



LOVE, FEAR and POWER

1st INTERNATIONAL SEMINAR
30/31 MAY 2011, FPCEUP



Versão portuguesa

JORNADAS INTERNACIONAIS
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

VIOLÊNCIA DE GÉNERO E A SAÚDE: resultados do Projeto *Love, Fear and Power*

Maria José Magalhães

mjm@fpce.up.pt

ESENF – 10 maio 2013



LOVE, FEAR
and POWER

1st INTERNATIONAL SEMINAR
30/31 MAY 2011, FPCEUP

U. PORTO
FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO

Versão portuguesa

FCT
Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

CiG



Alguns indicadores:

- 45 % das mulheres na UE dizem ter sofrido alguma vez violência de género;
- Entre 40 a 45 % referem ter sofrido assédio sexual no trabalho;
- Estima-se que na Europa morrem por dia 7 mulheres vítimas de violência de género (Eurobarómetro 2011)

Alguns indicadores (cont.):

- Em Portugal, morrem 3 mulheres /mês (dados do OMA – UMAR);
- No ano 2012, morreram 36 e 49 foram vítimas de tentativa de homicídio nas relações de intimidade e domésticas;
- Em 53% dos casos de femicídio e 51% das tentativas, o historial de violência era conhecido;

Alguns indicadores (cont.):

- Em 11% das situações, foi possível identificar que existiu denúncia anterior ao homicídio / tentativa;
- Constata-se, igualmente, a nível europeu, defasamento e descoordenação da aplicação das legislações nacionais em matéria de vd ou vg (Hagemann-White, Kelly & Römken 2010; Kelly, Hagemann-White, Meysen & Römken, 2011).

Alguns indicadores (cont.):

- **Enormes custos humanos, sociais e económicos (Walker 2009; Lisboa et. al. 2005);**
- **Nos 47 países membros do Conselho Europa, estima-se um custo anual de pelo menos 32 mil milhões de euros, com as consequências da vg, vd e vs;**
- **Em Portugal, constata-se descoordenação dos serviços e isolamento das organizações e instituições especializadas (Magalhães 2012)**



- Em Portugal, de todos os sistemas que encaminham vítimas de violência doméstica para as instituições especializadas (forças de segurança, escolas, DGRS, DIAP, tribunais, segurança social, familiares, vizinhas/os e amigas/os, etc.), o sistema de saúde é o que **MENOS** encaminha: ou porque não identifica ou porque não “sabe” fazer esse encaminhamento, ou ainda porque não “confia” nas instituições especializadas.

Dificuldades no setor da saúde

- **Direito de proteção - artigo 20.º (da Lei 112/2009, de 16 de set)**
- Não é prática evitar o contacto entre o suspeito/arguido
- A proteção de familiares é uma medida cuja aplicação desconhecemos, ainda que com conhecimento de situações em que tal se justificava.

Dificuldades no setor da saúde

- Habitualmente, as/os profissionais de saúde não perguntam a causa de injúrias, apesar de muitas mulheres chegaram às instituições de saúde por vd (García-Moreno 2002).
- As injúrias que exigem tratamento não são as mais comuns na vd e caracterizam-se por um ciclo de violência que, com o tempo, tem tendência a agravar-se em severidade e frequência e, simultaneamente, a aumentar o grau de armadilhamento da vítima.

- A introdução de “screening” na vd não se tem revelado eficaz em diversas circunstâncias, mesmo que, no momento inicial, pareça trazer a identificação de situações.
- Problemas identificados:
 - - dificuldades de assegurar privacidade e confidencialidade;
 - - dificuldades em assegurar a proteção e segurança;
 - - dificuldade de assegurar o apoio no processo (de anos);
 - - dificuldades em assegurar os direitos das vítimas (mulheres) – p. ex. inst. de prot às crianças.



