

Projetos Inovadores em Gestão em Enfermagem

Transformando os Cuidados de Saúde



## Capítulo 4

---

# *Enfermeiro Gestor de Caso na promoção da prevenção da violência doméstica: Projeto para a Melhoria Contínua da Qualidade em Cuidados de Saúde Primários*

---

Ana Carmona, Graça Quaresma e Pedro Lucas



---

# ***Enfermeiro Gestor de Caso na Promoção da Prevenção da Violência Doméstica: Projeto para a Melhoria Contínua da Qualidade em Cuidados de Primários***

---

[Ana Carmona](#)<sup>1,\*</sup>, [Graça Quaresma](#)<sup>1,2</sup> e [Pedro Lucas](#)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.

<sup>2</sup> Unidade Local de Saúde São José, Lisboa, Portugal.

## **Resumo**

### **Palavras-chave:**

- Enfermagem
- Liderança
- Gestão de Caso
- Violência Doméstica
- Cuidados saúde primários

A violência doméstica é um importante problema de Saúde Pública devido à sua magnitude, frequência e repercussões para a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Este trabalho de projeto teve como objetivos aplicar a metodologia de gestor de caso numa Unidade de Saúde Familiar Piloto, visando a melhoria dos cuidados prestados à vítima de violência doméstica. Utilizou-se a metodologia do Projeto de Intervenção preconizada pela Ordem dos Enfermeiros (2013), do Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade de *Deming* (PDCA). A metodologia do gestor de caso foi operacionalizada através do diagnóstico de situação das necessidades formativas dos profissionais, ao lidar com um problema de saúde complexo e multifatorial, como a violência doméstica. O projeto foi avaliado por indicadores de estrutura, processo e resultado, salientando-se a realização de duas auditorias (interna e externa) com nível de conformidade global de 53%. Teve uma resposta excelente (100%) na sensibilização e capacitação dos profissionais para a implementação da metodologia. Concluímos que a implementação da metodologia de Enfermeiro gestor de caso, aumenta a prevenção, melhora a resposta de cuidados e promove a interrupção do ciclo da violência, obtendo resultados positivos para as vítimas, para a eficiência das organizações, para a segurança dos utentes e satisfação de profissionais.

### **Como citar:**

Este capítulo encontra-se publicado com a licença [International Creative Commons Atribuição 4.0](#)

Carmona, A., Quaresma, G. & Lucas, P. (2025). Enfermeiro gestor de caso na promoção da prevenção da violência doméstica: Projeto para a melhoria contínua da qualidade em cuidados de saúde primários. In Lucas, P., Cruchinho, P., Nunes, E., Teixeira, G., Carmona, A., Ribeiro, S., & Costa, P. (Eds), *Projetos Inovadores na Gestão em Enfermagem: Transformando os Cuidados de Saúde*. (Vol. II, pp. 59-84), <https://doi.org/10.71861/2iv6-gk44>

<sup>1\*</sup> E-mail do autor de contacto – [anapcarmona@esel.pt](mailto:anapcarmona@esel.pt)

## **Descrição/Enquadramento Teórico**

A violência doméstica (VD) para além de crime público, é um importante problema de Saúde Pública devido à sua magnitude e frequência, com impacto nas pessoas que a vivenciam, evidenciando assim, repercussões para a saúde dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades (Carmona et al., 2021). É um fenómeno multifatorial definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como sendo o uso de força física ou poder contra si mesmo, ou contra outra pessoa, grupo ou comunidade, e que tem como consequência a possibilidade de aparecimento de lesões físicas, danos psicológicos, alterações de desenvolvimento, abandono ou negligência e inclusivamente a morte (Carmona et al., 2021; OMS, 2002). A Convenção de Istambul define no seu artigo 3º, a violência doméstica como abrangendo “todos os atos de violência física, sexual, psicológica ou económica que ocorrem na família ou na unidade doméstica, ou entre cônjuges ou ex-cônjuges, ou entre companheiros ou ex-companheiros, quer o agressor coabite ou tenha coabitado, ou não, com a vítima” (Conselho da Europa, 2013, p. 5).

Da Convenção de Istambul em 2011, que deu continuidade à Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais, resultou a indicação para os países envolvidos, de que as organizações e os serviços responsáveis pela aplicação da lei, cooperem de maneira eficaz para a adoção de uma abordagem integrada para a eliminação da violência contra as mulheres e da violência doméstica (Conselho da Europa, 2013). No artigo 20º do documento emanado, foi descrita a importância de garantir que as vítimas de violência tenham acesso a serviços que proporcionem a sua recuperação das consequências da violência. Estas medidas devem incluir, sempre que necessário, serviços de aconselhamento jurídico e orientação psicológica, assistência financeira, auxílio para o alojamento, instrução, formação e assistência na procura de emprego. Mesmo que as vítimas tenham acessibilidade a cuidados de saúde e a serviços sociais, estes devem dispor de recursos adequados e profissionais habilitados, para prestar assistência às vítimas e encaminhá-las para os serviços apropriados (Conselho da Europa, 2013).

Barocas et al. (2016) explicam a violência doméstica como uma forma de comportamento abusivo que pode ser físico, psicológico e

emocional, sexual, e mesmo económico, incluindo as situações de violência contra o parceiro íntimo e também as situações de violência familiar, sendo neste caso exercida entre adultos, como sucedendo entre pais e filhos, ou entre irmãos.

Segundo o relatório *Health at a Glance 2019 - OECD indicators* (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2019), o principal objetivo de um sistema de saúde é promover a saúde dos utentes e das populações. Ser saudável é também promover o bem-estar pessoal, social e económico, pessoas saudáveis geram comunidades saudáveis e colaboram para uma sociedade mais produtiva, próspera e ativa, uma prática de atendimento positiva é um forte sinal de prestação de cuidados de qualidade (OECD, 2019).

Perante as políticas de saúde e a organização dos cuidados de saúde espelhada no Programa do XVII Governo Constitucional, através do Decreto-Lei n. 28/2008 de 22 de Fevereiro, que reconheceu os Cuidados de Saúde Primários (CSP) como o pilar central do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em que a prestação de cuidados de qualidade se centra nas equipas de família e os Centros de Saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados (Decreto-Lei n. 28/2008, 2008). Assim, no Artigo 3º está descrito que os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica e desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados; desenvolvendo também atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participação na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua. Também no Artigo 8º está explicitado que cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, atuando em intercooperação com as demais unidades funcionais do Centro de Saúde e do ACES (Decreto-Lei n. 28/2008, 2008).

Os Enfermeiros detêm um importante papel nas equipas de saúde, tanto no reconhecimento e

sinalização da situação de violência, como na resposta de prestação de cuidados às vítimas e suas famílias. Assim, a liderança clínica é uma aptidão extraordinariamente necessária e exigida aos enfermeiros, para influenciar e direcionar as suas equipas para prestar cuidados que respondam às expectativas dos utentes (Amestoy et al., 2014)

Perante o incremento da atenção ao fenómeno da violência doméstica, apesar da subnotificação do mesmo, assim como a sua prevenção como investimento em ganhos em saúde, pela eficiência e eficácia do trabalho em parceria, com participação da saúde como primordial na efetividade dos programas a implementar, surge em 2019 uma atualização ao Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida (PNPVCV) através do Despacho n.º 9494/2019 (2019).

A constatação do aumento de situações de violência doméstica com necessidade de intervenção, foi sentida pelos elementos da Equipa de Prevenção da Violência no Adulto do ACES, como uma área prioritária, pretendendo assim desenvolver estratégias multissetoriais e respostas rápidas e eficientes, de múltiplas naturezas, na resposta às vítimas do fenómeno da violência. Face a esta problemática, foi enquadrado e desenvolvido um modelo de intervenção integrada sobre a violência interpessoal, a ação de saúde sobre género, violência ao longo do ciclo de vida, reafirmando a importância de uma adequada articulação, intervenção e notificação, entre os profissionais de saúde (intra-institucional) e os parceiros na comunidade (interinstitucional).

Criou-se uma equipa de projeto e definiu-se um limite temporal alargado para abranger toda a literatura que abordasse a temática em questão, devido à sua escassez no contexto do papel do enfermeiro gestor de caso, em situação de violência doméstica, em Cuidados de Saúde Primários.

Este projeto baseia-se no Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, elaborado pela Ordem dos Enfermeiros, com base na metodologia do Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade de Deming ou Ciclo PDCA - *Plan, Do, Check and Act* (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Esta metodologia, também conhecida como Ciclo de *Shewhart*, tem como função principal o diagnóstico, a análise e o

prognóstico de problemas organizacionais, contribuindo para a sua resolução de modo processual, tal como explicado por Pacheco et al. (2009).

Na primeira fase, o projeto foi implementado numa USF piloto do ACES, posteriormente nas restantes USF e já numa terceira fase nas restantes unidades funcionais do ACES, visando sempre a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao utente vítima, aos familiares e comunidades. Atualmente, encontra-se em implementação em todas as Unidades Funcionais do ACES.

### ***Finalidade e Objetivos do Projeto***

As atividades de melhoria contínua da qualidade devem ser apreendidas como um processo de mudança progressiva e contínua, traduzindo-se em pequenas atividades que ao serem realizadas em conjunto, representam melhorias significativas para as organizações (Rodrigues et al., 2017).

Este trabalho de projeto baseou-se então nas orientações do Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade elaborado pela OE, enquadrando-se em três dos seus seis enunciados descritivos: a promoção da saúde, a prevenção de complicações e a organização dos cuidados.

Todas estas constatações fomentaram o início do projeto de desenvolvimento de boas práticas de intervenção em enfermagem, através do desafio da coordenação/liderança por parte da enfermagem, da equipa multidisciplinar da prevenção da violência no adulto, que se transformou no Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade no referido ACES, através da aplicação da metodologia do enfermeiro gestor de caso.

A gestora do projeto propôs a implementação, na própria equipa e após concordância de todos os profissionais da Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, da metodologia de gestor de caso. Inicialmente, os casos referenciados à equipa são discutidos em reunião semanal, sendo decidida a atribuição ao gestor de caso, profissional da Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, para consultoria, acompanhamento e interligação com os profissionais das respetivas unidades funcionais do ACES, tal como com os parceiros na

comunidade sempre que necessário. Os critérios de distribuição dos casos baseiam-se nas necessidades da vítima, como sendo de assistência social ou de psicologia, seja uma situação que implique recurso à Unidade de Saúde Pública ou a colaboração direta com as equipas das unidades funcionais. Com a evolução do trabalho na Equipa de Prevenção da Violência no Adulto e o bom resultado obtido através desta metodologia de gestão, surgiu a necessidade de melhor agilizar a resposta às situações sinalizadas e ainda enveredar pela prevenção do fenómeno da violência doméstica, a um nível mais micro, ou seja, ao nível das próprias unidades funcionais.

