

Sede | Head Office Rua José Estêvão 135 - A | piso 1
1150 - 201 Lisboa | Portugal

T. + 351 21 358 79 00 | F. + 351 21 887 63 51 | apav.sede@apav.pt



Contributo da APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima para o Plano Nacional de Saúde 2011 - 2016



1. Associação Portuguesa de Apoio à Víctima

A APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Víctima é uma instituição particular de solidariedade social, sem fins lucrativos, pessoa colectiva de utilidade pública reconhecida que tem como objectivo estatutário e missão social a prestação de serviços gratuitos às vítimas de crime, bem como seus familiares e/ou amigos, prestando-lhes informação, aconselhamento e apoio emocional, jurídico, psicológico e social.

A missão da APAV é **apoiar as vítimas de crime, suas famílias e amigos, prestando-lhes serviços de qualidade, gratuitos e confidenciais e contribuir para o aperfeiçoamento das políticas públicas, sociais e privadas centradas no estatuto da vítima.**

A APAV acredita e trabalha para que em Portugal o estatuto da vítima de crime seja plenamente reconhecido, valorizado e efectivo.

Fundada em 1990 a APAV é hoje, reconhecidamente, uma instituição de âmbito nacional cuja missão de protecção e apoio às vítimas de crime é indispensável na sociedade portuguesa. Provam-no o número crescente de processos de apoio a cidadãos (cerca de 83.290 correspondente a um universo estimado de quase 200.000 pessoas - incluindo vítimas de crime, familiares e/ou amigos destas), na actual Rede Nacional de Gabinetes de Apoio à Víctima que dispõe de 15 Gabinetes de Apoio à Víctima distribuídos pelo território nacional (Albufeira, Braga, Cascais, Coimbra, Faro, Lisboa, Loulé, Odivelas, Ponta Delgada, Portimão, Porto, Santarém, Setúbal, Tavira e Vila Real); a Linha de Apoio à Víctima – 707 2000 77 e uma Unidade de Apoio à Víctima Imigrante e de Discriminação Racial ou Étnica; para além dos vários projectos em curso.

A acção solidária da APAV muito deve à dedicação e à solidariedade dos nossos cerca de 220 Voluntários que constituem uma rede de Voluntariado social de âmbito nacional. A maioria dos Voluntários são trabalhadores sociais, juristas e advogados, psicólogos – finalistas de cursos superiores, recém-licenciados, mas também profissionais seniores. Os Voluntários da APAV beneficiam de um exigente programa de formação inicial (em contexto de sala e em contexto de prática assistida) e contínua da responsabilidade do Centro de Formação da APAV (que é uma entidade formadora certificada pela DGERT – Direcção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho)



Os serviços de apoio prestados pela APAV às vítimas, seus familiares e amigos, são gratuitos e confidenciais.

Todas as pessoas serão afectadas directa ou indirectamente pelo crime, ou como vítimas directas ou como testemunhas ou porque são familiares, amigos, colegas – consideradas as vítimas indirectas. A APAV, reconhecendo que os utentes que recorrem aos seus serviços têm necessidades específicas, que reclamam, por isso, intervenções especializadas, promove três tipos de apoio: Apoio Jurídico; Apoio Psicológico; Apoio Social. Este apoio é prestado por um conjunto de Técnicos de Apoio à Vítima devidamente formados e preparados para poderem prestar um apoio de qualidade e que responda adequadamente às diferentes necessidades das vítimas de crime, bem como os seus familiares e/ou amigos.

A APAV apoia vítimas de todos os tipos de crime (e seus familiares e/ou amigos), embora predominem estatisticamente as vítimas de crimes contra as pessoas com existência de violência (maus tratos; ameaças; crimes sexuais, violência doméstica; raptos e sequestros e muitos outros). Estão a ser apoiadas cada vez mais vítimas (e seus familiares e/ou amigos) de crimes de furto (por esticção, de e em veículo motorizado, por carteirista, em casa por arrombamento), de roubo, de dano, de burla, de abuso de confiança, de falsificação de documentos, e outros crimes contra a propriedade; assim como de crimes de homicídio (voluntário consumado, por negligência em acidente de viação), de abuso de autoridade e discriminação racial. A APAV dispõe actualmente do *know-how* para o apoio especializado a vítimas de diferentes tipos de crime de acordo com padrões de qualidade e rigor reconhecidos nacional e internacionalmente.