- A escassez da avaliação de resultados da intervenção na vd, na saúde, significa que ainda não podemos falar de “boas práticas”.
- Os programas de saúde têm maior probabilidade de sucesso quando normalizam e transversalizam a intervenção clínica na violência. *Normalização* implica que a existência de competências e conhecimentos, assim como técnicas educativas, tal como os que são empregues pelos clínicos noutras áreas como: tabagismo, abuso de crianças, doenças sexualmente transmissíveis (DST's). (Stark 2000: 345)



She lives with
a successful businessman, loving father
and respected member of the community.



Last week he hospitalised her.



Z
ZERO TOLERANCE

EMOTIONAL, PHYSICAL, SEXUAL – MALE ABUSE OF POWER IS A CRIME

For Information Help and Advice ring : 620950

Zero Tolerance Campaign in Scotland, UK, challenging attitudes towards violence against women



Barreiras identificadas por Tower

(2007)

- - falta de conhecimento;
- - falta de tempo;
- - crenças e ideologias dos/as profissionais;
- - funcionamento estrutural do sistema de saúde;
- - modelo biomédico predominante no sistema de saúde
- - ausência de reconhecimento da estrutura patriarcal na sociedade



Barreiras identificadas por Tower (2007) (cont.)

- alienação, objetificação e simplificação do problema;
- a medicalização das mulheres (sobretudo do foro psiquiátrico)
- O diagnóstico de ‘problema de saúde mental pode ter consequências negativas para as mulheres, por exemplo, no que diz respeito às batalhas legais pela custódia das crianças;
- E o mais **IMPORTANTE**: a questão do perpetrador, o seu género, o seu crime, nunca é tratado.