Para além da resposta aos utentes em situação de violência doméstica, também é necessário promover a sistematização e uniformização do rastreio do risco, para prevenir situações de violência doméstica, que vão contribuir para o aumento dos resultados com os utentes, enfermeiros e organizações, ou seja, com todos os atores envolvidos (Prazeres et al., 2014). Para atingir essa finalidade, a Equipa de Prevenção da Violência no Adulto considerou ser uma mais-valia a implementação da metodologia de gestor de caso para a violência doméstica, igualmente nas unidades funcionais. Este clínico, pelas suas competências e atribuições profissionais, pode contribuir, para além do bem-estar e satisfação dos próprios utentes que têm de lidar com este problema de saúde, também para a economia de custos, entre outros benefícios, que ajudam a sustentar os sistemas de saúde, ao identificar de forma precoce, prevenir, ou minimizar, o fenómeno da violência.

O fenómeno da violência doméstica, enquanto problema e emergência de saúde, deve ser entendido como uma emergência de intervenção comunitária, enquanto promotora da segurança do doente e familiares, face aos números de mortes de mulheres por violência doméstica, que ocorrem atualmente. Torna-se necessária uma intervenção *major* para promover a sua segurança, bem como a dos seus familiares, tendo também em conta uma intervenção estruturada ao próprio agressor. Trata-se assim de uma intervenção multidisciplinar e simultaneamente individual, que através do gestor de caso, pode contribuir para melhorar a prestação de cuidados de saúde (Martins et al., 2020). Por seu lado, para uma intervenção total e sustentada à família, por ser difícil criar uma relação de confiança com famílias com membros agressivos e abusivos, os

enfermeiros podem assim agir como gestores de caso, coordenando e mobilizando os outros profissionais de saúde e os parceiros na comunidade (Stanhope & Lancaster, 2016) na resposta integrada e em rede, dos cuidados a prestar.

De forma a compreender melhor a situação e identificar a necessidade de intervenção nesta área, realizámos uma análise SWOT utilizando a técnica de *brainstorming* durante uma das reuniões da Equipa de Prevenção da Violência no Adulto.

A matriz de análise SWOT resultante da reunião da equipa pode ser consultada na tabela 1. Após esta reflexão foi delineada a finalidade de promover a melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados à vítima de violência doméstica e seus familiares, assim como aos agressores, através da implementação do projeto de intervenção, dirigido às unidades funcionais do ACES, baseado no atual PNPVCV (Despacho n.º 9494/2019, 2019).

	S Strength (forças)	W Weaknesses (fraquezas)
<b>Interna (Organização)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicação e resolução efectiva dos problemas, em equipa EPVA.</li> <li>Cultura organizacional de USF (Desigualdade organizacional entre USF e UCSP ao nível da carga de trabalho e ambiente de trabalho).</li> <li>EPVA equipa multidisciplinar, reestruturada, altamente motivada e cúmplice, com entendimento sustentado em relação aos procedimentos de intervenção, para resposta às situações reportadas.</li> <li>Crescimento / empoderamento da EPVA relacionado com procedimentos de intervenção de qualidade, na resposta aos utentes.</li> <li>Necessidade por parte das USF/UCSP de intervenção e formação por parte da EPVA, para melhoria da avaliação de risco e consequente prestação de cuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demora na aprovação de documentos normativos e operacionais por parte do CCS e DE.</li> <li>Organização interna demasiado burocratizada.</li> <li>Demora na autorização para a implementação do projeto de melhoria contínua da qualidade.</li> <li>Cultura organizacional de UCSP (Desigualdade organizacional entre USF e UCSP, ao nível da carga de trabalho e ambiente de trabalho).</li> <li>Falta de recursos numa área de especialidade para colaboração com a equipa- Elo de Ligação na área da Psiquiatria.</li> </ul>
	O Opportunities (oportunidades)	T Threats (ameaças)
<b>Externa (Ambiente)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Necessidade governamental (de políticas de saúde) para melhoria de respostas em saúde a temática da violência.</li> <li>Comunicação social dá maior importância e ênfase ao problema da violência nas suas variadas vertentes: Violência Doméstica e de Género, Violência no Namoro, Tráfico de Seres Humanos, Violência contra os Profissionais de saúde.</li> <li>Articulação com os parceiros da Rede de Intervenção: Ministério Público, PSP, CMA e outros.</li> <li>O Processo de acreditação do ACES Amadora e a existência de um grupo de trabalho ao nível do CCS para a melhoria contínua da qualidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de respostas efectivas para a resolução dos problemas por parte dos parceiros.</li> <li>Timings de resposta muito desadequados às reais necessidades, por parte dos parceiros.</li> <li>Procedimentos difíceis de colocar em prática por falta de recursos.</li> </ul>

**Tabela 1** - Registo de Matriz da Análise SWOT.

A finalidade do projeto centrou-se então na promoção de boas práticas de intervenção dos profissionais de saúde, junto das vítimas de violência doméstica, através da implementação da metodologia de enfermeiro gestor de caso.

O objetivo geral foi implementar a metodologia de enfermeiro gestor de caso, nas unidades funcionais de um ACES da região de Lisboa, visando a melhoria dos cuidados prestados à vítima de violência doméstica.

Os objetivos específicos iniciais foram:

- Aplicar a metodologia de gestor de caso numa USF piloto;
- Sensibilizar os profissionais de saúde da USF para a identificação da violência doméstica como um problema de saúde;
- Capacitar os enfermeiros da USF como gestores de caso, na prevenção da violência doméstica;
- Promover a utilização das ferramentas de registo (Registo Clínico de Violência do Adulto e SCLínico), pelo gestor de caso e restante equipa, na USF;
- Formar o gestor de caso e a restante equipa da USF para a importância da execução do rastreio de risco de violência doméstica;
- Avaliar o projeto em desenvolvimento de enfermeiro gestor de caso, na USF piloto.

### **Planeamento do Projeto**

O Ciclo PDCA ou Ciclo de *Deming* desenvolve-se em 4 fases distintas e bem definidas, sendo a primeira fase planear (*Plan*), que integra 4 dimensões: Identificar e descrever o problema; percebê-lo e dimensioná-lo; formular os objetivos iniciais do projeto, e perceber as causas (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Na primeira dimensão o problema deve ser claro, preciso, conciso e mensurável. Deve ser identificado o desvio da norma ou padrão desejados. Na segunda dimensão, para uma compreensão mais aprofundada do problema, deve incluir-se uma breve descrição da sua evolução e proceder à análise da situação, respondendo a questões como onde, quando, o quê e como, entre outras. Na terceira dimensão, definem-se os objetivos, as estratégias – que devem ser quantificáveis – e as ações necessárias para os concretizar.

Por fim, na quarta dimensão, para identificar as causas, além da revisão bibliográfica previamente mencionada, é fundamental consultar dados locais e recolher contributos de todos os membros da equipa (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A organização dos cuidados a prestar à vítima, após instalada a violência doméstica, revela-se de grande importância. Consequentemente, ao prevenir o abuso e a agressão física ou psicológica, ao assegurar uma resposta eficaz aos indivíduos e à situação de violência doméstica, podemos prevenir complicações futuras de vários âmbitos: físicas, psicológicas, sociais e culturais, económicas, entre outras, tanto para as vítimas como para as famílias e os agressores. Prevenir a agressão e o abuso evitando a violência doméstica; ou incentivar a vítima a recomeçar uma nova vida, através do planeamento e aproveitamento dos recursos individuais, familiares ou existentes na comunidade, após suportar uma situação de violência, é extremamente importante de forma a garantir a segurança, a promover o seu bem-estar e autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2001) e como resultado obter ganhos em saúde para a comunidade onde estão inseridos, vítima e agressor.

A abordagem deste fenómeno da violência doméstica encontra-se integrada no regulamento do perfil de competências de enfermeiro gestor. De acordo com o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, o enfermeiro gestor deve contribuir para o processo de desenvolvimento da Governação Clínica, nomeadamente operacionalizar o processo de melhoria contínua da qualidade, incentivando e implementando processos de trabalho e auditorias (Regulamento n. 76/2018, 2018).

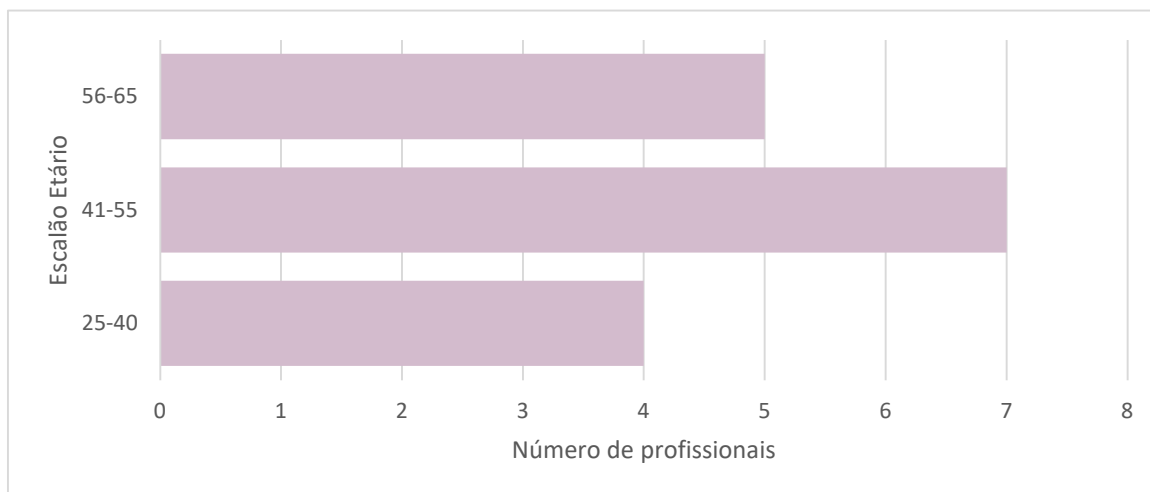
Por sua vez, a evidência científica tem demonstrado que a implementação da metodologia do enfermeiro gestor de caso em diversos projetos de melhoria de cuidados em problemas de saúde é eficaz, não só para aumentar a satisfação e segurança do doente, mas também para promover a satisfação dos profissionais. Como resultado, observam-se ganhos significativos em eficiência para as organizações (Carmona et al., 2021).

