
Sentiu que ia ser ajudada(o)	50	55.6
Sentiu-se muito reconfortada(o) e esclarecida(o)	44	48.9
Sentiu-se envergonhada(o)/humilhada(o)	35	38.9
Não sentiu nada	15	16.7
Sentiu-se desapontada(o)/desiludida(o)	1	1.1
Outros	2	2.2

Quadro VII – Sentimentos vividos pelas supostas vítimas perante a reacção do médico face à sua situação (n=101)

Quanto ao facto de o médico ter esclarecido a suposta vítima sobre as atitudes a tomar e sobre os seus direitos, 58.4% referiu que o médico foi esclarecedor e 69.3% decidiram apresentar denúncia na primeira vez que tiveram assistência médica (n=70). Destas, as razões que as levaram a fazê-lo foram, maioritariamente, a necessidade sentida de interromper finalmente aquele ciclo de violência (58.6%), seguido do temor pela segurança dos filhos (32.9%) e do medo de não sobreviver a outro episódio de violência (28.6%) (Quadro VIII).

Dos 30.7% (n=30) que decidiram não apresentar denúncia na primeira abordagem médica, 50% afirmou que o médico não terá sinalizado a suspeita do crime e 23.3% desconheciam qual foi a atitude do médico; note-se que num caso a vítima não se lembrava se tinha ou não apresentado denúncia naquele contexto. Nos casos em que a denúncia foi posterior, o tempo médio decorrido desde a primeira ida ao SNS e a apresentação da denúncia foi de 3.4 anos (med.=1.14; SD=5.1; min.=0.04 [14 dias] e máx.=20).

	n	%
Necessidade de interromper o ciclo de violência	41	58.6
Medo pela segurança dos filhos	23	32.9
Medo de não sobreviver a outro episódio de violência	20	28.6
Raiva do(a) suposto(a) abusador(a)	6	8.6
Para se vingar do suposto(a) abusador(a)	1	1.4
Outras	29	41.4

Quadro VIII – Razões que levaram as supostas vítimas a apresentar denúncia na sequência da primeira abordagem médica (n=70)

Conforme se pode observar no quadro IX, relativamente à localização das lesões apresentadas pelas supostas vítimas na sequência do alegado abuso, estas foram sempre mais frequentes nos membros superiores, seguindo-se ao face e crânio, no entanto, o número absoluto das lesões descritas é significativamente mais elevado nos Serviços Médico-Legais do que no SNS (518 e 265, respectivamente).

	SNS		Medicina Legal	
	N	%	n	%
Crânio	42	15.8	86	17.1
Face	67	25.3	117	22.5
Pescoço	19	7.2	48	9.2
Tronco	26	9.8	55	10.5

Abdómen (região perineal incluída)	11	4.2	16	3.0
Membros superiores	71	26.8	150	28.9
Membros inferiores	29	10.9	46	8.8
Total	265	100	518	100

Quadro IX – Localização das lesões pelas supostas vítimas de VRI nos SNS e nos Serviços Médico-Legais (n=101)

Discussão

O presente estudo permitiu caracterizar o processo de vitimização, incluindo alguns aspectos do perfil da vítima, do abusador e do tipo de abuso, os quais, de uma forma genérica, estão de acordo com os dados referidos nas estatísticas nacionais¹¹ e na literatura sobre o assunto^{3,12,13}.

O tempo médio decorrido desde o início da violência até à data da primeira denúncia foi de 6.7 anos. Já em 1998, Elza Pais, citada por Fernandes (2002)³ e Alves (2005)¹⁴ referiu que quando a violência era denunciada, as vítimas já vinham sendo abusadas há mais de um ano. Este facto, remete-nos para a questão abordada na introdução deste trabalho e que se prende com a **ocultação do abuso** pelas vítimas o que, associado aos danos sofridos, cuja gravidade tende a aumentar com o tempo¹, nos obriga a reflectir profundamente sobre os motivos desta ocultação, ou seja, da capacidade que a vítima tem (ou não tem) para procurar ajuda e, conseqüentemente, sobre o papel do médico na detecção e correcto encaminhamento destes casos.

