

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 a 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 receção 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 júris 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 identificado 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 génese 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 pautam 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 génese da violência sem entender o contexto em que eles se expressam.

Tal não significa porém que a violência se restrinja a comportamentos violentos de carácter 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 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.

4. São criadas as Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), que operacionaliza a ASGVCV, sem prejuízo da identidade e da autonomia funcional dos Núcleos da ASCJR, com as seguintes competências:

- a) Contribuir para a informação prestada à população e sensibilizar os profissionais administrativos e técnicos, dos diferentes serviços, para a igualdade de género e a prevenção da violência ao longo do ciclo da vida;
- b) Difundir informação de carácter legal, normativa e técnica sobre o assunto;
- c) Incrementar a formação e preparação dos profissionais, na matéria;
- d) Coletar e organizar a informação casuística sobre as situações de violência atendidas nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e Hospitais;
- e) Prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos;
- f) Gerir, a título excecional, as situações clínicas que, pelas características que apresentem, possam ser acompanhados a nível dos cuidados de saúde primários ou dos hospitais, conforme aplicável, e que, pelo seu carácter de urgência em matéria de perigo, transcendam as capacidades de intervenção dos outros profissionais ou equipas da instituição;
- g) Fomentar o estabelecimento de mecanismos de cooperação intrainstitucional no domínio da violência interpessoal, quer no âmbito das equipas profissionais dos ACES, quer a nível das diversas especialidades, serviços e departamentos dos hospitais;
- h) Estabelecer a colaboração com outros projetos e recursos comunitários que contribuam para a prevenção e acompanhamento dos casos;
- i) Mobilizar a rede de recursos internos dos ACES e dinamizar a rede social, de modo a assegurar o acompanhamento dos casos;
- j) Assegurar a articulação funcional, em rede, com as outras equipas a nível de cuidados primários e a nível hospitalar que intervenham neste domínio.

5. Onde existam Núcleos da ASCJR, as EPVA são constituídas com base nas equipas interdisciplinares daqueles Núcleos, que se mantêm, com os quais passam a partilhar alguns elementos, em particular o assistente social, procedendo-se à alocação de um médico e um enfermeiro mais vocacionado e ou mais experiente em matéria de prevenção da violência em adultos, em particular no domínio da violência doméstica, sem prejuízo de, sempre que a situação o justifique e haja disponibilidade de recursos, existir um aumento do número de profissionais.

6. Nos Hospitais sem atendimento pediátrico, são criadas EPVA vocacionadas para a prevenção da violência entre adultos e da violência vicariante que esta possa desencadear, constituídas por, pelo menos, um médico, um enfermeiro, um psiquiatra ou psicólogo e um assistente social.

7. Nos cuidados de saúde primários, as EPVA correspondem, tendencialmente e à semelhança dos Núcleos da ASCJR criados ou a criar, à área de influência dos ACES.

8. As EPVA detêm autonomia técnica e funcional análoga à que se encontra atribuída aos Núcleos da ASCJR e podem estar inseridas na estrutura orgânica dos ACES, à semelhança daqueles.

9. Em cada Administração Regional de Saúde, IP é designado um Interlocutor para a área da Violência Interpessoal, que estabelece a articulação com o Grupo de Acompanhamento previsto no nº13 do presente despacho e operacionaliza a coordenação da atividade das EPVA.

10. O Interlocutor para a área da Violência Interpessoal deve ser, preferencialmente, o mesmo interlocutor da ASCJR, constituindo-se assim como Interlocutor para a ASGVCV.

11. A coordenação, acompanhamento e execução da ASGVCV a nível regional cabe às Administrações Regionais de Saúde, IP, a quem compete, nomeadamente, a alocação e gestão de recursos humanos, físicos e materiais, a formação em serviço, o financiamento da atividade das EPVA e os procedimentos administrativos, dentro da organização e recursos já existentes.