A seleção da USF como unidade piloto do projeto, advém de já ter uma estrutura organizada em termos de sistematização de procedimentos, possuindo normas de procedimentos internas, respeitantes a outros problemas de saúde, elaboradas e revistas pelos profissionais, com uma metodologia e um Plano Anual de Auditoria Interna já implementado. Os instrumentos produzidos são utilizados para a obtenção de resultados de melhoria contínua da

qualidade. A existência desta cultura de qualidade foi, sem dúvida, facilitadora para a implementação do projeto.

Relativamente à caracterização dos profissionais intervenientes no projeto piloto, a equipa era constituída por 8 enfermeiros que exercem funções nesta USF e que tinham uma média de idades compreendida entre os 47 e os 56 anos, e os 8 médicos entre os 36 e os 63 anos de idade. Em relação aos 5 secretários clínicos, as idades variavam entre os 43 e os 58 anos de idade.

Todos os profissionais clínicos (8 médicos e 8 enfermeiros) da USF assistiram às formações realizadas, tendo estado ainda presentes 2 secretários clínicos na segunda formação, o que foi considerado relevante por todos os profissionais da USF. Estiveram presentes nas formações via ferramenta informática, 10 profissionais, tendo estando os restantes 8 presencialmente, na sala de reuniões da USF. Dos 18 profissionais presentes, apenas 16 responderam ao questionário *Google Forms*<sup>®</sup>, ou seja, responderam apenas os profissionais que estiveram presentes em ambas as formações. Podemos observar os seus escalões etários no gráfico da figura 1.



**Fig. 1** - Escalões etários dos profissionais participantes nas formações e que responderam ao questionário Forms.

Na segunda fase do desenvolvimento do projeto, o seu propósito centra-se na sua disseminação pelas restantes USF do ACES, apenas após o sucesso absoluto da sua implementação na USF piloto.

Por último, e na fase posterior (terceira fase), o projeto será implementado nas restantes unidades funcionais do ACES, que pelas suas

características de gestão próprias e com diferentes ambientes da prática de enfermagem, exigem, para atingir o sucesso, que o projeto se encontre numa fase de desenvolvimento mais coesa e fortalecida, o que permitirá uma maior uniformização, em todo o ACES.

### **Identificar e descrever o problema**

Na prática clínica, temo-nos deparado com situações de violência doméstica já instalada, perpetuada após várias idas aos cuidados hospitalares, que são por vezes identificadas em sala de tratamentos, ao longo do processo de cuidados, de cura física, ou quando, já tardiamente, recebemos reporte tardio dos serviços de assistência social hospitalares, de admissões nos Serviços de Urgência, de utentes após agressões físicas, com necessidade de continuidade de cuidados ao nível da comunidade.

A realidade do aumento de situações de violência doméstica e a respetiva necessidade de intervenção, foi sentida por nós enquanto Equipa de Prevenção da Violência no Adulto do

ACES, como uma área prioritária, uma vez que na nossa área de abrangência ocorrem muitas situações de violência doméstica que, quando chegam ao conhecimento dos profissionais de saúde, já foram transpostas as fases de risco e mesmo de perigo, para uma fase de situação de violência já sofrida e por vezes de perpetuada, num ciclo de violência.

Assim, tornou-se primordial intervir de forma precoce, logo aos primeiros sinais de risco ou ainda na ausência de sinais evidentes, para prevenir o fenómeno da violência doméstica, através de rastreios que possam identificar, de modo sistematizado, as potenciais vítimas.

Para isso, os elementos da equipa de projeto definiram então a realização de reuniões semanais para discussão das situações recebidas, resolução e encaminhamento para as entidades competentes respetivas, consultoria aos profissionais das unidades funcionais, autoformação e preparação de formação para os profissionais do ACES, posteriormente para os parceiros na comunidade e para a própria população. Decidiram também, após alguns meses a trabalhar segundo a metodologia de gestor de caso, que esta metodologia nos traria uma articulação mais célere entre os vários atores envolvidos, na colaboração com o profissional que sinalizou a situação, tal como na resposta à mesma, e por isso, implementar esta metodologia também ao nível das unidades funcionais do ACES.

Perante a complexa realidade da violência doméstica, a equipa do projeto identificou, em alguns profissionais de saúde, dificuldades em lidar com este fenómeno. Foram evidenciadas objeções em interpelar os utentes, dificuldades na avaliação, acompanhamento e prestação de cuidados às vítimas e suas famílias. No contexto da prestação de cuidados – sejam eles curativos, de encaminhamento para profissionais que oferecem apoio psicossocial ou de sinalização para a Equipa de Prevenção da Violência no Adulto – verificou-se que, nem sempre, os registos eram realizados de forma sistemática nas ferramentas disponíveis, como o SClínico e o Registo Clínico de Violência no Adulto.

Foram percecionados ainda, vários constrangimentos relacionados com o seguimento mais frequente dos utentes, como por exemplo, através de marcação, na presença e de acordo o utente, de uma nova consulta para acompanhamento. Neste tipo de intervenção foram também identificadas pela equipa de projeto, necessidades formativas para os profissionais de saúde das UF.

### ***Perceber o problema e dimensioná-lo***

A violência doméstica é uma problemática que preocupa toda a sociedade, tendo um impacto

expressivo também na saúde e, naturalmente, na qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade, com conseqüente aumento dos custos em saúde.

Segundo dados do Relatório Anual de Segurança Interna, em relação ao ano de 2019, a violência doméstica assumiu o valor mais elevado desde 2010, estando a tipologia de violência doméstica contra o cônjuge ou análogo, em destaque com 84% em relação aos outros tipos de violência doméstica. Continuam a ser os municípios da área metropolitana de Lisboa, à qual pertence este ACES, onde se registaram maior número de ocorrências em termos absolutos - 6.721 ocorrências (Sistema de Segurança Interna, 2019), em relação ao contexto nacional. Segundo o mesmo relatório e em relação ao ano de 2020, a violência doméstica contra o cônjuge ou análogo mantém-se em destaque com 85%, mantendo-se os municípios da área de Lisboa em primeiro lugar, apesar de um ligeiro decréscimo no número de ocorrências – 6258 ocorrências (Sistema de Segurança Interna, 2020).

No segundo semestre de 2019, a Equipa de Prevenção da Violência no Adulto do ACES contabilizou 74 situações de Violência Doméstica, notificadas pelos profissionais de saúde e parceiros da comunidade. Contudo, segundo os dados da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), e relacionando com dados municipais, em 2019 e na área de abrangência do município, o número de situações de violência doméstica apoiadas foi de 192 (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2020) e 511 os crimes registados pelas polícias em relação ao crime de violência doméstica (PORDATA, 2021).

Já no ano de 2020, ano de pandemia e confinamento, existiu uma aparente diminuição dos casos sinalizados à Equipa de Prevenção da Violência no Adulto da nossa área de intervenção, que contabilizou apenas 53 situações de violência doméstica, ao longo de todo o ano, sendo 206 o número de vítimas contabilizados pela APAV (APAV, 2021), enquanto os crimes registados pelas polícias em relação ao crime de violência doméstica apresentaram uma aparente diminuição para 463 (PORDATA, 2019), parecendo assim existir factualmente uma subnotificação dos casos, tal como percecionado pela Equipa de Prevenção da Violência no Adulto.

Na prática clínica, tivemos a percepção de que estas situações estão subavaliadas e subnotificadas, por variadíssimas razões, que vão desde a dificuldade dos profissionais em detetar e realizar a avaliação do risco de violência doméstica, seja por falta de tempo em consulta (médica e de enfermagem), ou por falta de conhecimentos de como identificar situações de risco e/ou de lidar com utentes em situação de violência doméstica e também muitas vezes a própria vítima solicita o silêncio do profissional, devido ao receio de temer, pela sua própria segurança.

Para uma melhor apreciação dos dados mais recentes do ACES da região de Lisboa, no que diz respeito à violência doméstica e as características sociodemográficas das comunidades e da população nele inscrita, foram estudados os dados retirados do relatório, realizado anualmente por esta Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, a *Ficha de Avaliação da Ação de Saúde sobre Género Violência e Ciclo de Vida*, referente ao ano de 2020 (Equipa de Prevenção da Violência no Adulto do ACES Amadora, 2020).

Ao relacionar a natureza da violência com a faixa etária e o sexo, pudemos aperceber-nos que a violência afetou na sua grande maioria, mulheres. A forma mais reportada de violência doméstica foi a física, principalmente na faixa etária dos 25 aos 44 anos. Pudemos verificar também que na faixa etária dos 44 aos 64 anos ainda predomina a violência física, sendo a violência psicológica também bastante significativa.

Quanto à tipologia podemos perceber, que a violência nas relações de intimidade foi em número bastante significativo, principalmente na faixa etária dos 25 aos 44 anos e ainda entre os 45 e os 64 anos. Também situações de violência mais específicas imputadas à violência de género (mutilação genital feminina) e à violência contra pessoas com deficiência ou incapacidade, assumiram também valores elevados de reporte, neste caso de forma mais visível nas faixas etárias mais jovens; entre os 18 e 24 anos e entre os 25 e os 44 anos.

Para uma melhor visibilidade e compreensão da grandeza da natureza da violência e de forma a facilitar a priorização das atividades os dados foram compilados sob a forma de Diagrama de Pareto (Figura 2). Perante o gráfico percebemos que no ano de 2020, na área de abrangência do ACES, em relação à natureza da violência, a mais

reportada foi a física, com 57,5 %, que em conjunto com a psicológica, apresentam um valor de 88,5%. Já no caso de negligência ou privação tivemos um reporte de 11,5%. Pelos dados analisados, constatou-se que a violência física é sem dúvida a forma de violência mais

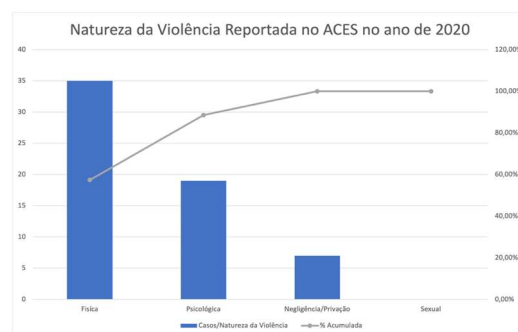


Fig. 2 – Gráfico de Pareto.

visível; será por essa característica que é a que tem um valor mais elevado estando as outras menos visíveis também menos identificadas?