Os resultados deste trabalho revelam-nos que 52.8% das vítimas não recorreram a um médico do SNS na sequência do abuso, apesar de mais tarde terem decidido apresentar denúncia, facto que as levou a exame aos serviços médico-legais, em média, 1.2 anos após o início da VRI; e não o fizeram, em boa medida, porque tiveram vergonha e/ou medo de revelar o caso (Quadro V). No mesmo sentido terão ido aquelas vítimas que tendo recorrido ao médico ocultaram o abuso (18.8%)

(Fig. 1), ainda que existam outros motivos fortes para o terem ocultado, como os relacionados com as dependências afectivas e com diversos mitos¹ (Quadro VI).

No que se refere ao **recurso ao SNS**, até decidirem aí recorrer as supostas vítimas demoraram em média 6.5 anos desde o início do abuso. Efectivamente parece não se tratar de uma decisão fácil e, mesmo as vítimas que decidiram revelá-lo ao médico, referiram ter experimentado sentimentos de vergonha e humilhação, apesar de simultaneamente se sentirem mais reconfortadas e esclarecidas (Quadro VII). Estes resultados são indiciadores de que, de facto, pouco se pode contar com a colaboração da vítima para que se iniciem atempadamente as intervenções terapêutica e protectora, fundamentais para esta e para a sua família, a qual, na grande maioria dos casos, conta com crianças de menor idade, também elas vítimas, particularmente vulneráveis.

Daí que o **papel do médico** se mostre relevante neste processo. No presente trabalho, e de acordo com a opinião das supostas vítimas que ocultaram o abuso (n=19), o médico não terá suspeitado em pelo menos 57.9% dos casos. Nas situações em que suspeitou ou naquelas em que não houve ocultação, em 89.8% o médico não terá feito qualquer alusão quanto à sua obrigação legal, enquanto funcionário, de sinalizar o abuso; em 52.3% dos casos não terá falado à vítima sobre o risco que a mesma corria mas em 58.4%, apesar disso, foi considerado esclarecedor no que se refere às informações prestadas quanto aos direitos das vítimas e às atitudes a tomar.

Note-se, ainda, que muitas das lesões terão ficado por descrever, se atendermos aos resultados do quadro X, o que pode revelar pouca sensibilidade ou informação do médico quanto à importância do registo destas lesões em casos deste tipo para efeitos probatórios. Os estudos de Reichenheim e col. (2006)¹⁵ e de Ruiquinho e Correia (2006)¹⁶ evidenciam o papel privilegiado dos serviços de saúde no despiste da VRI. Aliás, têm surgido múltiplas propostas recomendando o rastreio de todas as mulheres (as vítimas mais frequentes) que recorrem aos serviços de saúde, embora alguns estudos apontem para uma eventual baixa eficácia desta medida, dado verificar-se que, na prática, a maioria dos médicos não fazem perguntas de triagem^{17,18}. Tal facto deve-se à

circunstância dos profissionais de saúde: (1) não estarem totalmente alertados para a gravidade deste fenómeno, acreditando que a VRI é uma situação rara; (2) entenderem, frequentemente, que, tratando-se de assuntos da esfera íntima de cada um, não lhes compete sinalizar os casos - ignoram que se trata de um crime de natureza pública (“violência doméstica”) e que perante a suspeita de um crime deste tipo, enquanto funcionários ou equiparados, estão obrigados a denunciá-la, caso tomem conhecimento da situação no decurso da sua actividade profissional e por causa dela (artigo 242º do Código do Processo Penal); (3) entenderem que a denúncia pode pôr em causa a confiança do doente e o seu dever de sigilo médico, dado que relativamente à comunicação destes casos o Código Deontológico da Ordem dos Médicos, no seu artigo 53º, apenas refere a obrigação dos médicos no que toca às crianças, idosos e deficientes ou incapazes – esquece-se, contudo, que nestas circunstâncias, a maior parte das vítimas, mesmo que adultas, estão “incapazes” para se auto-determinarem e tomarem as medidas correctas e adequadas tendo em vista promover a sua protecção, sendo que muitas delas apresentam importantes perturbações psicológicas, por vezes mesmo com distorções cognitivas; por outro lado, mais de 90% destas famílias envolvidas em VRI têm crianças de menor idade, também elas consideradas vítimas de VD, não só de acordo com a literatura internacional, como de acordo com a OMS e com o nosso actual Código Penal, pelo que a denúncia é obrigatória nestes casos; (4) terem receio de abrir a “caixa de Pandora” desta violência, por não terem tempo e não estarem treinados para lidar com o assunto; (5) terem receio de se envolverem em questões judiciais. Não vêm, pois, necessidade de olhar cuidadosamente e de questionar directamente as vítimas sobre o assunto¹⁹⁻²¹.