A APAV tem certificação de qualidade do seu sistema de gestão da qualidade pela NP EN ISO 9001:2008 no âmbito da divulgação e promoção da imagem e das temáticas relacionadas com a vitimação, apoio técnico, logístico, e supervisão das unidades orgânicas:





O cumprimento da missão da APAV – apoio à vítima de crime - não se esgota nos atendimentos quotidianamente efectuados. A sua prossecução global e sustentada impõe uma multiplicidade de actividades que a Associação tem, dentro dos limites impostos pela sua actual estrutura, procurado empreender, como sejam:

1. a formação dos seus recursos humanos (residentes e Voluntários), bem como de técnicos de outras instituições, de modo a que a qualificação destes permita um mais eficiente atendimento às vítimas;
2. o desenvolvimento de Projectos nacionais e internacionais – nomeadamente no âmbito de programas promovidos pela União Europeia – de investigação e de informação sobre a problemática das vítimas de infracções penais;
3. o acolhimento de mulheres e crianças vítimas de violência;
4. a expansão da rede nacional de Gabinetes de Apoio à Vítima;
5. a realização de campanhas de sensibilização da opinião pública;
6. a definição de modelos de intervenção para novas problemáticas de vitimação;
7. a monitorização da qualidade dos serviços prestados;
8. a aposta nas tecnologias de informação e comunicação;
9. a prevenção da vitimação e da violência, especialmente junto das crianças e jovens;
10. entre muitas outras actividades e Projectos.

Para concretização destas actividades a APAV tem contado com a colaboração de diversas parcerias (nacionais, internacionais e mecenáticas), a salientar o Protocolo de Cooperação entre a Presidência do Conselho de Ministros, o Ministério da Administração Interna, o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, o Ministério da Saúde e a Associação.



2. Contextualização do fenómeno

Por ser um fenómeno sócio-histórico, a violência não é, em si, uma questão de saúde pública e nem um problema médico típico. Mas ela afecta fortemente a saúde:

- *Provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem números de problemas mentais, emocionais e espirituais;*
- *Diminui a qualidade de vida das pessoas e das colectividades;*
- *Exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde;*
- *Coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo e curativo;*
- *Evidencia a necessidade de uma actuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersectorial e ajustada do sector, visando as necessidades dos cidadão (Minayo, 2006).*

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define 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 probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação*. As desigualdades sociais, económicas e políticas estruturais entre homens e mulheres, a diferenciação rígida de papéis, as noções de virilidade ligadas ao domínio e à honra masculina, comuns a essas sociedades e culturas, são factores potenciadores à ocorrência de violência.

O seu impacto não se verifica perdas somente no âmbito individual mas implicam privações no bem-estar, na segurança e nos direitos humanos. É difícil calcular, precisamente, a carga de todos os tipos de violência sobre o Sistema Nacional de Saúde ou os seus efeitos sobre a produtividade económica. A evidência disponível mostra que as mulheres em situação de violência doméstica e sexual têm mais problemas de saúde, maiores custos sociais e utilizam com frequência os serviços de saúde (de emergência ou não).

O Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) promoveu estudos sobre a magnitude e o impacto da violência doméstica em seis países da América Latina. Cada estudo avaliou os gastos com a violência, em diferentes âmbitos. Em 1997, expresso em termos percentuais sobre o Produto Interno Bruto (PIB) o custo dos gastos com a saúde (resultantes da violência) foi de: 1,9% no Brasil; 5% na Colômbia; 4,3% em El Salvador; 1,3% no México; 1,5% no Peru; e 0,3% na Venezuela. Contabilizou, também, que 25% dos dias de



trabalho perdidos pelas mulheres têm como causa a violência, o que reduz os ganhos financeiros entre 3% e 20%. Refere, ainda, que filhos/as de mães que sofrem de violência têm três vezes mais probabilidade de adoecer e 63% dessas crianças repetem pelo menos um ano na escola, abandonando os estudos, em média, aos nove anos de idade. A violência intrafamiliar representa quase um ano perdido de vida saudável a cada cinco mulheres, com idades compreendidas dos 15 aos 44 anos.