Assim, compreende-se como prioritária a adoção de medidas de rastreio e prevenção; a importância da procura ativa por parte do profissional clínico, através da implementação de um conjunto de questões habituais e rotineiras, direcionadas para o diagnóstico de risco, independentemente da presença ou não de indicadores de violência, de forma direta, empática e sem juízos de valor. É necessário que este rastreio seja realizado a sós com o/a utente, tal como recomendado para a deteção precoce e avaliação do risco (Prazeres et al., 2014). Também o encaminhamento e a sinalização das vítimas de violência doméstica, por parte dos profissionais de saúde que estabelecem uma relação de confiança com os seus utentes, de forma a evitar a escalada de violência e o risco elevado ou perigo, se torna primordial. Dado tratar-se uma temática complexa e de grande impacto na pessoa e na dinâmica familiar, necessita de parcerias e de um trabalho em rede que seja promotor da sua minimização e/ou resolução de uma forma mais adequada e individualizada para vítima e agressor.

Para o atingir dos objetivos traçados, a equipa de projeto considerou então como cruciais as estratégias a adotar no processo de implementação do projeto:

- Realizar ações de formação, solicitadas pela equipa do projeto, à Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, na USF, para o desenvolvimento e

implementação do mesmo, de forma a capacitar os profissionais para a metodologia do enfermeiro/médico gestor de caso, no âmbito da violência doméstica. Sensibilizá-los através da intervenção formativa, para a importância do mesmo, envolvendo-os neste processo, de forma que todos colaborem para a operacionalização e melhoria dos cuidados prestados;

- Aplicar um questionário *Google Forms*® aos profissionais da USF, para avaliação do impacto das formações realizadas, bem como de identificação de necessidades ainda sentidas pelos mesmos em relação à temática;
- Efetuar monitorizações através de auditorias internas e externas, de acordo com os indicadores de estrutura, processo e resultado, previamente definidos no âmbito do projeto de intervenção, no âmbito da temporalidade previamente definida.
- Realizar reuniões para partilha em equipa, da evolução do projeto, com apresentação de resultados das auditorias realizadas, relativos às metas e objetivos;
- Elaborar, de acordo com a realidade da USF e recursos existentes, Norma de procedimentos interna (Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, 2018), para a melhoria da resposta às situações de violência doméstica e prevenção da mesma.

Para esta operacionalização foi necessário perceber as causas inerentes a esta problemática.

### ***Perceber as causas***

Acredita-se que neste ACES, as situações de violência doméstica sofridas estão subnotificadas nas unidades funcionais, pois não existem implementados processos eficientes de registo, de forma sistematizada, que forneçam informações de forma a permitir a continuidade de cuidados através do delinear de um plano de segurança que resulte na prevenção da perpetuação da violência doméstica. Neste

ACES também não se encontravam implementados sistemas de rastreio ou planos de avaliação de risco para a prevenção da violência doméstica, durante as consultas Médicas e de Enfermagem, nas várias valências de saúde familiar.

A inexistência de uniformização e sistematização nos registos clínicos em SClínico, para a continuidade dos cuidados, para além do registo em Registo de Saúde Eletrónico; tal como a ausência de abordagem de uma avaliação de risco para a violência doméstica, por parte dos profissionais clínicos, levou-nos a tomar conhecimento da situação, quando esta já se encontrava instalada. Sempre que se identifica uma situação de violência doméstica ou se realiza uma avaliação de risco, é fundamental que esta prática seja devidamente documentada. O registo deve incluir tanto a avaliação efetuada como as medidas adotadas, em articulação com o utente, com o objetivo de prevenir a continuidade e a perpetuação da situação.

Embora exista, há já mais de três anos, uma forma eficiente de registo no Registo de Saúde Eletrónico para situações específicas de violência de género, como a Mutilação Genital Feminina/Corte – desenvolvida pela Equipa de Coordenação do Plano Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida –, apenas recentemente foi implementado um registo mais abrangente e transversal aos vários níveis de cuidados de saúde: o novo Registo Clínico de Violência em Adultos. Contudo, muitos profissionais de saúde ainda não estão familiarizados com esta ferramenta, desconhecendo mesmo a sua existência, o que tem dificultado a sua aplicação prática e o desenvolvimento consistente em contexto clínico e comunitário.

Esta ferramenta informática tem como objetivo documentar todas as intervenções relacionadas com situações de violência doméstica, promovendo a melhoria da documentação em enfermagem através dos registos efetuados na plataforma. Além disso, pretende-se que funcione como um instrumento facilitador da comunicação interprofissional e do conhecimento objetivo da situação, permitindo uma intervenção mais eficaz e articulada entre os profissionais nos diversos níveis de cuidados. Pretende-se assim, permitir a acessibilidade aos profissionais clínicos nos vários níveis das estruturas da saúde, promovendo a

continuidade e integração de cuidados, funcionando em rede, para que possam intervir atempadamente em resposta às necessidades das vítimas, antecipando a atuação do agressor e prevenindo a revitimização.

Pretende-se ainda que seja possível pela facilidade no registo, através da interoperabilidade da informação entre instituições e diferentes níveis de cuidados, tal como a comunicação das situações entre profissionais de saúde, a continuidade de cuidados tanto à vítima, como ao agressor. Torna-se então essencial a implementação da realização da avaliação de risco de forma uniformizada e sistematizada, através de rastreio e deteção precoce de situações de violência, avaliação de indicadores de risco, estabelecimento de planos de intervenção ajustados à situação de vitimização, promovendo a proteção e segurança dos/as utentes (Prazeres et al., 2014).

A Equipa de Prevenção da Violência no Adulto tomava conhecimento das situações de violência ocorridas através do formulário de Notificação/Referenciação, enviado pelo profissional de saúde que identificou a situação de violência, mas não existia uma avaliação precoce de risco, nem o delinear de atuação adequada, com e para cada indivíduo e situação.

Para que tal aconteça de forma sistemática e eficiente foi necessário o desenvolvimento de programas de formação, para os profissionais clínicos, por forma a dar um passo eficaz na identificação e tratamento das vítimas de violência (Stanhope & Lancaster, 2016).

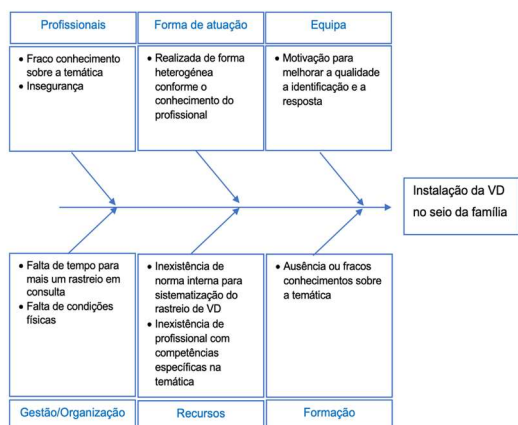
Perante esta realidade foi realizada uma pesquisa de consenso utilizando a técnica de *Brainstorming*, em presença de todos os profissionais da USF piloto do ACES, numa das suas reuniões semanais, orientada por um dos elementos da equipa de projeto na USF, tendo sido obtidos variados motivos de impacto, para as subnotificações e intervenções dos profissionais clínicos.

Foram também identificadas as motivações da equipa da USF piloto e as suas necessidades para uma atuação mais coordenada e eficaz, na resposta à problemática da violência doméstica. Naturalmente e após esta reflexão, foram identificadas variadas causas para a dificuldade de atuação dos profissionais de saúde na prevenção da violência doméstica,

enquadrando-se no momento como a maior de todas, a sobrecarga de trabalho adicional a que a pandemia obrigou todos os profissionais. Para além desta foram então descritas:

- Dificuldade dos profissionais em lidar com as situações de violência doméstica (vítima ou agressor) - no âmbito do crime público *versus* dever de sigilo profissional;
- Confronto de valores profissionais e socioculturais;
- Falta de profissionais formados, ao nível da unidade funcional, com conhecimento nesta temática para função de consultoria, formação entre pares e interligação direta com Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, órgão consultor e formador – Gestor de caso;
- Ausência de sistematização de rastreios de deteção precoce de situações de violência, e dificuldade na realização da avaliação de risco por parte dos profissionais;
- Normas e procedimentos descritos em documentos oficiais, como por exemplo o Guião de Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde (Prazeres et al., 2014), de difícil consulta, demasiado gerais e com necessidade de adequação à realidade da unidade funcional;
- Dificuldade, resistência e falta de sensibilização dos profissionais para a importância de realizar os registos em SClínico e Registo Clínico de Violência no Adulto.

Após esta abordagem da temática foi ainda utilizada outra ferramenta de gestão, mais especificamente usada para a gestão de processos de melhoria e aperfeiçoamento contínuo, tal como elucidado por Barducci et al. (2018): o Diagrama de Causa/Efeito, Diagrama de Ishikawa, Diagrama 6M, ou Diagrama de Espinha de Peixe como é mais conhecido. Foi então realizado pela equipa de projeto, através da técnica de *Brainstorming*, (Figura 3) para possibilitar a identificação, melhor compreensão e organização das causas que levaram à existência de uma ineficaz prevenção da violência doméstica, no ACES. Perante todas estas constatações e para melhor sistematizar o desenvolvimento do projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, descrito pela OE, na dimensão “perceber as causas”, foi desenvolvida uma



**Fig. 3** – Diagrama de Causa-Efeito/Diagrama de Espinha de Peixe.

*check list* para Avaliação da Qualidade, sustentada por Heather Palmer (Ordem dos Enfermeiros, 2001, 2013) que contempla na sua *check list*, 10 dimensões estruturantes para os indicadores e para o planeamento e desenvolvimento do projeto. Assim, as dimensões estudadas com este projeto foram, a adequação técnico-científica e a efetividade da aplicação do rastreio e avaliação de risco de violência doméstica. A unidade de estudo desenvolvida centrou-se ao nível de todos os profissionais clínicos da USF, ao implementarem o registo da consulta realizada em relação ao problema de saúde da violência doméstica e de rastreio de risco de violência doméstica, uma vez por ano, a todos os utentes inscritos. Contempla também a definição dos objetivos que neste projeto se centraram na implementação da metodologia de gestor de caso na USF, através da sensibilização, formação e capacitação dos profissionais clínicos para a identificação e prevenção da violência doméstica, como problema de saúde; e da promoção da utilização das ferramentas de registo (Registo Clínico de Violência no Adulto e SClínico), pelo gestor de caso e restante equipa, não esquecendo a avaliação do projeto ao longo de todo o seu desenvolvimento. A temporalidade programada para o desenvolvimento do projeto será até ao término do ano de 2023, pois este projeto compreendeu três fases de operacionalização, tendo sido a 1ª fase, a de implementação do projeto na USF, abordada neste documento. Como projeto de melhoria contínua da qualidade que é, terá continuidade numa 2ª fase do projeto onde será replicado, nas restantes USF do ACES, previsivelmente até final de 2022, sendo posteriormente desenvolvido numa 3ª fase nas

restantes unidades funcionais do ACES (UCSP e UCC).