Mas, assinale-se, estes casos existem, são frequentes e são particularmente graves. As vítimas de VRI sofrem profundos danos físicos, psicológicos e sociais. A nível psicológico desenvolvem, frequentemente, ansiedade e depressão^{5,8}, apresentam diversas queixas somáticas crónicas, como dor abdominal, cefaleias e fadiga²², ainda que sem evidência de sinais objectivos⁵, podendo vir a manifestar auto-culpabilização, dificuldades de concentração, perturbações de sono, distúrbios

alimentares, abuso de substâncias psicoactivas^{3,23} e, por vezes, até perturbações de stress pós-traumático ou distúrbios de personalidade^{3,23,24}; a ideação suicida e as tentativas de suicídio são também frequentes (risco 4 a 5 vezes superior)²³.

A nível físico, a VRI está identificada, nos EUA, como a principal causa de lesões em mulheres entre os 15 e 44 anos de idade²⁵, havendo uma associação significativa entre VRI e a saúde precária²⁴. Está também associada a elevadas taxas de mortalidade²³.

A revelação destes casos constitui o primeiro passo para uma intervenção adequada que visa proteger a vítima e promover a boa administração da justiça (punindo/reabilitando o abusador). Importa, por isso, que os médicos sejam capazes de os identificar e orientar correctamente, sinalizando-os, se necessário. E esta identificação pode passar, efectivamente, por se abordar sistematicamente as pessoas suspeitas de serem vítimas de VRI. Um estudo realizado em Atlanta (2008)²⁶ revelou que o rastreio positivo de vítimas de VRI, não condiciona efeitos adversos relacionados com o mesmo, muito pelo contrário, muitas das vítimas procuraram apoio comunitário durante e após a sua participação no estudo.

De facto, tudo indica que o rastreio de rotina aumenta significativamente a detecção de VRI^{9,27,28}. Geralmente as vítimas aceitam o rastreio, sendo que a abordagem directa tem permitido obter melhores respostas do que através de questionários escritos²⁹. Mesmo assim, um outro estudo revelou que apenas metade das vítimas aborda o assunto quando questionadas especificamente sobre o mesmo³⁰, havendo mesmo uma percentagem (que pode ascender aos 20%), que se opõe ao rastreio³¹.

Evidentemente que identificar estas vítimas em doentes cujo cenário clínico não sugere essa possibilidade é diferente de questionar acerca do assunto nos casos em que se suspeita de abuso. Nesse sentido, um aspecto importante que constituirá um auxiliar precioso neste rastreio, será proporcionar aos médicos informação relativamente aos factores de risco e indicadores físicos e psicológicos típicos das situações abusivas, apoiando-os assim no diagnóstico diferencial com

situações de etiologia accidental, patológica ou outras; esta avaliação permitirá aos médicos do SNS accionar atempadamente os necessários mecanismos de intervenção nestes casos.