12. A coordenação da ASGVCV, a nível nacional, é feita através de um Grupo de Acompanhamento, a funcionar na dependência da Direção-Geral da Saúde, composto pelos seguintes elementos:

- a) Vasco Manuel Xavier de Figueiredo Prazeres, coordenador da Comissão de Acompanhamento da ASCJR, que coordena o Grupo.
- b) Daniela de Sousa Pereira Machado, coordenadora do Grupo de Trabalho da Violência ao Longo do Ciclo de Vida, da ARS Algarve;
- c) Maria Bárbara Vilhena Catanho de Menezes, representante do Ministério da Saúde no Grupo de Apoio ao IV Plano Nacional contra a Violência Doméstica;
- d) Marta Sofia de Barros Pimenta Ferraz, assessora do Programa Nacional para a Saúde Mental;

13. Compete ao Grupo de Acompanhamento:

- a) Criar, em articulação com as ARS, as condições necessárias para que os recursos e os mecanismos de articulação funcional no domínio da prevenção da violência interpessoal perdurem no tempo e adquiram estatuto e dinâmica própria no funcionamento das instituições de saúde;
- b) Assegurar, em articulação com as ARS, o processo de criação das EPVA, assim como a monitorização e a avaliação da atividade das mesmas;
- c) Definir as linhas orientadoras da formação dos profissionais em matéria de violência interpessoal e produzir referenciais técnicos orientadores da intervenção;
- d) Garantir a articulação da ASGVI com todos os planos, programas projetos e ações em curso no âmbito dos serviços de saúde;
- e) Assegurar a colaboração da ASGVI com outros setores com competências no domínio da violência interpessoal;
- f) Proceder à monitorização e avaliação continuada da ASGVI, com apresentação de relatório anual;
- g) Organizar e difundir informação de carácter estatístico e epidemiológico sobre as diversas formas de violência;
- h) Orientar, em colaboração com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, a adaptação dos sistemas informáticos de apoio à prática clínica no Serviço Nacional de Saúde a esta temática, nomeadamente o Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE);
- i) Dar continuidade às boas práticas existentes e fomentar a elaboração de novos protocolos de atuação a diferentes níveis e estruturas no âmbito do SNS.

14. O Grupo de Acompanhamento é apoiado por um painel de Consultores, a designar pelo Diretor-Geral da Saúde.

15. Os elementos que integram o Grupo de Acompanhamento ou o seu painel de consultores exercem as suas funções no seu horário de trabalho, não lhes sendo devida remuneração adicional, mas têm direito à afetação de tempo específico para a realização dos trabalhos, bem como ao abono de ajudas de custo e deslocações suportadas pelos seus respetivos locais de origem.

16. O Grupo de Acompanhamento elabora e divulga um documento orientador de boas práticas sobre Género e Prevenção da Violência ao Longo do Ciclo de Vida até ao final de 2013.

17. O processo de constituição das EPVA deve estar concluído até ao final de 2014.

18. O cumprimento do presente despacho não prejudica o cumprimento do despacho n.º 31292/2008, da Ministra da Saúde, de 20 de novembro, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 236, de 5 de dezembro.

7 de maio de 2013. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*.

206950695

Administração Regional de Saúde do Centro, I. P.

Despacho (extrato) n.º 6379/2013

Por despacho de 23 de abril de 2013, da Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral, por subdelegação de competências, foi autorizada a acumulação de funções privadas, no “Lar São Brás”, 2 horas por semana, em horário pós laboral, à Enfermeira Patrícia Rolo Silva, nos termos e ao abrigo do artigo 28 e 29 da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro e suas alterações.

30 de abril de 2013. — O Presidente do Conselho Diretivo, *Dr. José Manuel Azenha Tereso*.

206953043

Despacho (extrato) n.º 6380/2013

Por despacho de 07 de fevereiro de 2013, da Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral, por subdelegação de competências, foi autorizada a acumulação de funções na área da docência, de 5 horas letivas semanais, em horário pós laboral, na Escola Superior de Saúde, do IPL de Leiria, à Enfermeira Marina Heleno Pereira, nos termos e ao abrigo do artigo 27 e 29 da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro na redação dada pela Lei n.º 34/2010, de 2 de setembro.

30 de abril de 2013. — O Presidente do Conselho Diretivo, *Dr. José Manuel Azenha Tereso*.

206952939