A fonte de dados foram os registos realizados nos sistemas de informação disponíveis (SClínico e RSE- Registo Clínico de Violência no Adulto), um questionário *Google Forms*®, as notas de reuniões e os relatórios de auditorias.

Os dados foram recolhidos através de uma análise retrospectiva e concorrente com avaliação através de auditoria interna e externa.

Foram então delineados os Indicadores possíveis para avaliação do programa de Melhoria Contínua da Qualidade; indicadores de estrutura, de processo e de resultado sendo ainda complementados pelos indicadores epidemiológicos:

- Os indicadores de estrutura, com a existência de uma norma de procedimento e de um plano de formação para os profissionais de saúde da USF piloto e de uma *check list* para auditoria;
- Os indicadores de processo, com percentagem de utentes com avaliação de risco em SClínico em primeira consulta do ano, percentagem de utentes com registo de situação de violência doméstica em Registo de Saúde Eletrónico – Registo Clínico de Violência no Adulto e com o aumento do número de situações de violência doméstica referenciadas/notificadas à Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, com correto preenchimento da respetiva ficha de notificação;
- Os indicadores de resultado, com a implementação da metodologia do enfermeiro gestor de caso na USF piloto e com o aumento do número de situações de violência doméstica referenciadas/notificadas à Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, com correto preenchimento da respetiva ficha de notificação e/ou registo de situação de Violência Doméstica em RSE – Registo Clínico de Violência no Adulto.

No caso dos indicadores epidemiológicos, a Prevalência - número de situações de médio e alto risco de violência doméstica avaliadas, e a Incidência - número de novos casos de utentes vítimas de violência doméstica, em relação à população abrangida pela USF. A figura 4, mostra a relação entre os indicadores de estrutura, processo e resultados.



**Fig. 4** - Modelo de Donabedian para a melhoria da qualidade: Indicadores de Estrutura-Processo-Resultado.

O tipo de medidas corretivas introduzido ao longo do desenvolvimento deste projeto, foi sendo aplicado conforme intervenção prevista. Iniciando com as medidas educacionais, como a formação em serviço aos profissionais, para uma maior sensibilização e capacitação, para a eficiência e eficácia dos cuidados a utentes em risco ou em situação de violência doméstica. As medidas comportamentais, com a identificação e valorização das competências do gestor de caso e alteração comportamental dos profissionais de saúde que integram a equipa, no sentido da procura do gestor de caso sempre que necessário (como consultor, formador, em caso de necessitar de mobilizar recursos externos à unidade funcional, entre outros). Também as medidas estruturais, com introdução de melhorias nos gabinetes de atendimento para promover condições de privacidade adequadas ao atendimento prioritário de utentes em situação de perigo de violência doméstica e também para reunião da equipa que se encontra a tratar a situação de risco/perigo. Finalmente as medidas disciplinares, através da realização de reuniões e notas de reuniões (internas e externas) para compreensão, envolvimento e compromisso dos profissionais no processo, na evolução e continuidade do projeto.

### **Execução das atividades**

A segunda fase do ciclo de Deming, ou ciclo PDCA, caracteriza-se pelo executar (*Do*) das atividades anteriormente planeadas. Consiste

em envolver no processo de aprendizagem a organização e os indivíduos; organizar, capacitar, aplicar e implementar o que foi planeado (Pacheco et al., 2009). Os profissionais envolvidos no projeto devem comprometer-se com o processo participando em continuidade na sua implementação.

Nesta perspetiva e perante os números da violência referenciados, recolhidos e analisados pelo grupo de trabalho, a equipa de projeto considerou então delinear as seguintes atividades:

- Realização de reunião de apresentação do projeto aos profissionais da USF piloto em colaboração com a Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, via ferramenta informática *Teams*<sup>®</sup>;
- Realização de reunião com a equipa da USF piloto para apresentação do projeto e decisão sobre a implementação da metodologia de gestor de caso para a violência doméstica, via ferramenta informática *Teams*<sup>®</sup>;
- Elaboração de Protocolo de Implementação de projeto com equipa da USF piloto;
- Realização de reunião de formação sobre “Rastreo de violência interpessoal em CSP” (via ferramenta informática *Teams*<sup>®</sup> e em simultâneo presencialmente na UF, com o gestor de caso);
- Aplicação de questionário *Google Forms*<sup>®</sup> a todos os profissionais clínicos da UF através de envio de link via email;
- Realização de reuniões de conselho geral com o gestor de caso e a sua equipa da unidade funcional após as formações, para organização metodologia de gestor de caso, respectiva interligação com enfermeiro e médico de família e sobre dificuldades sentidas pelos profissionais na implementação;
- Reuniões de supervisão e acompanhamento entre gestor de caso e gestor de projeto;
- Realização da Norma de procedimento interna para o circuito intervenção e avaliação de risco de violência doméstica,
- Realização de Auditorias Internas e Auditorias Externas com execução dos respetivos Relatórios;
- Tratamento e análise de dados; identificação das melhorias, partilha com a equipa de projeto da USF piloto e correção

das inconformidades encontradas em auditorias.

Devido ao contexto pandémico, muitas destas atividades que inicialmente estavam definidas para uma determinada data, tiveram de ser alteradas no tempo, e realizadas *à posteriori*.

### ***Apresentação dos resultados***

A terceira fase do ciclo de *Deming*, ou ciclo PDCA, caracteriza-se pelo analisar (*Check*) dos dados obtidos após execução das atividades, em relação ao decidido na fase de planeamento (Pacheco et al., 2009). Na análise dos resultados deve-se verificar se os objetivos foram ou não alcançados, através da monitorização feita pelos indicadores anteriormente definidos (Ordem dos Enfermeiros, 2013). A diferença encontrada na análise de dados entre o previamente planeado e os resultados obtidos através do processo, constitui o problema a ser resolvido na fase seguinte (Pacheco et al., 2009).

A metodologia utilizada para a análise dos dados obtidos através do *Google Forms*<sup>®</sup>, das auditorias realizadas e ainda da leitura e observação e análise das notas e atas das reuniões foi a descritiva, entendendo-a como facilitadora deste processo de melhoria. Foi realizada uma avaliação das várias atividades desenvolvidas através de um questionário *Google Forms*<sup>®</sup> e dos relatórios das auditorias (interna e externa) realizadas.

O resultado de ambas as auditorias (interna e externa) foi sobreponível e equivalente tendo sido obtido o nível de conformidade total global de 53%.

Dos 9 critérios auditados verificou-se que 5 deles obtiveram nível de conformidade > 50%, tendo os critérios 5 (sinalização/referenciação à Equipa de Prevenção da Violência no Adulto através da ficha pré-existente e normalizada) e 7 (situação encaminhada para as autoridades competentes, segundo as necessidades avaliadas), obtido um nível de conformidade total de 100%. Já em relação ao critério 6 (colaboração com o gestor de caso na situação registada) o nível de conformidade foi de 67%, uma vez que existiu uma diminuição da avaliação do nível de conformidade, em relação à auditoria interna, em virtude de uma das situações observadas uma ter sido considerada como Conforme em vez de Não Aplicável, pois

tratava-se de uma situação registada pelo próprio gestor de caso.

O critério 2 (registo de situação de Mutilação Genital Feminina em Registo de Saúde Eletrónico) foi considerado como NA (Não Aplicável) por não se ter observado nenhum caso de MGF nas situações auditadas.

Os critérios que obtiveram um nível de conformidade > 50%, e que se percebeu que é necessário melhorar, estão relacionados com:

O critério 8 (marcação de nova consulta para acompanhamento da situação) foi de 43%, tendo-se constatado a preocupação com a marcação da consulta posterior ainda pouco sistematizada. Esta constatação também foi associada à dificuldade na operacionalização a nível informático e também ao nível logístico (como exemplo: agendas fechadas; inexistência de vagas de consultas, entre outras).

Para o critério 1 (registo da situação de violência doméstica em Registo Clínico de Violência no Adulto = 0% foram consideradas várias razões: desde o sistema informático se encontrar frequentemente offline, impossibilitando este registo; passando pelo considerar a ferramenta informática, Registo Clínico de Violência no Adulto, demasiado complexa e consumidora de tempo de consulta clínica, mesmo após a primeira atividade formativa, e ainda em alguns casos o desconhecimento da ferramenta informática, com referência à necessidade formativa.

Também para o critério 9 (registo em SClínico e Registo Clínico de Violência no Adulto, conforme Norma de Procedimento interno de intervenção e de avaliação de risco de Violência Doméstica) = 0%, foi considerado ainda existir desconhecimento da mesma, por ser recente e ainda não se encontrar sistematizada a sua utilização.

A implementação deste projeto não implicou gastos acrescidos referentes aos recursos humanos nem recorrer a horas extraordinárias de trabalho, tal como foi espelhado em protocolo de implementação do projeto.

Para a avaliação do projeto foram ainda considerados os indicadores possíveis para avaliação do projeto de Melhoria Contínua da Qualidade.

No caso dos indicadores de estrutura, foi realizado um protocolo de implementação de projeto com a USF Piloto e desenvolvida a Norma de procedimento interno com algoritmo de intervenção de avaliação de risco de violência doméstica (Norma de procedimento com fluxograma), com descrição das competências do gestor de caso. Também foram realizados os relatórios das primeiras auditorias interna e externa, instituído um plano de formação para os profissionais da USF, com aplicação final de um questionário Google Forms® para avaliação das formações e das dificuldades e restantes necessidades formativas.

Quanto ao dia temático anual sobre prevenção da violência doméstica foi comemorado em conjunto com os parceiros e na comunidade.

Em relação aos indicadores de processo foi tida em conta a percentagem de utentes com avaliação de risco em SClínico em primeira consulta do ano, tal como a percentagem de utentes com registo de situação de violência doméstica em RSE - Registo Clínico de Violência no Adulto. Foi ainda percecionado um aumento do número de situações de violência doméstica referenciadas /notificadas à Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, com correto preenchimento da respetiva ficha de notificação.

Para os indicadores de resultado foi conseguida a implementação da metodologia do enfermeiro gestor de caso na USF piloto. Também foi constatado o aumento do número de situações de violência doméstica referenciadas/notificadas à Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, com correto preenchimento da respetiva ficha de notificação, apesar de ainda existir um deficiente registo de situação de Violência Doméstica em RSE – Registo Clínico de Violência no Adulto.