Conclusões

1. A VRI é uma situação real, que pode ser fatal;
2. Em Portugal atinge sobretudo as mulheres jovens, mas é transversal a toda a população;
3. As vítimas ocultam frequentemente este tipo de violência por medo (de que esta se agrave, de perderem o seu [amado] abusador, etc.), por vergonha, por acreditarem que não é através da revelação do caso que serão ajudadas, entre outras – 53% não recorrem ao SNS e das que recorrem, fazem-no, em média, 6.5 anos após o início do abuso, e 19% ocultam o abuso ao médico;
4. Entre a primeira ida ao SNS e a apresentação da primeira denúncia decorrem em média 3.4 anos;
5. Desde o início do abuso até à apresentação da primeira denúncia decorrem em média 6.7 anos e cada vítima apresenta em média 2.2. denúncias, o que significa que o processo abusivo se mantém para lá da primeira denúncia;
6. Estas vítimas apresentam danos físicos e psicossociais importantes e os casos tendem a evoluir para formas cada vez mais graves;
7. O papel dos médicos na sua detecção, diagnóstico, tratamento, sinalização e correcto encaminhamento é fundamental, no entanto 58% dos médicos parece não suspeitar do abuso quando ele é ocultado, 90% não fala da sua obrigação legal de o sinalizar quando ele é revelado e 52% não aborda a questão do risco em que a vítima se encontra;
8. Tratando-se de um crime público (“Violência Doméstica”), a sinalização da suspeita é obrigatória para aqueles médicos que actuem na qualidade de funcionários ou equiparados e

- que tomem conhecimento da situação no exercício da sua actividade profissional e por causa dela (artigo 242º do Código do Processo Penal);
9. No entanto os médicos não têm tido nem informação nem formação sobre este assunto, pelo que na maior parte dos casos não os detectam, se detectam não sinalizam e, em muitos outros, não prestam as adequadas informações à vítima;
 10. Deste modo, importa promover a responsabilidade profissional dos médicos do SNS face às pessoas que estão a ser objecto de abuso, designadamente de VRI, incluindo o conhecimento dos factores de risco, dos indicadores de abuso e da obrigação legal de sinalizar os casos.

Agradecimentos

Os autores agradecem a colaboração da Dr^a Angélica Gomes da Silva, pela orientação dos casos para a primeira autora, de forma a esta realizar as entrevistas no Serviço de Clínica Forense da Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.. Agradecem, também, à Mestre Eduarda Matos, pela orientação na criação da base de dados e no trabalho estatístico e à Prof. Dra. Fernanda Rodrigues, directora do Serviço de Clínica Forense da Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., por ter autorizado a realização do estudo.

Bibliografia

- [1] MAGALHÃES T: Violência e Abuso: respostas simples para questões complexas. Estado da Arte. Imprensa da Universidade de Coimbra; 2010.
- [2] World Health Organization. World report on violence and health – summary. Geneva: world Health Organization; 2002.
- [3] FERNANDES FCP: A mulher vítima de violência conjugal. Dissertação de Mestrado em psiquiatria e saúde mental. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2002.

- [4] MARTINEZ HF: Estudo descritivo dos sistemas de crenças, valores e necessidades sentidas pelas mulheres vítimas de maus-tratos. Dissertação de Mestrado em Ciências de Educação de adultos e Intervenção Comunitária, Faculdade de Psicologia e de Ciências da educação da Universidade de Coimbra, 2006.
- [5] McCAULEY J, KERN DE, KOLODNER K, et al: The “battering syndrome”: Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med* 1995; 123:737.
- [6] KYRIACOU DN, ANGLIN D, TALIAFERRO E, et al: Risk factors for injury to women from domestic violence against women. *N Engl J Med* 1999; 341:1892.
- [7] KRUG EG, DAHLBERG LL, MERCY JA, ZWI AB, LOZANO R, editors. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
- [8] US Preventive Task Force. Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2004; 140:382-386.
- [9] GROVES BM, AUGUSTYN M, LEE D, SAWIRES P: Identifying and responding to domestic violence: consensus recommendations for child and adolescent health. San Francisco (CA): Family Violence Prevention Fund; 2002.
- [10] FRIEDMAN LS, SAMET JH, ROBERTS MS, et al.: Inquiry about victimization experiences: A survey of patient preferences and physician practices. *Arch Intern Med* 1992; 152:1186.
- [11] Associação portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) (2009). Manual dos serviços de apoio à vítima. Lisboa: APAV. Disponível em <http://www.apav.pt>.
- [12] ROMITO P, MARCHI MD, TURAN JM, BOTTARETTO RC, TAVI M: Identifying Violence Among Women Patients Attending Family Practices: The Role of Research in Community Change. *J. Community Appl. Soc. Psychol*. 2004; 14:250-265.
- [13] CIDM – Comissão para a igualdade e para os direitos das mulheres “III Plano Contra a Violência Doméstica 2007-2010”. Disponível em www.fd.unl.pt/docentes_docs/ma/tpb_MA_6626.pdf
- [14] ALVES C: Violência Doméstica. Fontes de informação sociológica (2005). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- [15] REICHENHEIM ME, HASSELMANN MH, MORAES CL: Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente; contribuições para a elaboração de propostas de acção. *Cienc Saúde Colectiva* 1999; 4:109-21.
- [16] RIQUINHO DL, CORREIA SG: O papel dos profissionais de saúde em casos de violência doméstica: um relato de experiência. *Ver Gaúcha Enferm*. Jun 2006; 27(2):301-10.