Nos EUA, estima-se que 4 milhões de mulheres por ano são vítimas de algum tipo de agressão séria por parte do companheiro, e cerca de 1 milhão por ano vítima de violência não fatal (Rush, 2000). O grupo que reporta mais violência é o dos 19 aos 29 anos de idade, alertando para a maior necessidade de prevenção nesta faixa etária (Bachman & Saltzman, 1995). Só no ano de 1996, as estatísticas oficiais dão conta que 1,5 milhões de mulheres e 834.700 homens sofreram abuso físico ou sexual por parte do seu companheiro (Tjaden & Thoennes, 2000). Em 1998, cerca de 1.830 homicídios foram atribuídos ao companheiro, sendo que 3/4 das vítimas são mulheres (Rennison & Welchans, 2000). Entre os anos de 1993 e 1998, cerca de 2/3 das vítimas de abuso pelo companheiro referem sequelas físicas, enquanto 1/3 reporta apenas ameaças ou tentativas de violência. Entre as vítimas com sequelas graves (por exemplo, ossos partidos, perfurações de balas) a percentagem entre homens e mulheres é bastante semelhante (4 e 5% respectivamente), o mesmo não acontece para as sequelas menores (por exemplo, cortes e feridas), que são mais frequentemente encontradas nas mulheres (mais de 4/10) do que nos homens (menos de 3/10). A maioria das vítimas de abuso pelo companheiro não procura assistência médica para tratamento das sequelas decorrentes do mesmo, o que acontece em cerca de 6/10 mulheres e homens vítimas de abuso pelo companheiro.

Estima-se que a violência atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo. As mulheres que sofrem violência física perpetuada por parceiros íntimos também estão sob risco de violência sexual. Pesquisas indicam que a violência física nos relacionamentos íntimos normalmente é acompanhada por maus-tratos psíquicos e, de um terço a mais de metade dos casos, por violação e abuso sexual. Entre 613 mulheres no Japão que alguma vez sofreram abuso, 57% sofreram todos os tipos: físico, psicológico e sexual.

Segundo Paiva & Figueiredo (2003), citando Koss (1988), *O abuso sexual é habitualmente definido como uma interação sexual conseguida contra a vontade do outro, através do uso da ameaça, força física, persuasão, uso de álcool/drogas, ou recurso a uma posição de autoridade. Entre 6 a 28% refere ter sido violada (i.e., penetração conseguida através do uso de ameaça ou força) por namorado ou pessoa*



conhecida (DeKerseredy & Schwartz, 1998; Kilpatrick, Best, Saunders, & Vernon, 1988; Koss, Gidycz, & Wisniewski, 1987; Muehlenhard & Linton, 1987). Quando na definição de abuso sexual, se inclui a tentativa de violação, a proporção de mulheres que refere abuso sexual aumenta para 39% (Koss, 1988). Mais de 50% dos sujeitos de uma amostra representativa de estudantes universitários do sexo feminino referem ter sido vítima de algum tipo de experiência sexual indesejada no relacionamento com o companheiro, sendo que 12% destes actos foram perpetrados numa relação casual e 43% em relações estabelecidas (Abbey, Ross, McDuffie, & McAuslan, 1996). Bergman (1992) constata que, numa amostra de estudantes universitários, cerca de 15.7% das mulheres e 4.4% dos homens relatam abuso sexual pelo companheiro. Straus et al. (2002), encontram que 24,7% dos sujeitos de uma amostra de estudantes universitários de 14 países (N=3086), perpetraram coerção sexual sobre o companheiro (39,9% dos sujeitos do sexo masculino e 18,6% do sexo feminino), sendo que 3% referem ter feito uso de ameaças e 3,2% ter feito uso da força para conseguir o relacionamento sexual. O Brasil é o país que apresenta valores superiores de coerção sexual sobre o companheiro (41,6%); em Portugal (23%), a prevalência é semelhante à maioria dos países (24.7%); outros locais denotam valores mais baixos: Hong Kong (7,5%), seguido dos USA (Utah) (13,7%). Nas formas mais severas de coerção sexual, o uso da força para conseguir o relacionamento sexual com o companheiro é mais prevalente no Texas (6,3%) e Canadá (Winnipeg) (5,9%) e menos prevalente na Suíça (parte alemã) (1,1%), Israel e Portugal (1,5%).