Uma das dificuldades encontrada na realização das formações foi a complexidade na comunicação e interação com os profissionais que se encontravam online, via ferramenta informática Teams®, tendo sido por esse motivo usada uma metodologia mais expositiva; enquanto presencialmente as formações e as reuniões foram muito mais interativas, participativas e elucidativas, uma vez que era mais fácil colocar dúvidas, debater ideias e partilhar opiniões.

Perante a elevada percentagem de profissionais que aparentemente desconheciam ainda a Norma de procedimento interna elaborada, pareceu-nos necessário efetuar uma maior divulgação da mesma usando o e-mail, apresentando-a numa das reuniões periódicas de formação interna da USF, e ainda, dando aos profissionais a oportunidade de ler a norma e assinar posteriormente uma folha de registo em como tomaram conhecimento sobre a mesma. Foi também enviada por email para todos os profissionais da USF. Foi ainda discutida, *a posteriori* e presencialmente, por todos em Reunião de Conselho Geral.

Foi elaborada *check list* para a auditoria interna (AI) e para a externa (AE) (Figura 5) pela coordenadora do projeto, em colaboração com o gestor de caso.

	Check List de Auditoria	C	NC	NA	NO	Observações
1	Registo de Situação de VD em RCVA					
2	Registo de situação de MGF em RSE					
3	Registo em SClínico de Avaliação de Risco/ rastreio Violência Interpessoal (Avaliação inicial e avaliação familiar)					
4	Registo de procedimentos realizados após avaliação de risco					
5	Sinalização/referenciação à EPVA através da ficha pré-existente e normalizada					
6	Colaboração com gestor de caso na situação registada					
7	Situação encaminhada para as entidades competentes, segundo as necessidades avaliadas					
8	Marcação de nova consulta para acompanhamento da Situação					
9	Registo em SClínico e RCVA conforme Norma de Procedimento					
10	Total					

Fig. 5 – Check List de Auditoria

Ambas as auditorias foram realizadas usando o mesmo referencial, os mesmos critérios e metodologia. Perante as atuais condições de pandemia e sobrecarga de trabalho, considerando que nunca tinha sido realizada qualquer avaliação de risco para violência doméstica antes da implementação do projeto, sendo ainda estas auditorias as iniciais para a temática, foi considerado um nível satisfatório uma conformidade > 50%, mas com espaço para melhorar muito mais e futuramente atingir um nível de conformidade total superior a 80% conforme preconizado.

Foram obtidos resultados sobreponíveis em ambas as auditorias com exceção do critério 6 que se encontra no âmbito da colaboração do profissional clínico com o gestor de caso, em virtude de em AI ter sido considerado um

critério C (Conforme) incorretamente, quando deveria ter sido considerado NA (Não Aplicável).

Em relação ao critério 2, referentes a situações de violência doméstica especiais, como sendo a Mutilação Genital Feminina/Corte, foi considerado como NA, no período definido, por não se ter observado nenhum caso nas situações de violência doméstica auditadas.

O nível de conformidade total global foi de 53%, tendo sido considerado, como um nível satisfatório de conformidade, devido ao contexto pandêmico em que foi desenvolvido este projeto. Apesar de reconhecer que só se deve considerar como satisfatória quando a conformidade é atingida a partir dos 80%, ou seja, em outras condições seria considerada como uma conformidade parcial, um dos objetivos também se enquadra na satisfação dos profissionais com a implementação da nova metodologia.

O critério 5, referente à sinalização/referenciação à Equipe de Prevenção da Violência no Adulto através da ficha pré-existente e normalizada e o critério 7, que se refere ao encaminhamento para as entidades competentes, segundo a avaliação de risco e das necessidades dos utentes, em situação de violência doméstica, obtiveram um nível de conformidade total de 100%). Os profissionais clínicos auditados demonstram preocupação em preencher a ficha de referenciação corretamente e com todas as informações necessárias e também proporcionar acompanhamento ao utente identificado em situação de Violência Doméstica, ao encaminhá-lo para outro profissional.

Os restantes 3 critérios obtiveram um nível de conformidade > 50%.

Em relação ao critério 8, já com um nível de conformidade menor (43%), foi identificada ainda uma fraca sistematização da marcação de consulta posterior, para acompanhamento da situação do utente e novo rastreio de avaliação de risco. Foram referidas dificuldades na operacionalização a nível informático e a nível logístico, por parte dos secretários clínicos (como exemplo: agendas fechadas; inexistência de vagas de consultas, entre outras). Todos os profissionais da USF se mostraram envolvidos e motivados para ultrapassar esta dificuldade, comprometendo-se a programar as suas

consultas e agendas de forma mais eficiente, até à próxima AE.

Para os critérios 1 e 9 relacionados com o registo em SClínico e em Registo Clínico de Violência no Adulto, foi obtida uma inconformidade de 100%, pois nenhuma das situações de violência doméstica identificadas foi registada corretamente.

Para o critério 1 com nível de conformidade de 0%, em que nenhuma das situações de violência doméstica identificadas foi registada em Registo Clínico de Violência no Adulto, foi explicado estar relacionado com o desconhecimento da ferramenta informática por parte de alguns profissionais, que referiram sentir necessidade formativa; outros consideraram-na demasiado complexa e consumidora de tempo de consulta clínica, mesmo após a atividade formativa. Foi ainda referido que o sistema informático se encontrava frequentemente *offline* impossibilitando este registo.

Quanto ao critério 9, referente ao registo em SClínico e Registo Clínico de Violência no Adulto, conforme a Norma de Procedimento interno elaborada, o nível de conformidade foi de 0%. Tal como já percecionado pelas respostas obtidas através do questionário Google Forms® e confirmado perante a percentagem de inconformidade em relação à Norma de procedimento, este critério carece de medidas corretivas, já identificadas em conjunto com a equipa. Tal como sugerido anteriormente, uma maior divulgação da norma, dando aos profissionais a oportunidade de a ler e assinar posteriormente uma folha de registo de presenças, por exemplo na RCG da USF, em como tomaram conhecimento sobre a mesma.

Também a promoção de nova formação, presencial e utilizando exemplos práticos, pode facilitar o processo de aprendizagem e comprometimento dos profissionais da equipa, para o registo conforme norma de procedimento.

Reforçando que nas auditorias quer interna, quer externa, se obteve nos critérios 1 e 9, um nível de conformidade zero, que importa rapidamente melhorar e envolver os profissionais para o registo em SClínico e em Registo Clínico de Violência no Adulto, tal como para o comprometimento da aplicação da Norma de procedimento desenvolvida.

Finalmente foram analisados os indicadores de estrutura, processo e resultado anteriormente delineados.

Quanto aos indicadores de estrutura constatámos:

- Existência de Protocolo de implementação de projeto com a USF piloto;
- Existência de plano de formações para os profissionais da USF;
- Existência de um gestor de caso para a prevenção da violência doméstica, nomeado internamente em RCG da USF piloto, sendo este o profissional clínico mais motivado e diligente na temática;
- Existência de um questionário *Google Forms*® para avaliação das formações;
- Existência de *check list* para as auditorias interna e externa;
- Existência de sistema de informação com possibilidade de registo das situações de violência doméstica, tal como de avaliação de risco para a mesma;
- SClínico – Registo em processo clínico da avaliação do risco, com forma de registar diferente para médicos e enfermeiros, mas visualizados por ambas as categorias profissionais;
- Existência de Norma de procedimento interno para avaliação de risco de violência doméstica; Norma de procedimento com descrição de competências da Equipa de Prevenção da Violência no Adulto e do clínico gestor de caso e ainda fluxograma de atuação;
- Existência de folheto/panfleto, para fornecer ao utente em consulta, para prevenção da violência doméstica;
- Existência de notas/ata de reuniões em equipa (USF Piloto e equipa de projeto), que se tornaram instrumentos extremamente úteis de desenvolvimento do projeto;
- Existência de relatórios das auditorias (interna e externa), ferramentas de monitorização que também demonstram a preocupação de uma

aprendizagem e melhoria contínua, ao constatar e descrever tanto as falhas como os sucessos, com o objetivo de identificar e corrigir, ao longo do desenvolvimento do projeto;

- Existência de um dia temático anual (25 de Nov.) dedicado à realização de atividades com medidas educacionais à comunidade, para a prevenção da violência doméstica, com participação num evento comemorativo, já realizado em 2021.

Quanto aos indicadores de processo (input) constatámos:

- Nos resultados obtidos através do questionário a percentagem de profissionais da USF piloto participantes na apresentação da equipa de projeto e apresentação da metodologia de gestão de caso foi de 76% sendo de 100% no caso dos profissionais clínicos (médicos e enfermeiros). Quanto à formação sobre rastreio de violência interpessoal e competências e funções do gestor de caso a percentagem de profissionais clínicos da USF piloto participantes foi de 86% mantendo 100% no caso dos profissionais clínicos; estando desta vez presentes 2 secretários clínicos (profissionais administrativos). Também a percentagem de profissionais clínicos participantes nas formações que responderam ao questionário foi de 100%.
- Quanto aos resultados obtidos em auditorias a percentagem de profissionais clínicos participantes nas formações, que efetuam registos de avaliação de risco ou situação de violência doméstica no SClínico foi de 57% enquanto a % de profissionais clínicos participantes nas formações que sinalizam corretamente à Equipa de Prevenção da Violência no Adulto foi de 100%.
- Quanto ao número total de utentes (anual) com avaliação de risco de violência doméstica (em relação ao número total de utentes

frequentadores da USF), efetuada conforme norma de procedimento interna elaborada, só será possível avaliar numa fase mais avançada do projeto. Inicialmente não se trabalhava a prevenção e não se realizava o rastreio de avaliação de risco; apenas eram tratadas as situações de violência doméstica após a sua instalação; apesar de ser uma área de extrema importância para a sinalização das situações, antes de estar instalado o incidente, ou o ciclo da violência doméstica.

Quanto aos indicadores de resultado (output) concluímos:

- Foi realizada nomeação interna de 2 gestores de caso (1 médico e 1 enfermeiro), em RCG da USF. No início do projeto, em reunião, foi nomeado apenas um gestor de caso médico, mas após as formações foi nomeado mais um gestor de caso, desta vez enfermeiro.
- Em AE obtivemos, em relação aos casos de violência doméstica notificados à Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, com evidência de registo em SClínico uma percentagem de conformidade ainda de 57%, sendo este um indicador ainda a melhorar, por forma a contribuir para a redução do número de casos de revitimização.
- A satisfação dos profissionais, perante a nova metodologia de trabalho de gestor de caso para a violência doméstica, é também um indicador que só será possível avaliar numa fase mais avançada do projeto, por ser recente a nomeação do gestor de caso enfermeiro (em SClínico os registos são diferentes para enfermeiros e médicos), pela desmotivação e cansaço que a pandemia tem causado nos profissionais, entre outras razões.