- [17] RODRIGUEZ MA, BAUER HM, McLOUGHLIN E, GRUMBACH K: Screening and intervention for intimate partner abuse. Practices and attitudes of primary care physicians. *JAMA* 1999; 282:468.
- [18] ELLIOT L, NERNEY M, JONES T, FRIEDMANN PD: Barriers to screening for domestic violence. *J Gen Intern Med* 2002; 17:112.
- [19] ACIERNO R, RESNICK H, KILPATRICK D: Health impact of interpersonal violence 1: Prevalence rates, case identification, and risk factors for sexual assault, physical assault, and domestic violence in men and women. *Behavioral Medicine* 1997; 23: 53-64.
- [20] KOSS M, BAILEY J, YUAN N, HERRERA V, LICHTER E: Depression and PTSD in survivors of male violence: Research and training initiatives to facilitate recovery. *Psychology and women Quarterly* 2003; 27:130-142.
- [21] LOUGHLIN S, SPINOLA C, STEWART L, FANSLOW J, NORTON R: Emergency department staff responses to a protocol of care for abused women. *Health Education & Behavior* 2000; 27(5): 572-590.
- [22] EBERHARD-GRAN M, SCHEI B, ESKILD A: Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence. *J Gen Intern Med* 2007; 22:1668.
- [23] Organização Mundial de Saúde (OMS) (1998). Violencia contra la mujer. Bolhetim Informativo. Disponível em <http://www.who.int/violence-injury-prevention/vaw/violencia.htm>.
- [24] ELLSBERG M, JANSEN HA, HEISE L, et al: Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet* 2008; 371:1165.
- [25] GRISSO JAU, WISHNER AR, SCHWARTZ DF, et al.: A population-based study of injuries in inner-city women. *Am J Epidemiol* 1991; 134:59.
- [26] HOURY D, KASLOW NJ, KEMBALL RS, MCNUTT LA, GERULLI C, STRAUS H, ROSEMBERG E, LU C, RHODES KV: Does Screening in the Emergency Department Hurt or Help Victims of Intimate Partner Violence? *Ann Emerg Med* 2008; 51:433-442.e1-e7.
- [27] McLEER SV, ANWAR R: A study of battered women presenting in a emergency department. *Am J Public Health* 1989; 79:65.
- [28] RAMSAY J, RICHARDSON J, CARTER YH, et al.: Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ* 2002; 325:314.
- [29] ROMITO P, MARCHI MD, TURAN JM, BOTTARETTO RC, TAVI M: Identifying Violence Among Women Patients Attending Family Practices: The Role of Research in Community Change. *J. Community Appl. Soc. Psychol.* 2004; 14:250-265.

- [30] FRIEDMAN LS, SAMET JH, ROBERTS MS, et al.: Inquiry about victimization experiences: A survey of patient preferences and physician practices. *Arch Intern Med* 1992; 152:1186.
- [31] BRADLEY F, SMITH M, LONG J, O'DOWD T: Reported frequency of domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* 2002; 324:271.