Muitos autores compararam mulheres com e sem experiência de abuso pelo companheiro e observam que as mulheres abusadas reportam maior número de sintomas físicos tais como: dores de cabeça, dores de costas, doenças sexualmente transmissíveis (DST), dor pélvica, corrimentos vaginais, dor no acto sexual, infecções do tracto urinário, perda de apetite, dor abdominal, problemas digestivos, e outros problemas relacionados com o stress crónico e com o sistema nervoso central, como por exemplo, dor crónica, problemas ginecológicos, sintomas neurológicos e surdez (Campbell et al., 2002; Cascardi, Langhinrichsen, & Vivian, 1992; Goldberg & Tomlanovich, 1984; McCauley, Yurk, Jenckes, & Ford, 1998).

A violência sexual pode levar, ainda, à gravidez indesejada e/ou a DST, entre elas, a infecção pelo HIV, influenciando o uso de métodos contraceptivos e sobre a adopção de práticas de auto-cuidado, assim como tem grande impacto sobre o estado psicológico da mulher. No Uganda, um estudo sobre a transmissão do HIV, as mulheres relataram ter sido forçadas a ter relações sexuais contra a sua vontade nos anos anteriores ao estudo e apresentaram risco oito vezes maior de infecção. Os profissionais de saúde estão



numa posição privilegiada para o diagnóstico e para a actuação sobre este problema da violência. Por medo, vergonha, por não ter conhecimento sobre os serviços da comunidade que podem recorrer a maior parte das mulheres omite a violência que sofre durante anos.

As experiências de violência (física, psicológica e sexual) no contexto do relacionamento íntimo têm efeitos adversos significativos a curto e a longo prazo. **Rush (2000)**, por exemplo, **apresenta a questão da violência contra a mulher não apenas como um problema social, mas também como um problema de saúde pública**. Com efeito, este autor verifica que as mulheres que foram vítimas de abuso no contexto da relação com o companheiro recorrem mais a serviços médicos, têm maior taxa de absentismo, ficam mais dias de cama e exibem mais sintomas de stress e depressão, assim como ideação e/ou tentativas de suicídio, stress pós-traumático, baixa auto-estima, abuso de álcool e de outras drogas.

Importa salientar que, para além dos estudos apresentados anteriormente, com o aumento da esperança de vida prevê-se que o número de pessoas com mais de sessenta anos duplique até 2025, passando de 542 milhões em 1995 para 1200 milhões nessa data. A Organização Mundial de Saúde (OMS) receia este aumento, associado a uma certa quebra de laços entre as gerações e com o enfraquecimento dos sistemas de protecção social venha a agravar as situações de violência.

Ao abordar-se esta temática, a da violência contra as pessoas idosas, tende-se a pensar em maus tratos físicos (bastante comuns), mas para além destas existem muitas outras situações de violência, complexas de difícil diagnóstico e prevenção. Os agressores mais frequentes são os seus próprios prestadores de cuidados (formais e informais), com mais frequência os familiares próximos.

A Associação Portuguesa de Apoio de Vítima (APAV) tem verificado que, desde 2000 até ao ano 2009, houve um aumento de 120% do total das pessoas idosas vitimas de crime. De 290 processos de apoio/vítimas pessoas idosas em 2000, passamos a observar 639 em 2008. Entre 2000 e 2009 a APAV recebeu 4 890 pessoas idosas vitimas de crime. Com estes processos de apoio a APAV verificou que existe um insuficiente conhecimento do tema por parte das vítimas, familiares e prestadores de cuidados, bem como uma insuficiente informação e capacitação dos profissionais para intervirem nestas situações.