Também pelos vários motivos já referenciados, os indicadores epidemiológicos serão avaliados apenas depois de um ano de implementação e desenvolvimento do projeto.

A auditoria interna, e a partilha entre os pares dos seus resultados, concedeu aos profissionais

um maior conhecimento e sensibilização, em relação a considerar o fenómeno da violência doméstica, como um importante e emergente problema de saúde. Os profissionais verbalizaram, ainda em reunião, uma maior preocupação em acompanhar a vítima, realizar a marcação de consultas posteriores, para além do encaminhamento para os outros profissionais (psicólogo, psiquiatra, assistente social, entre outros), sempre que assim era avaliado como necessário. Durante o período de auditoria externa verificou-se ainda existir alguma desmotivação por parte da equipa que realizou a auditoria interna, por não terem obtido os resultados pretendidos, mas simultaneamente, um maior propósito de divulgar e melhorar a Norma de procedimento interna construída.

### **Análise de resultados**

Após a apresentação do projeto de Melhoria Contínua da Qualidade à Direção Executiva (DE) e ao Conselho Clínico e de Saúde do ACES, no final do ano de 2019 foi considerado aceite e seguidamente apresentado em reunião de coordenadores das UF; contudo foi necessário suspender provisoriamente, a sua implementação e desenvolvimento devido ao contexto pandémico iniciado em 2020. Foi então necessário readaptar objetivos e decidiu-se pela implementação do projeto, através da aplicação da metodologia do gestor de caso, numa USF piloto.

Após autorização da DE para o seu desenvolvimento a equipa de projeto definiu as estratégias de intervenção.

Ao longo do tempo, coube ao líder do projeto/enfermeiro gestor a gestão estratégica dos recursos, das necessidades de formação e das relações nas equipas, bem como a promoção da satisfação dos profissionais e da qualidade dos cuidados prestados.

A sensibilização dos profissionais de saúde da USF piloto, para a identificação da violência doméstica como um problema de saúde, foi um objetivo amplamente atingido através da reunião de apresentação do projeto. Foi identificado e mobilizado um profissional clínico da USF, inicialmente médico, mais motivado e familiarizado com a temática, para atuar como gestor de caso e corresponsável no projeto. Todos os profissionais de saúde da USF se mostraram sensibilizados para a compreensão

do fenómeno da violência doméstica como um grave problema de saúde pública (Bradbury-Jones, 2015; Carmona et al., 2021). Demonstraram também necessidade de introdução de melhorias nos gabinetes de atendimento, de modo a promover condições de privacidade adequadas ao atendimento prioritário de utentes em situação de perigo de violência doméstica, ou em alternativa, criar um espaço com condições de acolhimento e privacidade para consulta programada de forma a realizarem uma melhor avaliação de risco violência doméstica.

Foi então elaborado e aprovado em RCG, o protocolo de atuação e normas de intervenção na USF piloto.

Também o objetivo referente à capacitação de enfermeiros e médicos da USF piloto como gestores de caso, para a prevenção da violência doméstica, foi bem conseguido. Foi preparado e aplicado à equipa da USF um questionário para avaliar a efetividade das formações e identificar as dificuldades dos profissionais, de modo a direcionar respostas formativas; tendo sido ainda elaborada uma norma de procedimento interno de intervenção e avaliação de risco para a violência doméstica.

Foram elaborados folhetos/panfletos a fornecer ao utente em consulta e utilizados os plasmas das salas de espera para visionamento de vídeos sobre prevenção de violência doméstica. Também ficou definido o dia temático anual sobre prevenção da violência doméstica, que foi comemorado em 2021, em conjunto com os parceiros e a comunidade.

O nível de conformidade total global obtido nas primeiras auditorias interna e externa, foi de 53%, tendo sido considerado um nível satisfatório de conformidade, perante os condicionamentos em que o projeto foi iniciado e desenvolvido. Estes resultados evidenciaram-se como motivadores e impulsionadores para a equipa, no sentido de realizar mais e melhor, de forma a obter um nível de conformidade total (> 80 %), em todos os critérios avaliados, no prazo de 1 ano.

Todos os profissionais clínicos auditados demonstram preocupação, em preencher de forma adequada e com todas as informações necessárias a ficha de referenciação, acompanhando o utente identificado em situação de violência doméstica e

encaminhando-o para outro profissional de saúde, ou parceiro na comunidade, conforme a situação identificada (Silva et al., 2017).

Quanto ao objetivo de promoção da utilização das ferramentas de registo (Registo Clínico de Violência no Adulto e SClínico), pelo gestor de caso e restante equipa, na USF piloto ainda necessitou de medidas corretivas e maior comprometimento dos profissionais tal como constatado com as auditorias realizadas. Foi então iniciada a preparação de formação prática (presencial) pós-auditorias, após diagnóstico de necessidades identificadas.

Tal como sugerido pelo gestor de caso, os profissionais discutirão a Norma em Reunião de Conselho Geral, promovendo uma maior divulgação da mesma. Todos concordaram que importa rapidamente melhorar, comprometendo-se a fazê-lo após nova formação, de modo presencial, sobre as ferramentas (Prieto et al., 2015), utilizando casos práticos, com presença de todos os profissionais clínicos.

Foram valorizadas pela equipa as competências do gestor de caso e reconhecida a relevância da implementação da metodologia, para além do enfermeiro e médico de família do utente, como elemento de referência, para uma maior acessibilidade dos utentes à UF e aos cuidados de saúde (Arnold, 2019; Commission for Case Manager Certification, 2021) em situação de violência doméstica (Carmona et al., 2021).

Quanto ao objetivo de formar o gestor de caso e a restante equipa da USF piloto, para a importância da realização do rastreio sistematizado da violência doméstica, foi sentida pelo gestor de caso uma alteração comportamental dos profissionais de saúde que integram a equipa, no sentido da sua procura, quer como consultor, formador, ou ainda no caso de necessidade de mobilização de outros recursos externos à UF (Powell & Tahan, 2018), após a formação sobre a temática do rastreio da violência interpessoal.

Nesta fase ainda existe necessidade de reforçar as medidas educacionais (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Pacheco et al., 2009; Silva et al., 2019) como a formação em serviço aos profissionais clínicos, para a uniformização de registos em SClínico e Registo Clínico de Violência no Adulto, de modo que todos para além de realizarem a avaliação de risco aos utentes, de forma sistematizada através do

rastreio (Prazeres et al., 2014); a registem nas ferramentas informáticas disponíveis, em consulta de enfermagem e consulta médica, através do uso do algoritmo adaptado de avaliação do risco, conforme norma de procedimento.

A equipa de projeto vai continuar a supervisionar, acompanhar, orientar e continuar a sensibilizar e formar os profissionais de saúde, para a metodologia de gestor de caso, para o rastreio sistemático e uniformizado, tal como para o registo adequado das avaliações de risco realizadas (Carmona et al., 2021; Sprague et al., 2017).

Quanto ao objetivo de avaliação do projeto em desenvolvimento de enfermeiro gestor de caso, na USF piloto, foi considerado como atingido numa primeira fase em que se aplicaram as ferramentas elaboradas.

Posteriormente o sucesso do projeto (Pacheco et al., 2009) deverá ser divulgado pelos parceiros, de forma a estabelecer e desenvolver uma articulação em rede, com as instituições sociais e jurídicas, entre outras organizações tais como Instituições privadas de solidariedade social (IPSS) e Organizações não-governamentais (ONG) existentes na comunidade, para uma resposta mais concertada e em consonância com as necessidades dos utentes (a reiniciar em período pós pandemia).

### **Considerações finais**

Este projeto de melhoria contínua da qualidade permitiu desenvolver competências relacionadas com a Gestão da Qualidade e a Segurança do Utente. Possibilitou concomitantemente a promoção de motivação, capacitação e satisfação profissional, através da formação, com desenvolvimento de competências e autorrealização; contribuindo em última análise, para a promoção de um bom Ambiente da Prática de Enfermagem” (Carmona et al., 2021).

O fenómeno de violência doméstica é uma emergência de intervenção comunitária, face aos números de mortes de mulheres por violência doméstica, que ocorrem atualmente, tornando-se, necessária uma intervenção *major*, individualizada e multidisciplinar, para

promover a sua segurança, tal como a dos seus familiares, e mesmo a do próprio agressor. Os enfermeiros detêm um papel essencial nas intervenções que promovem nas equipas, para alcançar a cobertura universal de saúde e contribuir para a Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (Organização das Nações Unidas, 2018), no âmbito desta problemática preocupante. É de extrema importância podermos alcançar a igualdade de género e empoderar todas as mulheres e raparigas, contribuindo para a eliminação de todas as formas de violência, contra todas as mulheres e raparigas, uma vez que ainda lhes corresponde o maior número de vítimas de violência interpessoal.

Analisar o complexo fenómeno da violência doméstica através da perspectiva da Saúde Pública, permitiu compreender as várias dimensões do fenómeno, por forma a ponderar respostas multisectoriais e em rede, fortalecendo o sentimento de que cada um é importante e imprescindível na equipa de saúde, em parceria com os vários atores da comunidade. Facilitou também a perceção das dificuldades em dar resposta às situações de violência doméstica vivenciadas pelos profissionais nas UF, vislumbrando sempre a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Esta necessidade transversal às várias equipas de profissionais clínicos no ACES fez nascer o projeto de intervenção, na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, enquanto projeto inovador no desenvolvimento de boas práticas em saúde, através da implementação da metodologia de enfermeiro gestor de casos.

Através da revisão integrativa da literatura foi ainda possível uma melhor compreensão da temática. A evidência científica demonstrou que a metodologia de gestor de caso, com as suas competências, é uma mais-valia para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a utentes com situações de saúde complexas e multifatoriais, como os utentes em situação de violência doméstica. O desenvolvimento profissional do gestor de caso consiste na associação do conhecimento, relacionando-o com as suas atividades e responsabilidades, articulando e demonstrando seu valor para a prática clínica. A pesquisa de evidência científica possibilitou igualmente, o desenvolvimento da abordagem de acordo com o novo Programa

Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida.