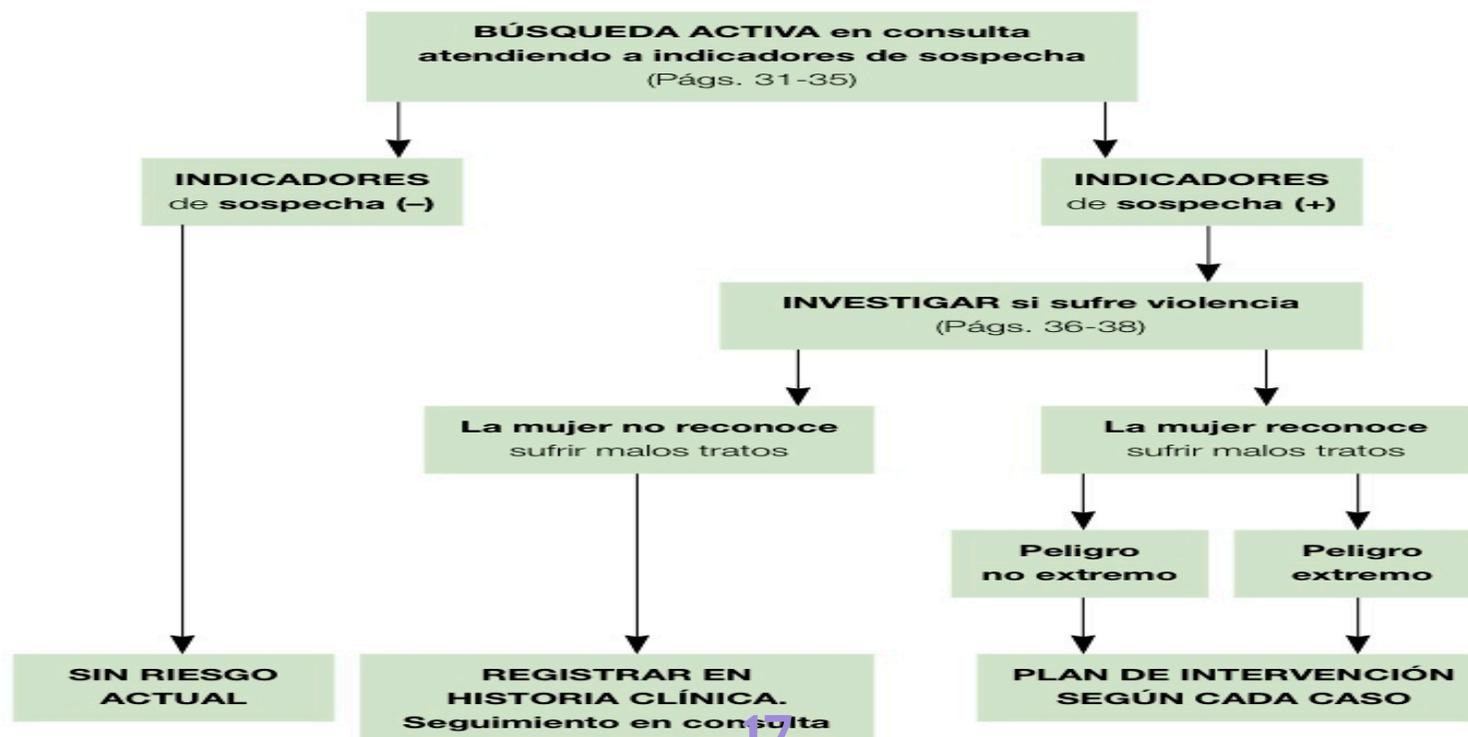


1. Detección y valoración

Algoritmo de actuación

PRIMERA VISITA.
Apertura de historia clínica.

Preguntas de abordaje psicosocial: ¿Cómo van las cosas en casa?. ¿Está usted contenta en la relación con su pareja y con sus familiares?



“DOMESTIC VIOLENCE GUIDE”

- A violência doméstica é um padrão de comportamentos abusivos e controladores, incluindo ataques e ameaças físicas, sexuais e psicológicas que adultos ou adolescentes usam contra as/os suas/seus parceiras/os íntimos.
- Sem intervenção, assiste-se, habitualmente, a uma escalada da violência, quer em termos da sua frequência, quer em termos de grau de severidade, resultando em repetidas visitas ao sistema de saúde.

DOMESTIC VIOLENCE GUIDE (cont.)

- **The best way to find out about domestic violence is to ask directly. However, be aware of:**
- History suggesting domestic violence; traumatic injury or sexual assault; suicide attempt; overdose; physical symptoms related to stress; vague complaints; problems or injuries during pregnancy; history inconsistent with injury; delay in seeking care or repeat visits.

DOMESTIC VIOLENCE GUIDE (cont.)

- **Screen All Patients For Domestic Violence:**
- ! Talk to the patient alone in a safe, private environment
- ! Ask simple direct questions such as:
 - Because violence is so common in many people's lives, I've begun to ask all my patients about it routinely. Are you in a relationship with a person who physically hurts or threatens you? • Did someone cause these injuries? Who?

DOMESTIC VIOLENCE GUIDE (cont.)

- Behavioral clues: evasive, reluctance to speak in front of partner; overly protective or controlling partner.
- Physical clues: any physical injuries; unexplained, multiple or old injuries.
- **Take a Domestic Violence History:**
- ! Past history of domestic violence, sexual assault.
- ! History of abuse to any children.



Referências:

Garcia-Moreno, C. (2002) “Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women”, *The Lancet*, Vol 359: 1509–14.

Tower, Marion (2007) “Intimate Partner Violence and the Health Care Response: A Postmodern Critique”, *Health Care for Women International*, 28:438-452.

Stark, Evan (2000) “Health Interventions With Battered Women: From Crisis Intervention to Complex Social Prevention”, in Renzetti, Edleson & Bergen (orgs.) (2000) *Sourcebook on Violence Against Women*, Londres: Sage, pp 345-369.

Magalhães, Maria José (2012) Relatório final Amor, Medo e Poder, Porto: FPCEUP, mimeo.



Referências:

VVVVVVV