Segundo o Instituto para o Desenvolvimento Social, quanto maior for o conhecimento, esclarecimento e a discussão das questões relacionadas com a violência contra as pessoas idosas melhor será a prevenção, identificação e a actuação nas suas várias manifestações.

Nos últimos anos, na maior parte dos países tem-se procurado modificar a resposta dos serviços de saúde aos casos de violência pois as vítimas contactam com o Sistema Nacional de Saúde em algum momento das suas vidas. Coloca, assim, os serviços e os profissionais de saúde em lugar de destaque, onde as vítimas de violência podem ser identificadas, receber assistência e, se necessário, serem encaminhadas para serviços especializados.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, afirmou que em todo o mundo a violência vem se afirmando como um dos mais graves problemas sociais e de saúde pública. A violência constitui uma questão social muito grave e complexa, com relevantes prejuízos para a saúde física e psicológica das vítimas (por vezes com desfecho fatal) e com importantes implicações socioeconómicas, não só para as vítimas e suas famílias, mas também para a sociedade em geral.

Importa, por isso, que o Estado, as instituições, os diversos profissionais que no terreno trabalham com as vítimas de violência, os cientistas, bem como toda a sociedade civil, estejam informados sobre esta problemática e sobre estratégias e soluções existentes em cada comunidade visando identificá-la, tratá-la e preveni-la. Só com o empenho e cometimento de todos, será possível atingir este desiderato fácil de idealizar mas muito difícil de concretizar, dada a complexidade destes casos.



3. Contributo da APAV ao Plano Nacional de Saúde 2011-2016

Devido ao exposto no ponto anterior, a APAV sugere as seguintes recomendações:

- Implementação de protocolos de identificação, avaliação e intervenção dos profissionais de saúde em situações de vítimas de crime e de violência que recorrem ao Serviço Nacional de Saúde;
- Elaboração de procedimentos e normas relativas à confidencialidade e a aplicação de forma célere de actuação/ articulação com as autoridades e serviços competentes. A título de exemplo o artigo 53º - *sempre que o médico, chamado a tratar um menor, um idoso, um deficiente ou um incapaz, verifique que estes são vítimas de sevícias, maus-tratos ou assédio, deve tomar providências adequadas para os proteger, nomeadamente alertando as autoridades competentes* – do Código Deontológico (em vigor) aprovado pela Ordem dos Médicos;
- Implementação de medidas de actuação e desenvolvimento de *guidelines* tendo em vista níveis adequados de atendimento a vítimas de crime e de violência;
- Promover a adequação dos modelos organizativos dos serviços, promovendo a articulação entre as estruturas competentes, com vista a uma eficaz intervenção;
- Promover a divulgação de informação, nomeadamente sobre a violência contra as pessoas idosas; sobre a prevenção da violência e detecção e apoio de situações de violência, dando especial enfoque às situações de violência doméstica, de violência sexual (frisando as Infecções Sexualmente Transmissíveis e o VIH/SIDA) e de violência nos relacionamentos entre pares e no namoro (como reconhecer, o que fazer, legislação existente) aos profissionais de saúde;
- Promover cursos de formação, dirigidos aos profissionais de saúde sobre as vítimas de crime (tendo duas vertentes a compreensão dos vários tipos de crime e como proceder neste tipo de situações);
- Implementação do Programa Nacional para a Prevenção da Violência Contra as Pessoas Idosas proposto pelo Grupo de Trabalho da Direcção-Geral de Saúde para a Prevenção da Violência contra as Pessoas Idosas;
- Equiparação do acesso à saúde das vítimas de crimes violentos às vítimas de violência doméstica nomeadamente na isenção das taxas moderadoras;
- Promover a investigação científica sobre as vítimas de crime que recorrem às diferentes unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde;
- Elaboração de relatório estatístico sobre o recurso das vítimas de crime e de violência às unidades de saúde, bem como, as pessoas idosas vítimas que são “abandonadas” nestes serviços por prestadores de cuidados (formais ou informais).

© APAV | Outubro, 2010