A gestão da mudança é difícil a nível pessoal, profissional e organizacional. Ser líder transformacional neste contexto é um trabalho oneroso. Foram encontrados alguns obstáculos numa organização demasiado burocratizada, o que também dificultou o desenvolvimento do projeto nos *timings* programados, dificultados pelo contexto pandêmico.

A partilha entre a equipa de projeto, a Equipa de Prevenção da Violência no Adulto e os profissionais da USF piloto dos resultados obtidos, com os ganhos e limitações impulsionou as propostas para novas intervenções, vislumbrando sempre a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, no caminho da excelência.

A pandemia, dificultou a mobilização de recursos para outros programas e projetos de saúde, que afetou inclusivamente a implementação mais célere do projeto na USF piloto, a motivação dos intervenientes manteve-se firme para a continuidade e o desenvolvimento, para as fases dois e três, do projeto de melhoria da qualidade dos cuidados, em relação à violência doméstica.

Este projeto veio demonstrar a importância das competências do enfermeiro gestor para um bom ambiente da prática de enfermagem. Iniciando na competência de liderança e de motivação de equipas, tanto as de enfermagem como as multidisciplinares, o enfermeiro gestor é o impulsionador da mudança, no caminho da excelência para a prática de cuidados, promovendo boas relações multidisciplinares entre médicos, enfermeiros e outros profissionais das equipas, organizando os recursos existentes na organização, promovendo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados pelas equipas multiprofissionais.

Através da realização deste projeto de melhoria contínua da qualidade, foi possível incrementar o envolvimento e o comprometimento das equipas, no que diz respeito à garantia das boas práticas profissionais, através do desenvolvimento de competências de reflexão e análise crítica do desempenho profissional, em relação a uma problemática demasiado preocupante e complexa, em termos da saúde da comunidade. Com a sua maior proximidade à comunidade os CSP detêm um papel primordial

para a prevenção da violência e na evicção de revitimização. A implementação da sistematização e uniformização do processo de registo da avaliação do risco de violência doméstica é imprescindível para a prevenção.

Ao introduzimos a formação direcionada para as características organizacionais e pessoais, dos profissionais da USF piloto, obtivemos uma maior motivação e comprometimento com o desenvolvimento do projeto, apesar de este (como inovador que é) ainda não se encontrar em indicadores de contratualização dos CSP. A satisfação dos profissionais foi evidente ao ter diariamente ao seu lado um colega, o gestor de caso, que detinha maior conhecimento na complexa problemática da violência doméstica, colaborando com a equipa de família para a melhor acessibilidade do agregado familiar aos cuidados de saúde, assim como à articulação das respostas na comunidade em que se encontram inseridos.

### **Recomendações**

Relativamente às implicações para a investigação, no futuro seria pertinente desenvolver estudos nesta área de intervenção dando assim contributos para melhorar o contexto das práticas clínicas e capacitar os profissionais de saúde para uma melhor intervenção no âmbito da prevenção da violência doméstica. A implementação de projetos de trabalho piloto para a sistematização e uniformização da avaliação de risco de violência doméstica, adaptada às características organizacionais e de liderança das respetivas UF dos ACES, tal como às características das comunidades em que se encontram inseridas, permitirá a respetiva melhoria do ambiente da prática de enfermagem em CSP, com todas as vantagens que daí advirão.

Este projeto revelou-se ainda uma mais-valia para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados em CSP, às vítimas de violência doméstica, seus agressores e familiares; veio assim demonstrar a importância das competências do enfermeiro gestor de caso para melhorar o contexto das práticas clínicas e capacitar os profissionais de saúde para uma melhor intervenção e conseqüentemente, para um bom ambiente da prática de enfermagem.

## Referências

- Amestoy, S. C. Backes, V. M. S., Thofehrn, M. B., Martini, J. G., Meirelles, B. H. S., & Trindade, L. L. (2014). Conflict management: challenges experienced by nurse-leaders in the hospital environment. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(2), 79–85. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.40155>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2020). *Estatísticas APAV - Relatório Anual 2020*. APAV. [https://apav.pt/estatisticas/assets/files/EARA2019\\_Capa--Estatisticas APAV-Relatorio Anual 2019.pdf](https://apav.pt/estatisticas/assets/files/EARA2019_Capa--Estatisticas APAV-Relatorio Anual 2019.pdf)
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2021). *Estatísticas APAV - Relatório Anual 2020*. APAV. [https://apav.pt/apav\\_v3/images/pdf/Estatisticas APAV Relatorio Anual 2020.pdf](https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas APAV Relatorio Anual 2020.pdf)
- Arnold, S. (2019). Case management: An overview for nurses. *Nursing*, 49(9), 43–45. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000577708.49429.83>
- Barducci, G. S., Mendes, L. F., Peraza, R. L. S., Santos, V. H. C., Manzini, S. R., Ferrareze, R. R., & Leoni, J. N. (2018). Automação de processos utilizando diagrama de causa e efeito. *Revista Engenharia Em Ação UniToledo*, 3(1), 71–82.
- Barocas, B., Emery, D., & Mills, L. G. (2016). Changing the Domestic Violence Narrative: Aligning Definitions and Standards. *Journal of Family Violence*, 31(8), 941–947. <https://doi.org/10.1007/s10896-016-9885-0>
- Bradbury-Jones, C. (2015). Talking about domestic abuse: Crucial conversations for health visitors. *Community Practitioner*, 88(12), 40–43.
- Carmona, A. P., Quaresma, M. G. S., & Lucas, P. R. M. B. (2021). Prevenção da violência doméstica: Importância da intervenção do enfermeiro gestor de caso. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 34, 1–8. <https://doi.org/10.5020/18061230.2021.13426>
- Commission for Case Manager Certification. (2021). *Introduction to the Case Management Body of Knowledge*. <https://cmbodyofknowledge.com/content/introduction-case-management-body-knowledge>
- Conselho da Europa. (2013). *Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica*. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG). [https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2013/12/conv\\_ce.pdf](https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2013/12/conv_ce.pdf)
- Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. (2018). *Circular Informativa nº 615 de 16 de Novembro de 2018. DOV.102 – Apoio a pessoa/doente vítima ou suspeita de maus-tratos/negligência*.
- Decreto-Lei n.º 28/2008. (2008). Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário Da República*, I Série (Nº 38 de 22 -02-2008), 1182–1189.
- Despacho n.º 9494/2019. (2019). Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida. *Diário Da República*, 2.ª Série (Nº 202 de 21-10-2019), 142–143. ELI: [https://dre.pt/pesquisa/-/search/125517180/details/normal?!=1&fbclid=IwAR2go-2w3Ab2FrZzwJfA8CsZn-ER32JgRXtm-Vb6F9zeAHxxu\\_n\\_62yEs98](https://dre.pt/pesquisa/-/search/125517180/details/normal?!=1&fbclid=IwAR2go-2w3Ab2FrZzwJfA8CsZn-ER32JgRXtm-Vb6F9zeAHxxu_n_62yEs98)
- Equipa de Prevenção da Violência no Adulto do ACES Amadora. (2020). *Ficha de Avaliação da Ação de Saúde sobre Género Violência e Ciclo de Vida*. ACES Amadora.
- Martins, M., Marques, R., Sousa, M., Valério, A., Cabral, I., & Almeida, F. (2020). Frequent users of the pediatric emergency department: To know, to intervene and to evaluate - A pilot study. *Acta Médica Portuguesa*, 33(5), 311–317. <https://doi.org/10.20344/AMP.12769>
- Sistema de Segurança Interna. (2019). *Relatório Anual de Segurança Interna de 2019*. Ministério da Administração Interna.
- Sistema de Segurança Interna. (2020). *Relatório Anual de Segurança Interna de 2020*. Ministério da Administração Interna.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). *Health at a Glance 2019 - OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Organização das Nações Unidas. (2018). *Guia sobre Desenvolvimento Sustentável: 17 objetivos para transformar o nosso mundo*. Centro de Informação Regional Das Nações Unidas Para a Europa

- Ocidental. [https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/01/SDG\\_brochure\\_PT-web.pdf](https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/01/SDG_brochure_PT-web.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Organização Mundial da Saúde. <https://dspace.mj.gov.br/handle/1/12736>
- Pacheco, A. P. R., Salles, B. W., Garcia, M. A., & Possamai, O. (2009). *O Ciclo PDCA na Gestão do Conhecimento: Uma abordagem sistémica*. 1–10.
- PORDATA. (2019). *Crimes registados pelas polícias: Total e por tipo de crime*. Fundação Francisco Manuel Dos Santos.
- Powell, S. K., & Tahan, H. M. (2018). *Case Management: A Practical Guide for Education and Practice* (4<sup>th</sup>ed). Wolters Kluwer Health. ISBN: 978-1496384256
- Prazeres, V., Perdigão, A., Menezes, B., Almeida, C., Machado, D., & Silva, M. C. (2014). *Violência interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>
- Prieto, S. G., Buendía, E. L., Corbalán, M. C. M., & Mogente, A. C. (2015). Cribado de violencia de género en un departamento de salud. *Revista Investigacion & Cuidados*, 13(33), 6–12. <https://www.index-f.com/icuidados/13pdf/33006.pdf>
- Regulamento n.º 76/2018. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário da República*, 2ª Série (Nº 21 de 30-01-2018), 3478–3487. <https://dre.pt/application/file/a/114591764>
- Rodrigues, R., Oliveira, H. C. V., Trepim, D. M., Paixão, C. H. O. S., & Pinto, A. P. E. F. (2017). A Gestão por Processos como Estratégia Empresarial de Busca da Melhoria Contínua e Qualidade. *CES Revista / Juiz de Fora*, 31(2), 1–27. ISSN 1983-1625.
- Silva, N. N. F., Leal, S. M. C., Trentin, D., Vargas, M. A. O., Vargas, C. P., & Vieira, L. B. (2017). Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência. *Enfermagem Em Foco*, 8(3), 70–74. <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2017.v8.n3.1290>
- Silva, R., Oliveira, E., Filho, P., & Nascimento-e-Silva, D. (2019). O ciclo PDCA como proposta para uma gestão escolar eficiente. *Revista de Gestão e Avaliação Educacional*, 1(1), 1–13. <https://doi.org/10.5902/2318133836102>
- Sprague, S., Scott, T., Garibaldi, A., Bzovsky, S., Slobogean, G. P., McKay, P., Spurr, H., Arseneau, E., Memon, M., Bhandari, M., & Swaminathan, A. (2017). A scoping review of intimate partner violence assistance programmes within health care settings. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), 13. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1314159>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2016). *Public Health Nursing - Population Centered Health Care in the Community* (9<sup>th</sup> ed.). Mosby. ISBN: 9780323611114